

INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA EM SAÚDE

Avanços e Desafios

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN SALUD

Avances y Desafios

EDITORES

LUCIMARA FORNARI

FÁBIO FREITAS

ELLEN SYNTHIA FERNANDES DE OLIVEIRA

CLEONEIDE OLIVEIRA

ANTÓNIO PEDRO COSTA



ludomedia

FICHA TÉCNICA

New Trends in Qualitative Research | Vol. 3 (2020)

Título: Investigação Qualitativa em Saúde: Avanços e Desafios // Investigación Cualitativa en Salud: Avances y Desafíos

Editores

Lucimara Fornari
Fábio Freitas
Ellen Synthia Fernandes de Oliveira
Cleoneide Oliveira
António Pedro Costa

Comissão Editorial

Davys Moreno
Conceição Oliveira
Diamantino Ribeiro
Sónia Mendes

Edição

Ludomedia
Rua Centro Vidreiro, 405
São Roque
3720-626 Oliveira de Azeméis
Aveiro - PORTUGAL

e-mail // info@ludomedia.pt

web // www.ludomedia.pt

ISSN: 2184-7770

ISBN: 978-989-54759-2-6

DOI: <https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020>

Conselho Editorial

Ana Isabel Rodrigues (IPB, Portugal)
 Ana Paula Macedo (UM, Portugal)
 António Moreira (UA, Portugal)
 Catarina Brandão (FPCE-UP, Portugal)
 Christina Brasil (UNIFOR, Brasil)
 Cristina Lavareda Baixinho (ESEL, Portugal)
 Cleoneide Oiveira (CUEC, Brasil)
 Dayse Neri de Souza (UNASP, Brasil)
 Ellen Synthia de Oliveira (UFG, Brasil)
 Emiko Yoshikawa Egry (USP, Brasil)
 Francislê Neri de Souza (UNASP, Portugal)
 Isabel Pinho (UA, Portugal)
 Ivone Cabral (UFRJ, Brasil)
 Jaime Ribeiro (IPL, Portugal)
 João Amado (FPCE-UC, Portugal)
 José Luís Carvalho (UNEX, Espanha)
 Lia Raquel Oliveira (UM, Portugal)
 Luís Eduardo Ruano (UCC, Colômbia)

Luis M. Casas (UNEX, Espanha)
 Luis Paulo Reis (UP, Portugal)
 Maria Aparecida Viggiani Bicudo (CNPq, Brasil)
 María Cruz Sánchez Gómez (US, Espanha)
 Maria Gonçalves (IPCB, Portugal)
 Marília Rua (UA, Portugal)
 Patricia Lopez Estrada (TEC, Costa Rica)
 Paulo Alexandre de Castro (UFG, Brasil)
 Raimunda Silva (UNIFOR, Brasil)
 Ricardo Luengo (UNEX, Espanha)
 Ricardo Teixeira (UFG, Brasil)
 Rodrigo Arellano Saavedra (UCM, Chile)
 Ronaldo Nunes Linhares (UNIT, Brasil)
 Rosa Godoy Serpa da Fonseca (USP, Brasil)
 Sandro Dutra (UEG, Brasil)
 Susana Sá (UM, Portugal)
 Teresa Alzás (UNEX, Espanha)

A Ludomedia edita, publica e comercializa livros de Investigação Qualitativa. O seu catálogo editorial contempla um vasto leque de publicações, que focam temáticas como a análise de dados qualitativos com apoio de software, técnicas de análise de dados, paradigmas de investigação, entre outros. Cada projeto envolve investigadores e autores com diferentes experiências, explorando variadas metodologias de investigação e desenvolvimento. As parcerias estabelecidas com Universidades de referência têm permitido o desenvolvimento de conteúdos de excelência, refletindo o que de melhor se faz em termos de investigação científica a nível internacional.

Ludomedia edita, publica y comercializa libros de Investigación Cualitativa. Su catálogo editorial incluye una amplia gama de publicaciones, que se centran en temas como el análisis de datos cualitativos con soporte de software, técnicas de análisis de datos, paradigmas de investigación, entre otros. Cada proyecto involucra investigadores y autores con diferentes experiencias, explorando variadas metodologías de investigación y desarrollo. Las alianzas establecidas con Universidades de referencia han permitido el desarrollo de excelente contenido, lo que refleja lo mejor que se hace en términos de investigación científica a nivel internacional.

Comissão Científica

Alexandra Maria da Silva Oliveira, Universidade do Porto - Portugal
 Alexandra Pava -Cárdenas, Universidade de Antioquia - Colômbia
 Alfredo Almeida Pina de Oliveira, Universidade de Guarulhos - Brasil
 Alisson Fernandes Bolina, Universidade de Brasília - Brasil
 Amélia Augusto, Universidade da Beira Interior - Portugal
 Ana Isabel Fernandes Querido, Instituto Politécnico de Leiria - Portugal
 Ana Maria Simões de Azevedo Brandão, Universidade do Minho - Portugal
 Ana Paula de Assis Sales, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - Brasil
 Anabela Gonçalves da Silva, Universidade de Aveiro - Portugal
 Andrea Bernardes, Universidade de São Paulo - Brasil
 Angela Canuto, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas - Brasil
 Assunção das Dores Laranjareira de Almeida, Universidade de Aveiro - Portugal
 Beatriz Lobato, Universidade de São Paulo - Brasil
 Carla Luzia França Araújo, Universidade Federal do Rio de Janeiro - Brasil
 Carolina Henriques, Instituto Politécnico de Leiria - Portugal
 Carolina Martinez Salgado, Universidade Autónoma Metropolitana - México
 Catarina Lobão, Instituto Politécnico de Leiria - Portugal
 Célia Simão de Oliveira, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa - Portugal
 Celmira Laza Vásquez, Universidade Surcolombiana - Colômbia
 Christina César Praça Brasil, Universidade de Fortaleza - Brasil
 Clarice Moreira Portugal, Universidade Federal da Bahia - Brasil
 Cláudia Silveira Viera, Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Brasil
 Claudia Zamberlan, Centro Universitário Franciscano - Brasil
 Cleoneide Pinheiro, Centro Universitário Estacio do Ceará - Brasil
 Cristina Martins , Universidade do Minho - Portugal
 Cristina Monforte-Royo, Universidade Internacional de Catalunha - Espanha
 Cristina Rosa Soares Lavareda Baixinho, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa - Portugal
 Daniel Marques da Silva, Escola Superior de Saúde de Viseu - Portugal
 Daniela Dallegrave, Universidade Federal de Goiás- Brasil
 Danielle Abdel Massih Pio, Faculdade de Medicina de Marília - Brasil
 David Tavares, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa - Portugal
 Denize Cristina de Oliveira, Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Brasil
 Dirce Stein Backes, Centro Universitário Franciscano - Brasil
 Ellen Synthia Oliveira, Universidade Federal de Goiás - Brasil
 Elsa Maria de Oliveira Pinheiro de Melo, Universidade de Aveiro - Portugal
 Elsa Marta Pereira Soares, Instituto Politécnico de Leiria - Portugal
 Elza de Fátima Ribeiro Higa, Faculdade de Medicina de Marília - Brasil
 Emília Coutinho, Escola Superior de Saúde de Viseu - Portugal
 Ernestina Maria Veríssimo Batoca Silva, Escola Superior de Saúde de Viseu - Portugal
 Esperança do Gago Alves Pereira, Universidade do Minho - Portugal
 Eugénia Pereira, Universidade do Minho - Portugal
 Fabiane Almeida, Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein - Brasil
 Fabíola Hermes Chesani, Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI) - Brasil
 Fátima Ferreira Roquete, Universidade Federal de Minas Gerais - Brasil

Comissão Científica (continuação)

Fausto Amaro, Universidade Atlântica - Portugal
 Filipa Vieira, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da U. Porto - Portugal
 Francisco José Passos Soares, Universidade Federal de Alagoas - Brasil
 Geraldo Bezerra da Silva Junior, Universidade de Fortaleza - Brasil
 Gilberto Tadeu Reis da Silva, Universidade Federal da Bahia - Brasil
 Hélder António Nunes Raposo, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa - Portugal
 Helena Maria Almeida Macedo Loureiro, Universidade de Aveiro - Portugal
 Helga Marília da Silva Rafael Henriques, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa - Portugal
 Idalina Delfina Gomes, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa - Portugal
 Isabel Pereira, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa - Portugal
 Ivone Evangelista Cabral -Universidade Federal do Rio de Janeiro - Brasil
 Jane Mary Rosa Azevedo, Universidade Federal de Goiás - Brasil
 Javier Cubero Juárez, Universidade da Extremadura - Espanha
 Joab Jefferson da Silva Xavier, Universidade de São Paulo - Brasil
 João Bilhim, Universidade de Lisboa - Portugal
 João Filipe Fernandes Lindo Simões, Universidade de Aveiro - Portugal
 João Paulo Marques, Instituto Politécnico de Leiria - Portugal
 John Harold Estrada-Montoya, Universidade de Colômbia - Colômbia
 José Eurico Vasconcelos Filho, Universidade de Fortaleza - Brasil
 Josevânia da Silva, Universidade Estadual da Paraíba Campina Grande - Brasil
 Juliana Silveira Colomé, Centro Universitário Franciscano Santa Maria- Rio Grande do Sul - Brasil
 Junia Aparecida Laia da Mata, Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Brasil
 Kisna Alves, Universidade Federal do Rio Grande do Norte - Brasil
 Larissa Antunes, Unochapecó - Brasil
 Larissa Pedreira, Universidade Federal da Bahia - Brasil
 Leonardo Carnut, Universidade Federal de Minas Gerais - Brasil
 Letícia Renault, Universidade de Coimbra - Portugal
 Lilian Machado Torres, Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Brasil
 Liliane Braga Monteiro dos Reis, UniEVANGÉLICA - Brasil
 Luciana Fernandes de Medeiros, Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi - UFRN - Brasil
 Lucimara Fabiana Fornari, Universidade de São Paulo - Brasil
 Madalena Cunha, ISSV - Instituto Politécnico de Viseu - Portugal
 Mara Quaglio Chirelli, Faculdade de Medicina de Marília - Brasil
 Márcia Aparecida Padovan Otani, Faculdade de Medicina de Marília - Brasil
 Márcio Domingues, Universidade Lusófona - Portugal
 Maria Antónia Fernandes Caeiro Chora, Universidade de Évora - Portugal
 Maria Antónia Rebelo Botelho, UI&DE-ESEL - Portugal
 Maria Augusta Pereira da Mata, Instituto Politécnico de Bragança - Portugal
 Maria de Fátima da Silva Vieira Martins, Universidade do Minho - Portugal
 Maria de Fátima Mantovani, Universidade Federal do Paraná - Brasil
 Maria de Fátima Mendes Marques, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa - Portugal
 Maria de Fátima Nunes, Universidade Federal de Goiás - Brasil
 Maria del Consuelo Chapela Mendoza, Universidade Autónoma Metropolitana de Xochimilco - México
 María del Mar Pastor Bravo, Universidade de Murcia - Espanha

Comissão Científica (continuação)

Maria dos Anjos Dixe, Instituto Politécnico de Leiria - Portugal
 Maria Elisa Chaleta, Universidade de Évora - Portugal
 Maria Elizabeth da Silva Hernandes Corrêa, Asso. Beneficente Hospital Universitário - ABHU. Marília - Brasil
 Maria Exposito, Universidade do Norte - Colômbia
 Maria Goretti Queiroz, Universidade Federal de Goiás - Brasil
 Maria Helena Presado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa - Portugal
 Maria João Ribeiro Fernandes Trigueiro Pinto, Escola Superior de Tecnologias da Saúde do Instituto Politécnico do Porto - Portugal
 Maria Laurência Parreirinha Gemito, Universidade de Évora - Portugal
 Maria Ribeiro Lacerda, Universidade Federal do Paraná - Brasil
 Maria Viviane Lisboa de Vasconcelos, Universidade Federal de Alagoas - Brasil
 Mariana Sodário Cruz, Universidade de Brasília - Brasil
 Marilda Castelar, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - Brasil
 Marília Gonçalves, Universidade Federal de São Carlos - Brasil
 Marília Rua, Universidade de Aveiro - Portugal
 Marta Maia, CRIA/ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa – Portugal
 Mauro Serapioni, Centro de Estudos Sociais - Universidade de Coimbra - Portugal
 Nádia Rodrigues, Fundação Oswaldo Cruz - Brasil
 Neusa Collet, Universidade Federal da Paraíba - Brasil
 Nilce Maria da Silva Campos Costa, Universidade Federal de Goiás - Brasil
 Odete Araújo, Universidade do Minho - Portugal
 Olga Maria Ramalho de Albuquerque, Universidade de Brasília - Brasil
 Olinda Maria Rodrigues de Araújo, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - Brasil
 Óscar Ferreira, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa - Portugal
 Patrícia Moita Garcia Kawakame, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - Brasil
 Paulo Jorge Cruz Tavares, Instituto Politécnico da Guarda - Portugal
 Paulo Roberto Vasconcellos da Silva, Fundação Oswaldo Cruz- Brasil
 Pedro Alexandre Duarte Mendes, Instituto Politécnico de Castelo Branco - Portugal
 Pétala Salvador, Universidade Federal do Rio Grande do Norte - Brasil
 Priscila da Silva Antonio, Universidade de Brasília - Brasil
 Raquel Maria Amaral Araújo, Universidade Federal de Viçosa - Brasil
 Renata Evangelista, Universidade Federal de Goiás - Brasil
 Renata Meira Veras, Universidade Federal da Bahia - Brasil
 Rosa Godoy, Universidade de São Paulo - Brasil
 Rosa Maria Lopes Martins, Escola Superior de Saúde de Viseu - Portugal
 Rosana Vilela, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas - Brasil
 Roseli Vernasque Bettini, Faculdade de Medicina de Marília - Brasil
 Roseney Bellato, Universidade Federal de Mato Grosso - Brasil
 Rui Gonçalves, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - Portugal
 Sílvia Fernandes, Faculdade de Economia - Universidade do Algarve - Portugal
 Sílvia Tonhom, Faculdade de Medicina de Marília - Brasil
 Sónia Dias, Universidade Nova de Lisboa - Portugal
 Sónia Ramalho - Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria - Portugal
 Stella R. Taquette, Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Brasil

Comissão Científica (continuação)

Susana Custódio, Instituto Politécnico de Leiria - Portugal

Vanessa Vila, Pontifícia Universidade Católica de Goiás - Brasil

Vera Maria Ribeiro Nogueira, Universidade Católica de Pelotas/Universidade Federal de Santa Catarina - Brasil

Verónica Rita Dias Coutinho, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - Portugal

Vitória Parreira, Escola Superior de Enfermagem do Porto - Portugal

Walterlânia Santos, Universidade de Brasília - Brasil

Wanderlei Abadio de Oliveira, Pontifícia Universidade Católica de Campinas - Brasil

Zélia Anastácio, Universidade do Minho – Portugal

PREFÁCIO

A investigação qualitativa revela-se potente para a compreensão dos fenómenos sociais. Os resultados são importantes para a proposição de mudanças e superação dos problemas que fundamentam o desenvolvimento das pesquisas. Este aspeto evidencia-se, por exemplo, na emergência da pandemia da COVID-19, na medida que houve a necessidade de buscar respostas para o enfrentamento dos impactos nos modos de viver, adoecer e morrer da população mundial.

Os capítulos apresentados neste volume, são o resultado dos artigos apresentados no 9º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa (CIAIQ2020) que decorreu nos dias 14, 15, 16 e 17 de julho de 2020, e em formato virtual. Na continuidade das edições anteriores, o sucesso do CIAIQ2020 reforça a existência de uma comunidade multidisciplinar, empenhada e de qualidade nesta área da investigação. Deste modo o CIAIQ continua a assumir-se como um evento de prestígio internacional, incontornável e de presença obrigatória nas agendas dos investigadores ibero-americanos que desenvolvem investigação com abordagem qualitativa.

Para o CIAIQ2020 foi encorajada a submissão de artigos científicos que focassem diversos campos de aplicação na Investigação Qualitativa. Para criar laços e identificação com a comunidade científica, foi divulgado que a ênfase do CIAIQ2020 se relacionava com diversos processos de investigação em **Saúde** (ênfase nos processos de investigação nas áreas de Medicina, Enfermagem, Tecnologias da Saúde, Geriatria, Gerontologia, Psicologia, entre outras). No entanto, para uma visão mais transversal e holística da investigação, foi solicitada aos autores a submissão de artigos em diversas temáticas organizadas em duas principais dimensões (Fundamentos e Operacionalização).

O CIAIQ2020 recebeu um total de 242 submissões de artigos, sendo 83 aceites e publicados neste volume. Cada artigo foi submetido a um processo de revisão *double-blind* realizado por uma comissão científica composta por elementos altamente qualificados nas áreas científicas do congresso. Os artigos aceites para apresentação e discussão durante a conferência estão agora publicados neste volume com registo ISSN.

Finalizamos, agradecendo a todos os que de forma direta ou indireta colaboraram com a organização do CIAIQ2020 (participantes, autores, comissões, instituições parceiras, patrocinadores, revistas, entre outros), participando e promovendo a expansão e qualidade da investigação qualitativa.

Julho, 2020

Lucimara Fornari

Fábio Freitas

Ellen Synthia Fernandes de Oliveira

Cleoneide Oliveira

António Pedro Costa

PREFACIO

La investigación cualitativa demuestra ser potente para comprender los fenómenos sociales. Los resultados son importantes para proponer cambios y superar los problemas que subyacen en el desarrollo de la investigación. Este aspecto es evidente, por ejemplo, en el surgimiento de la pandemia de COVID-19, ya que era necesario buscar respuestas para enfrentar los impactos en las formas de vivir, enfermarse y morir de la población mundial.

Los capítulos presentados en este volumen son el resultado de los artículos presentados en el 9° Congreso Iberoamericano de Investigación Cualitativa (CIAIQ2020) que tuvo lugar los días 14, 15, 16 y 17 de julio de 2020, en formato virtual. Tras las ediciones anteriores, el éxito del CIAIQ2020 refuerza la existencia de una comunidad multidisciplinaria, comprometida y de calidad en esta área de investigación. De esta manera, el CIAIQ continúa asumiéndose como un evento de prestigio internacional, presencia esencial y obligatoria en las agendas de los investigadores iberoamericanos que desarrollan investigaciones con un enfoque cualitativo.

Para el CIAIQ2020, se alentó la presentación de artículos científicos que se centraron en varios campos de aplicación en Investigación Cualitativa. Para crear vínculos e identificación con la comunidad científica, se reveló que el énfasis de CIAIQ2020 estaba relacionado con varios procesos de investigación en **Salud** (énfasis en procesos de investigación en las áreas de Medicina, Enfermería, Tecnologías de la Salud, Geriátrica, Gerontología, Psicología, entre otras). Sin embargo, para una visión más transversal y holística de la investigación, se pidió a los autores que presentaran artículos sobre varios temas organizados en dos dimensiones principales (Fundamentos y operacionalización).

El CIAIQ2020 recibió un total de 242 artículos, 83 de los cuales fueron aceptados y publicados en este volumen. Cada artículo fue sometido a un proceso de revisión *double-blind* llevado a cabo por un comité científico compuesto por elementos altamente calificados en las áreas científicas del congreso. Los artículos aceptados para presentación y discusión durante la conferencia ahora se publican en este volumen registrado con ISSN.

Julio, 2020

Lucimara Fornari

Fábio Freitas

Ellen Synthia Fernandes de Oliveira

Cleoneide Oliveira

António Pedro Costa

ÍNDICE

PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS DE CUIDADOS PALIATIVOS SOBRE A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO Rosa Martins, Rosa Cardoso, Nélia Carvalho, Susana Batista, Alexandra Dinis, Ana Andrade	1-13
VISIBILIDADE CURRICULAR PARA O EXCESSO DE PESO: CONTRIBUIÇÃO DA ANÁLISE TEMÁTICA Maria Magaly Medeiros, Rosana Vilela, Andrea Vanderlei Fregadolli	14-25
PREFERENCIAS EN DISTRACCIÓN DE NIÑOS CON CÁNCER Karol Johanna Briñez Ariza, Maria Elizabeth Gomez Neva	26-42
DOCE TRANS-TORNADIX: EXPERIÊNCIA DE PRODUÇÃO DE ARTE A PARTIR DA PESQUISA QUALITATIVA EM SAÚDE Fábio Solon Tajra, Rodrigo Aragão da Silva	43-55
CONTRIBUIÇÃO DA PESQUISA-AÇÃO EDUCACIONAL (PESQUISA-ENSINO) PARA A INSERÇÃO DO ATENDIMENTO DOMICILIAR NA MATRIZ CURRICULAR EM ODONTOLOGIA Franklin Regazzone Pereira Lopes, Maria Viviane Lisboa de Vasconcelos, Célia Maria Silva Pedrosa, Cynthia de Jesus Freire	56-67
PERCEPCIONES SOBRE LA MATERNIDAD Y LA LACTANCIA: LA IMPORTANCIA DE CONOCER LAS EXPECTATIVAS Y EXPERIENCIAS MATERNAS A TRAVÉS DEL ANÁLISIS TEMÁTICO. PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA Esther G. Adalia, Montserrat Hernández-Luengo, Raquel Bartolomé-Gutiérrez, Beatriz Rodríguez-Martin, Estela Jiménez-López, María Martínez-Andrés	68-81
SAÚDE E AMBIENTE NOS TRILHOS DO CUIDADO: CONCEPÇÕES E CONEXÕES Crystiane Ribas Batista Ribeiro, Vera Maria Saboia, Lina Márcia Miguéis Berardinelli, Marcela de Abreu Moniz, Eliane Ramos Pereira, Tatiane Marinz de Souza Luquez	82-92
A TEMÁTICA DAS BOAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS NO CONTEXTO DO PROJETO POLÍTICO-PEDAGÓGICO DA RESIDÊNCIA Elisabete Mesquita Peres de Carvalho, Leila Bernarda Donato Göttems, Dirce Bellezi Guilhem	93-104
MÉTODO QUALITATIVO POTENCIALIZADO PELA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA Victoria Grassi Bonamigo, Deborah Ribeiro Carvalho, Marcia Regina Cubas	105-115
SEGURANÇA DO PACIENTE: PERCEPÇÕES DE DOCENTES E DISCENTES DO CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM Cláudia Rodrigues, Pétala Salvador, Kisna Alves, Amanda Lopes, Clara Marques	116-127
A VALORIZAÇÃO DA PRECEPTORIA PARA FORTALECIMENTO DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: UM ESTUDO QUALITATIVO Francisco José Passos Soares, Helga Maria Teixeira Cassiano, Jorge Artur Peçanha de Miranda Coelho	128-139
REFLEXÕES TEÓRICAS SOBRE O CUIDAR DE SI À LUZ DO INTERACIONISMO SIMBÓLICO: UM ESTUDO DE REVISÃO INTEGRATIVA Sheilane da Silva Santos, Gláucia Valente Valadares, George Luiz Alves Santos, Ligia Santana Rosa, Jussara Regina Martins, Paulo Joaquim Pina Queirós	140-150

A COMUNICAÇÃO EM SAÚDE APROXIMANDO TRABALHADORES DA SAÚDE E ESTUDANTES DE MEDICINA: UMA ESTRATÉGIA PARA O CONTROLE DA DENGUE NO BRASIL	
Eldaine Faria de Moura Villela, Wanderson Sant'ana de Almeida, Wallace Antunes Damásio do Nascimento, Luana Kronit Bastos, Gabriel Gonçalves Dutra, Fábio Morato de Oliveira	151-161
GÉNERO, SIGNIFICADOS E CONSUMO DE PORNOGRAFIA EM PORTUGAL: UM ESTUDO MISTO	
Rita Castro, Samuel Lins	162-174
DEFINIÇÃO DE COMPETÊNCIAS EM CUIDADOS PALIATIVOS NA FORMAÇÃO DO MÉDICO GENERALISTA	
Kátia Macário Santos Quintiliano, Francisco José Passos Soares	175-187
RELEVÂNCIA DA INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA PARA A ELABORAÇÃO DE MATERIAIS EDUCATIVOS EM SAÚDE	
Claudenisa Mara de Araújo Vieira, Sabrina Alaide Amorim Alves, Maria do Socorro Vieira Lopes, Marlene Menezes de Souza Teixeira	188-198
ASPECTOS CRÍTICOS DO USO DE CAQDAS NA PESQUISA QUALITATIVA: UMA COMPARAÇÃO EMPÍRICA DAS FERRAMENTAS DIGITAIS ALCESTE E IRAMUTEQ	
Angela Canuto, Beatriz Braga, Lucas Monteiro, Rodrigo Melo	199-211
A DANÇA COMO RECURSO TERAPÊUTICO PARA A MELHORIA DA SAÚDE DE IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS DA CIDADE DE FORTALEZA-CE	
Leila Maria de Andrade Filgueira, Aline Veras Moraes Brilhantel, Laís Duarte de Moraes, Paula Pamplona Costa Lima, José Clerton de Oliveira Martins	212-225
QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE: ANÁLISE DIMENSIONAL DO CONCEITO	
Lara Borges de Vasconcelos, Míria Conceição Lavinias Santos, Raimunda Magalhães da Silva, Carlos Garcia Filho, Victor Lavinias Santos, Débora Rodrigues Guerra Probo	226-238
PAPEL DA BRINQUEDOTECA NA RECUPERAÇÃO DA CRIANÇA HOSPITALIZADA SOB A ÓTICA DE PAIS E RESPONSÁVEIS	
Fernanda Amorim Cesário, Suelen Fernanda Coutinho Pinto, Thaís de Freitas Aniceto, Alessandra Silva Lima Jardim, Claudirene Milagres Araújo, Lilian Machado Torres	239-250
PROPUESTA UNIVERSITARIA DE EDUCACIÓN EN COLOMBIA: “PROFESIONAL DE LA VIDA COMUNITARIA Y LA PAZ”	
Lyla Piedad Velosa Amature, César Mauricio Junca Rodríguez, Jonh Harold Estrada Montoya	251-264
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO PROJETO PRAIA SEM BARREIRAS	
Fabiana Gonçalves de Mello Cahú, Fellipe Eugênio Soares Miranda, Ana Claudia Camargo Gonçalves Germani, Maíra Rosa Apostólico, Alfredo Almeida Pina-Oliveira	265-278
BRINCANDO NO HOSPITAL: A EXPERIÊNCIA DOS ENFERMEIROS COM O USO DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO EM UNIDADES PEDIÁTRICAS	
Fabiane de Amorim Almeida, Lidia Souza dos Reis Silva, Carolline Machado de Miranda	279-292
APRENDER EM PROJETOS DE INVESTIGAÇÃO DURANTE A LICENCIATURA EM ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	
David Loura, Rafael Bernardes, Cristina Lavareda Baixinho, Helga Rafael, Isa Félix, Mara Guerreiro	293-304

O MAPA DO TERRENO DO APOIO MATRICIAL: UMA REVISÃO DIALÓGICA DA LITERATURA

Renata Laureano da Silva, Maria Auxiliadora Teixeira Ribeiro 305-317

VALORACIÓN DE LOS FACTORES QUE CONDICIONAN LA ADQUISICIÓN DE HÁBITOS ALIMENTARIOS SALUDABLES EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG): APROXIMACIÓN CUALITATIVA DESDE UNA PERSPECTIVA EN PRIMERA PERSONA Y DE LOS PROFESIONALES

Mireia Vilamala-Orra, Cristina Vaqué-Crusellas, Ruben del Rio Saéz 318-330

EXPERIÊNCIAS, VALORES E PREFERÊNCIAS DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA SOBRE EL CUIDADO DE SU SALUD: INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

Vanesa Ramos-García, Ana Toledo-Chávarri, María del Mar Trujillo-Martín, Tasmania del Pino-Sedeño, Wenceslao Peñate Castro, Lilisbeth Perestelo Pérez 331-346

PERSPECTIVA DE ADOLESCENTES QUE VIVEM COM DIABETES MELLITUS ACERCA DO AUTOCUIDADO

Caren da Silva Bertoldo, Eliane Tatsch Neves, Aline Cammarano Ribeiro, Camila Barreto, Diúlia Calegari de Oliveira, Camila Lopes Marafiga 347-358

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE FAMÍLIAS DE CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA À LUZ DO MODELO TEÓRICO DOS SISTEMAS DE CUIDADOS À SAÚDE

Andreia Chaves Farias, Maria Rosilene Cândido Moreira, Milena Silva Costa, Joseph Dimas de Oliveira, Antônio Germane Alves Pinto, Evanira Rodrigues Maia 359-371

ACONSELHAMENTO CONTRACETIVO NA INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DE GRAVIDEZ: REVISÃO SISTEMÁTICA

Sara Palma, Adriana Taborda, Nídia Nunes, Mário Cardoso, Maria Helena Presado 372-384

PREPARO DA FAMÍLIA PARA A REVELAÇÃO DO HIV NA INFÂNCIA: EXPERIÊNCIAS DE ENFERMEIRAS

Renata de Moura Bubadué, Ivone Evangelista Cabral 385-399

COMPREENDENDO OS SENTIMENTOS DE IDOSOS ENCARCERADOS

Alessandra Minervina dos Santos Lopes, Maria Fernanda Pereira Gomes, Elza de Fátima Ribeiro Higa, Maria José Sanches Marin, Carlos Alberto Lazarini 400-410

IDOSOS PRIVADOS DE LIBERDADE: EXPECTATIVAS SOBRE A VIDA APÓS CUMPRIMENTO DA PENA

Alessandra Minervina dos Santos Lopes, Claudia Tedde, Maria Fernanda Pereira Gomes, Elza de Fátima Ribeiro Higa, Maria José Sanches Marin, Carlos Alberto Lazarini 411-422

A PESQUISA-AÇÃO NA RECONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS SOBRE PROCESSO DE ENFERMAGEM NA ÁREA HOSPITALAR

Rayanne Valentim Ribeiro, Flavia Nantes Fausto, Patrícia Trindade Benites, Arminda Rezende de Pádua del Corona, Vilma Ribeiro da Silva 423-436

LITERACIA EM SAÚDE E CUIDADOS PÓS-INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

Vanessa Piccinin Paz, Maria de Fátima Mantovani, Nen Nalú Alves das Mercês, Verónica de Azevedo Mazza, Ângela T. Mattei da Silva 437-448

REPRESENTACIONES SOCIALES DEL ESTADO Y LA COMUNIDAD SOBRE LA REHABILITACIÓN DE JÓVENES CON ADICCIONES EN ZONAS URBANO MARGINALES DE GUAYAQUIL 2016-2019

Carlos Terán-Puente, Milton Gross Albornoz, María Aguayo Canchingre 449-463

ESTRATÉGIAS DE INFORMAÇÃO: A PERSPETIVA DA PESSOA COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

Cristina Saraiva, Deolinda da Luz 464-478

PERCEPÇÃO DAS MERENDEIRAS DE CARAPICUÍBA - SÃO PAULO, BRASIL, SOBRE ASPECTOS DA SUA ATUAÇÃO PROFISSIONAL

Nyvian Alexandre Kutz, Danielle Martins Pereira, Marianne de Faria Chimello, Alfredo Almeida Pina-Oliveira, Denise Cavallini Cyrillo, Marcia Maria Hernandez de Abreu de Oliveira Salgueiro 479-490

CONTRIBUIÇÕES À SAÚDE MENTAL DO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Aline Pereira de Souza, Kátia Terezinha Alves Rezende, Maria José Sanches Marin, Silvia Franco da Rocha Tonhom, Daniela Garcia Damaceno 491-502

ANÁLISIS CUALITATIVO DEL MODELO DE GESTIÓN DE CASOS PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE PLURIPATOLOGÍA Y SUS CUIDADORES FAMILIARES

Sandra Milena Hernández-Zambrano, Ruth Alexandra Castiblanco Montañez, Ana Julia Carrillo Algarra, Laura Catherin Garcia Rodriguez 503-514

CORONAVÍRUS: EXPLORANDO O TEMA ATRAVÉS DA BIBLIOMETRIA

Eduardo Amadeu Dutra Moresi, Isabel Pinho 515-527

O BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE E MEDICINA: UMA ANÁLISE DE CORRESPONDÊNCIA DE CONCEPÇÕES ACERCA DE ATENDIMENTO HUMANIZADO

Renata Meira Veras, Vitória Batista Calmon de Passos, Caio César Moura Feitosa, Sheyla Fernandes 528-541

O USUÁRIO E SUA BUSCA PELO CUIDADO NAS REDES FORMAIS E REDES VIVAS: UMA PRODUÇÃO CARTOGRÁFICA

Kátia Santos de Oliveira, Ana Lúcia de Grandi, Maira Sayuri Sakay Bortoletto, Josiane Vívian Camargo de Lima, Rossana Staevie Baduy, Regina Melchior 542-554

O USO DE MAPAS DA REDE PESSOAL SOCIAL: ESTRATÉGIA DE PESQUISA E INTERVENÇÃO JUNTO A ADOLESCENTES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO

Diene Monique Carlos, Isabela Martins Gabriel, Daniela Gonsalves Lopes, Fernanda Maranhão Santos, Ana Paula França de Oliveira, Luiza Cesar Riani Costa 555-566

SAÚDE, INTEGRALIDADE E CUIDADO: CONCEPÇÕES DE GESTORES DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Janaína da Câmara Zambelli, Pedro Henrique Brito da Silva, Nelson Filice de Barros, Ellen Synthia Fernandes de Oliveira 567-579

CONDIÇÕES DE SAÚDE DO CUIDADOR FAMILIAR DO IDOSO DEPENDENTE

Raimunda Magalhães da Silva, Antonia Rozângela Souza de Oliveira, Luiza Jane Eyre de Souza Vieira, Christina César Praça Brasil, Maria Helena de Agrela Gonçalves Jardim 580-591

A INFLUÊNCIA DA TECNOLOGIA NO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA PRÉ-ESCOLAR E ESCOLAR

Thaís Aluane Silva Santos, Kátia Terezinha Alves Rezende, Ione Ferreira Santos, Silvia Franco da Rocha Tonhom 592-608

SEXUALIDADE DA MULHER: DIFICULDADES, ENFRENTAMENTOS E ATUAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

João Marcos Franco de Souza, Kátia Terezinha Alves Rezende, Larissa Aparecida Pedroso, Silvia Franco da Rocha Tonhom 609-622

MUJER Y DISCAPACIDAD: PERCEPCIÓN DE SU CALIDAD DE VIDA

María Victoria Martín-Cilleros, María Cruz Sánchez-Gómez, Miguel Ángel Verdugo-Alonso, Manuela Crespo-Cuadrado, Ana Belén Sánchez-García, Cristina Caballo-Escribano, Sonia Verdugo-Castro, Elena Manjón-García 623-634

ANÁLISE DE DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO DE CIRURGIÕES-DENTISTAS NO COTIDIANO DA REGULAÇÃO ASSISTENCIAL

Leonardo Carnut, Celso Zilbovicius, Tarsila Teixeira Vilhena Lopes, Brunna Verna Castro, Jacqueline Vilela Bulgareli 635-647

CUIDADO HUMANIZADO ÀS GESTANTES, PARTURIENTES E PUÉRPERAS: ANÁLISE TEMÁTICA DA CONCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Beatriz Castro Souza Capelanes, Maryelle Peres da Silva Santos, Katia Terezinha Alves Rezende, Mara Quaglio Chirelli 648-663

DEFINIÇÃO DE HABILIDADES-ALVO PARA A CLASSIFICAÇÃO DE BRINCADEIRAS VOLTADAS ÀS CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO

Francisca Francisete de Sousa Nunes Queiroz, Christina César Praça Brasil, Fabiana Neiva Veloso Brasileiro, Felícia Gabler, José Eurico de Vasconcelos Filho 664-677

A ANÁLISE DE DISCURSO CRÍTICA NO ESTUDO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: EXEMPLO A PARTIR DE MUDANÇAS NA POLÍTICA SOBRE DROGAS NO BRASIL

Yuri Fontenelle Lima Montenegro, Ana Karla Ramalho Paixão, Natália Caldas Martins Sales, Aline Veras Moraes Brilhante, Christina César Praça Brasil 678-690

DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DAS/OS ADOLESCENTES: DISCURSOS DE USUÁRIAS/OS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Henny Luz Heredia, Elizabeth Artmann 691-706

DEFINIÇÃO DO CONTEÚDO DA MNEMÔNICA POSICIONAR

Cristina Lavareda Baixinho, Óscar Ferreira, Fátima Mendes Marques, Maria Helena Presado, Mário Cardoso, Helga Rafael 707-719

O AGEÍSMO NOS CUIDADOS DE SAÚDE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Sheyla Fernandes, Nycolas Emanuel Tavares de Lira, Alanda Maria Ferro 720-731

PERCEPÇÃO DA ENFERMAGEM SOBRE A HIGIENE ORAL AO PACIENTE HOSPITALIZADO

Rodolfo de Oliveira Medeiros, Márcia Renata Rodrigues, Márcia Aparecida Padovan Otani, Márcia Aparecida Padovan Otani, Elza de Fátima Ribeiro Higa 732-741

A ENTREVISTA EM GROUNDED THEORY: APRENDER COM OS PARTICIPANTES

Célia Simão de Oliveira, Rita Madeira Nogueira, Idalina Delfina Gomes 742-753

A INTEGRALIDADE NA REABILITAÇÃO FÍSICA: DIFICULDADES E ESTRATÉGIAS PARA SEU DESENVOLVIMENTO

Paula Carolina de Castro Boscateli, Antonio Henrique Rodrigues dos Passos, Maria José Sanches Marin, Luís Carlos Paula e Silva, Marcio Mielo, Elza de Fátima Ribeiro Higa .. 754-768

A ESTIMULAÇÃO MAMÁRIA COMO UM MÉTODO NATURAL DE INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO

Filipa Ramos, Emília Coutinho, Vitória Parreira 769-782

A MULHER IMIGRANTE NA CENTRALIDADE DA INTERAÇÃO COM O ENFERMEIRO: CONSTRANGIMENTOS E ESTRATÉGIAS DE SUPERAÇÃO

Emília Coutinho, Ana Raquel Duarte Domingos, Vitória Parreira, Paula Nelas, Cláudia Chaves, João Duarte, Neila Karimo, Alcinda Reis 783-796

PERCEPÇÃO DAS MULHERES IMIGRANTES HAITIANAS SOBRE CONCEPÇÃO DE CORPO, SAÚDE E CUIDADO

Marli Aparecida Rocha de Souza, Aline Dalpra Rosa, Aida Maris Peres, Flaviane da Silva, Ingrid Margareth Voth Lowen, Silvana Regina Rossi Kissula Souza 797-807

O USO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL E SOCIAL NA FORMAÇÃO DE SANITARISTA

Olga Albuquerque, Maria Hosana Conceição, Maria Fernanda Melis, Felipe Albuquerque, Neusi Berbel, Cecile Rodrigues 808-821

SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM - REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Deolinda Bernardo, Pedro Bernardes Lucas 822-832

USO DE MÉTODOS PARTICIPATIVOS EN EL DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA EL AUTOCUIDADO DE LA DIABETES EN ADULTOS MAYORES EN CANADÁ

Pilar Camargo-Plazas, Idevania Costa, Lenora Duhn, Beatriz Alvarado, Deborah Tregunno 833-845

GESTÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR EM PESSOAS COM DOENÇA CRÔNICA NA COMUNIDADE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Helga Rafael Henriques, Joana Pinto, José Faria, Augusto Silva 846-857

A METODOLOGIA DA TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS CONSTRUTIVISTA: CONSIDERAÇÕES SOBRE SEU USO NA ÁREA DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS COM FERIDAS CRÔNICAS

Idevania G. Costa, Deborah Tregunno, Pilar Camargo-Plazas 858-869

ESTUDO ETNOBOTÂNICO QUALITATIVO COM PROFISSIONAIS E USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE JUÍNA – MT, BRASIL

Rodrigo Silva Rios, Leda Maria de Souza Villaça, Suzy Helen Dourado, Silvio Carlos Bieski, Isanete Geraldini Costa Bieski 870-881

O PARTO HORIZONTAL E O RISCO DE LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS NOS ENFERMEIROS OBSTETRAS

Armando Sousa Sousa, Maria Helena Presado 882-894

SENTIDOS ATRIBUÍDOS À SOBRECARGA DE TRABALHO POR RESIDENTES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA E SUA INFLUÊNCIA NO PROFISSIONALISMO MÉDICO

Elaine Saraiva Feitosa, Ana Maria Fontenelle Catrib, Aline Veras Moraes Brilhante, Sammya Bezerra Maia e Holanda Moura, Sílvia de Melo Cunha, Christina César Praça Brasil 895-908

CULTURA DE SEGURANÇA NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA: PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE- REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Ana Martins Diz, Pedro Bernardes Lucas 909-919

ANÁLISE DE DISCURSO EM ESTUDO SOBRE ADOLESCENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE

Andressa da Silveira, Eliane Tatsch Neves 920-926

ENVELHECIMENTO, QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR SUBJETIVO: PERCEPÇÕES DE IDOSOS PARTICIPANTES DE UM GRUPO SOCIAL

Cristina de Fátima Ventura 927-935

EXPERIENCIA EN EL ANÁLISIS DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN CÁNCER DE MAMA CON EL APOYO DEL PROGRAMA NVIVO

Elena Torralba-Martínez, Núria Codern-Bové 936-946

NARRATIVA DO CUIDAR EM PARTO HUMANIZADO

Jéssica Lopes de Oliveira, Luciana Segurado Cortes, Marcella da Nóbrega Santiago, Antônio Carlos Rodrigues da Cunha 947-955

O USO INICIAL DO SOFTWARE WEBQDA PARA APOIAR A CONDUÇÃO DE UMA TESE

Valberto Barbosa Porto, Maria Marlene Marques Ávila, Cecília Galvão, Maria do Socorro de Sousa 956-963

ATENÇÃO EM SAÚDE NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Nathalia Cristina Plaza Caprioli, Kátia Terezinha Alves Rezende, Cassia Regina Fernandes Biffe Peres, Silvia Franco da Rocha Tonhom, Aline Pererira de Souza 964-974

PERCEPÇÃO DE IDOSOS COM DOENÇAS CRÔNICAS SOBRE A PERDA DA FUNCIONALIDADE E DA AUTONOMIA

Maria Vieira de Lima Saintrain, Caroline Barbosa Lourenço, Caroline Ferreira Martins, Ana Nery Melo Cavalcante, Rosa Livia Freitas de Almeida, Raimunda Magalhães da Silva 975-983

REFLEXÃO SOBRE QUESTÕES ÉTICAS A PARTIR DE UMA PESQUISA EM ANTROPOLOGIA DA SAÚDE

Marta Maia 984-991

LA SUPERVISIÓN DE ENFERMERÍA: CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN LA FORMACIÓN DE EQUIPOS DE TRABAJO

Karla Sofía Gómez-Alcántara, Danelia Gómez-Torres 992-999

SCOPING REVIEW SOBRE EL METAPLAN COMO METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN CIENCIAS DE LA SALUD

Silvia Veiga-Seijo, Maria Jesús Movilla-Fernández, Natalia Rivas-Quarneti 1000-1007

PESQUISA DOCUMENTAL DE PRONTUÁRIOS DE ATENDIMENTO PSICANALÍTICO DE BEBÊS: PROPOSTA DE ANÁLISE QUALITATIVA EM CINCO TEMPOS

Isabella Regina Gomes de Queiroz, Milena Pereira Pondé 1008-1017

NARRATIVAS DE PSICÓLOGAS A PARTIR DA LEI MARIA DA PENHA

Marilda Castelar, Amanda Torquatro, Verena Souza Souto 1018-1025

COMPREENSÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTAL EM UM MUNICÍPIO DO NORTE DO BRASIL QUANTO AOS DESAFIOS DA ASSISTÊNCIA

Marta Azevedo dos Santos, Ana Terra de Araújo Rodrigues, Leila Rute Gurgel do Amaral, Rozilaine Lago, Maria Inês Gandolfo, Danielle Keylla Alencar Cruz 1026-1041

PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS DE CUIDADOS PALIATIVOS SOBRE A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Rosa Martins¹, Rosa Cardoso², Nélia Carvalho¹, Susana Batista², Alexandra Dinis¹ e Ana Andrade¹

¹Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu, Portugal, rmartins.viseu@gmail.com; Portugal.ncarvalho@gmail.com, xanadinis@gmail.com; anandrade67@gmail.com

²Centro Hospitalar Tondela Viseu – EPE, Portugal, catarina27887@hotmail.com; susanapbatista@gmail.com

Resumo. Introdução: Os Cuidados Paliativos, são cuidados exigentes e humanizados que visam maximizar, a qualidade de vida e dignidade da Pessoa. Com o mesmo propósito, intervêm os enfermeiros de reabilitação num cuidar especializado. Objetivo: Assim pretendeu-se conhecer a percepção dos enfermeiros sobre as intervenções e contributos dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em Doentes em Cuidados Paliativos. Métodos: Estudo qualitativo, com recurso à análise de conteúdo. A amostra foi constituída por 13 Enfermeiros, (12 do sexo feminino e 1 do masculino). Eram todos licenciados em enfermagem e exerciam a sua atividade profissional em Unidades de Cuidados Paliativos. Para a recolha de dados recorreu-se a uma entrevista semiestruturada. Resultados: Os participantes apresentam percepções bastante positivas sobre o cuidado especializado dos enfermeiros de reabilitação, considerando-os agentes facilitadores na satisfação das necessidades do doente. As intervenções mais destacadas na persecução do bem-estar do Doente foram a mobilização, cinesiterapia respiratória, treino da deglutição e disfagia, massagem e preservação da autonomia e independência. Conclusão: A percepção dos Enfermeiros sobre a intervenção do Enfermeiro Especialista em Reabilitação nas pessoas internadas em unidades de CP é positiva salientando a manutenção das capacidades funcionais dos doentes, prevenção de complicações e redução de incapacidades, contudo a visibilidade pelos pares é ainda insipida.

Palavras-chave: Percepção dos Enfermeiros; Intervenções de Reabilitação; Doente; Cuidados Paliativos.

PERCEPTION OF PALLIATIVE CARE NURSES ABOUT THE INTERVENTION OF THE SPECIALIST NURSE IN REHABILITATION NURSING

Abstract. Introduction: Palliative Care is demanding and humanized care that aims to maximize the quality of life and dignity of the Person. For the same purpose, rehabilitation nurses intervene in specialized care. Objective: Thus, it was intended to know the nurses' perception about the interventions of specialized nurses in rehabilitation nursing in Palliative Patients. Methods: Qualitative study, using content analysis. The sample consisted of 13 nurses, (12 female and 1 male). They were all licensed in nursing and exercised their professional activity in Palliative Care Units. For data collection, a semi-structured interview was used. Results: The participants present very positive perceptions about the specialized care of the rehabilitation nurses, considering them as facilitating agents in meeting the patient's needs. The most prominent interventions in the pursuit of the patient's well-being were mobilization, respiratory kinesitherapy, deglutition / dysphagia training, massage and preservation of autonomy and independence. Conclusion: Nurses' perception of the intervention of the Rehabilitation Specialist Nurse in people hospitalized in PC units is positive, emphasizing the maintenance of the patients' functional capacities, prevention of complications and reduction of disabilities, however the visibility by peers is still insipid.

Keywords: Nurses' perception; Rehabilitation Interventions; Sick; Palliative Care.

1. INTRODUÇÃO

Os progressos alcançados pela Medicina na segunda metade do século XX são claramente relevantes, contudo, a longevidade crescente e o aumento das doenças crónicas, têm conduzido a um significativo número de doentes com patologias, para as quais não existe cura. Desta constatação, emergiu o movimento moderno de cuidados paliativos (CP) que teve o mérito de chamar a atenção para o sofrimento dos doentes incuráveis, para a falta de respostas por parte dos serviços de saúde e para a especificidade dos cuidados que teriam que ser dispensados a esta população (APCP, 2019). A Organização Mundial da Saúde (OMS) considerou, em 2004, os CP uma prioridade nas políticas de saúde, recomendando a sua abordagem programada e planificada, numa perspetiva de apoio global, aos múltiplos problemas dos doentes que se encontram na fase mais avançada da doença e no final da vida. Concetualizou CP, como uma resposta ativa aos problemas decorrentes da doença prolongada, incurável e progressiva, na tentativa de prevenir o sofrimento que ela gera e de proporcionar a máxima qualidade de vida possível, a estes doentes e suas famílias. São de facto, cuidados de saúde ativos, rigorosos, que combinam ciência e humanismo, com uma base filosófica que se centra na prevenção e alívio do sofrimento, como recurso à identificação precoce e tratamentos rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais. Numa visão mais analítica, os CP são entendidos como cuidados de conforto, cuidados de suporte e gestão de sintomas, proporcionando cuidados holísticos ao doente e à família, ou ao cuidador principal, com foco nas questões físicas, emocionais, sociais e espirituais que os doentes/família podem enfrentar durante o percurso da doença (Barbosa & Neto, 2016).

Em Portugal, e de acordo com Portaria n.º 66/2018 de 6 de março, os CP são considerados essenciais a um Sistema Nacional de Saúde (SNS) de qualidade, e por isso advoga cuidados prestados em continuidade nos cuidados de saúde, a todas as pessoas, ao longo do ciclo de vida, com doenças muito graves e/ou avançadas e progressivas, que deles necessitem, e onde quer que se encontrem, designadamente nos cuidados de saúde primários (CSP), hospitalares ou continuados integrados. Depreende-se do referido, que são necessárias instituições com condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados e capacitados á prestação de cuidados holísticos. De facto a complexidade dos processos vividos pela pessoa em situação paliativa, requer que os profissionais de saúde assumam um cuidar multidisciplinar numa lógica de atenção aos sentimentos de quem vivência uma condição tão complexa, o que implica possuírem formação para poderem intervir com a qualidade exigível neste tipo de cuidados

diferenciados. Os enfermeiros são elementos centrais dentro das equipas multidisciplinares e quanto mais conscientes estiverem do seu papel profissional, mais próximos ficam dos poderes institucionais para cuidar (enquanto profissional de saúde) e de quem é cuidado (utente, família e comunidade) conduzindo ao redimensionar das relações de trabalho e de autoridade partilhada, necessária aos processos participativos numa efetiva equipa multidisciplinar (OE, 2015). Não obstante, o doente paliativo apresenta frequentemente quadros nosológicos complexos que exigem intervenções cuidativas de cariz especializado, onde os processos e programas de reabilitação poderiam ser fundamentais. Na verdade, os enfermeiros especialistas em reabilitação (EER), para além das competências atribuídas aos enfermeiros de cuidados gerais, detêm competências no domínio: da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2012). As experiências de um cuidar especializado na área da enfermagem de reabilitação, evidenciam-na como um componente integral de uma abordagem holística em cuidados paliativos, permitindo que as pessoas alcancem ou mantenham os seus níveis ideais de funcionamento físico, sensorial, intelectual e social, independentemente de expectativa de vida (Wosahlo & Maddocks, 2015). Numa revisão da literatura efetuada pelos autores referidos, foi evidenciado o facto do EER nem sempre integrar as equipas multidisciplinares que constituem as unidades de CP. Porém, analisando o perfil profissional do EER, e a missão que as unidades de CP se propõe assegurar, consideramos a sua presença na equipa multidisciplinar fundamental, uma vez que é detentor de conhecimentos e competências específicas, que lhe permitem dar resposta às necessidades e objetivos dos doentes que necessitam de cuidados paliativos. A sua intervenção é feita junto das famílias e das pessoas, com alterações do foro neurológico, respiratório e outros, visando prestar cuidados que previnam e/ou retardem o agravamento da situação de dependência e sofrimento, promovendo a adaptação e/ou a manutenção das capacidades funcionais, o conforto, a esperança e a qualidade de vida possível da pessoa e família, e dos quais resultam ganhos em saúde significativos (Ribeiro, 2017). Estes pressupostos colocam em destaque a pertinência deste estudo, no sentido de demonstrar, com evidência científica, os ganhos em saúde para o doente em cuidados paliativos resultantes destas intervenções especializadas do EER.

Pese embora as mais-valias descritas, o reconhecimento da intervenção do EER nas unidades de CP pelos pares e população em geral, ainda apresenta algumas fragilidades e não se encontra devidamente documentada. Assim, é neste contexto, que se enquadra a

problemática deste estudo, emergindo a seguinte questão de investigação: que percepções apresentam os enfermeiros sobre as intervenções e contributos desenvolvidas pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação com doentes internados em Unidades de Cuidados Paliativos? No sentido de responder á questão formulada definiu-se como objetivo geral conhecer a percepção dos enfermeiros sobre as intervenções e contributos dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação nos doentes internados em Unidades de Cuidados Paliativos.

2. MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, descritivo e de carácter exploratório. Enfoca nas percepções dos enfermeiros sobre a intervenção e contributos do enfermeiro especialista em reabilitação em unidades de CP, visando compreender e encontrar significados por meio de relatos verbais com recurso à palavra. Centra-se ainda em procedimentos interpretativos e heurísticos de análise e interpretação dos dados, com recurso a entrevistas semiestruturadas. O estudo decorreu entre novembro de 2018 e março de 2019, em duas Unidades de Cuidados Paliativos da região Centro de Portugal, que integrassem nas suas equipas EER. Para a realização das entrevistas, recorreu-se a uma amostra por conveniência, constituída por 13 participantes (12 do sexo feminino e 1 do sexo masculino) profissionais de enfermagem, a exercer funções em Unidades de CP há pelo menos dois anos. As entrevistas decorreram apenas com a presença do investigador e do entrevistado (em gabinetes dos respetivos serviços e em horário laboral) e foram realizadas até à saturação dos dados, tendo sido inicialmente legitimadas por dois peritos na área. Após a sua realização, as entrevistas foram transcritas para análise posterior e legitimação dos participantes. Todos os procedimentos foram efetuados segundo uma rigorosa conduta ética, com preenchimento do consentimento informado, garantindo-se o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos respeitando os princípios da declaração de Helsínquia. O estudo foi ainda autorizado pela Comissão de Ética da Instituição de Ensino onde o estudo foi realizado (Parecer Nº 52/2017) e pelos Conselhos de Administração das Instituições Hospitalares onde foram colhidos os dados. O instrumento de recolha de dados selecionado consistiu numa entrevista semiestruturada, cujo guião teve por referência os critérios propostos por Quivy e Campenhoudt (2008), de modo a garantir a correspondência entre o universo de referência das perguntas e dos entrevistados, e ainda aos objetivos previamente definidos. Estruturalmente o guião integrava: (1) dados pessoais e profissionais como (sexo, idade, habilitações académicas,

formações adicionais, categoria profissional, tempo total de exercício profissional, tempo de exercício profissional em unidades de CP e ainda tipo de vínculo à instituição); (2) Questões sobre a Percepção dos enfermeiros de CP sobre a intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação que procuravam compreender: (opinião dos participantes relativamente aos conceitos de CP e de doente com necessidades paliativas; necessidades que identificam na pessoa e família em situação paliativa; percepções sobre as competências, intervenções e contributos desempenhadas pelos EER e ainda os contributos destes profissionais no cuidado ao doente/família; identificação das principais atividades desenvolvidas pelos especialistas em reabilitação.

A informação recolhida foi tratada seguindo o modelo de análise de conteúdo proposto por Bardin (2015), que prevê três fases fundamentais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e inferência/interpretação. Inicialmente foi efetuada uma leitura flutuante das entrevistas e realizada uma matriz de categorização.

De seguida avançou-se para a codificação do corpus de análise (baseado na entrevista semiestruturada) obedecendo às regras de exaustividade, homogeneidade e pertinência. Por fim e posteriormente à codificação e categorização, procedeu-se ao tratamento dos resultados encontrados, propondo inferências e interpretá-los à luz do quadro teórico adotado. No sentido de atingir a sistematização do discurso dos entrevistados e após sucessivas leituras, obtivemos cinco categorias como podemos ver no capítulo relativo à apresentação e discussão dos resultados.

Contudo e antes de passarmos ao capítulo referido, passaremos a apresentar uma breve caracterização da amostra.

Este estudo contou com a participação de 13 enfermeiros a prestar cuidados em unidades de CP, sendo 12 do sexo feminino e 1 do sexo masculino, e com uma média de idades de 40,38 anos. Todos os participantes são detentores de uma licenciatura (n=13), porém 8 possuem formação adicional e cumulativa, nomeadamente: pós-graduação em Urgência Emergência (n=2), pós-graduação e mestrado em CP (n=3), pós-licenciatura em Enfermagem Médico-cirúrgica (n=3), e pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (n=1).

Detêm ainda a categoria profissional de enfermeiro (n=10), com um tempo de exercício profissional global, que oscila entre os 3 e os 36 anos, (M=17,8) e com uma média de tempo

de exercício profissional em unidades de CP de 4,8 anos. O tipo de vínculo à instituição revela que 7 pertencem ao quadro da função pública (QFP) e 6 têm Contrato Individual de Trabalho por Tempo Indeterminado (CITTI) (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização Sociodemográfica e Profissional dos Participantes

Género	Idade	Habilitações Académicas	Formação Adicional	Categoria Profissional	Tempo de exercício profissional	Tempo exercício prof. em UCP	Vínculo à Instituição
Masculino	52 anos	Licenciatura		Enfermeiro	29 anos	7 anos	QFP
Feminino	33 anos	Licenciatura		Enfermeira	11 anos	4 anos	CITTI
Feminino	28 anos	Licenciatura		Enfermeira	5 anos	2 anos	CITTI
Feminino	32 anos	Licenciatura	Pós-grad.em Urg. Emergência	Enfermeira	8 anos	4 anos	CITTI
Feminino	27 anos	Licenciatura	Pós-graduação em CP	Enfermeira	3 anos	2 anos	CITTI
Feminino	34 anos	Licenciatura	Pós-lic. Enf.Médico-cirúrgica	Enfermeira	16 anos	7 anos	QFP
Feminino	51 anos	Licenciatura	Pós-Lic.Enf. S. M. Psiquiátrica	Enfermeira Especialista	29 anos	7 anos	QFP
Feminino	35 anos	Licenciatura		Enfermeira	12 anos	5 anos	CITTI
Feminino	45 anos	Licenciatura		Enfermeira	23 anos	7 anos	QFP
Feminino	57 anos	Licenciatura	Pós-lic. Enf.Médico-cirúrgica	Enfermeira Chefe	36 anos	3 anos	QFP
Feminino	36 anos	Licenciatura	Pós-lic. Enf.M.-cirúrgica e Mestrado em CP	Enfermeira	13 anos	2 anos	CITTI CITTI
Feminino	53 anos	Licenciatura	Mestrado em CP	Enfermeira graduada	27 anos	8 anos	QFP
Feminino	42 anos	Licenciatura	Pós-grad.em Urg. Emergência	Enfermeira	20 anos	5 anos	QFP

3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados obtidos foram organizados em cinco categorias, que revelam os significados atribuídos pelos participantes. Por forma a compreender melhor o fenómeno, e tornar os resultados mais explícitos, elaborou-se um esquema representativo, onde se englobam todas as unidades de significação, tendo em conta as categoriais e subcategorias das unidades de registo dos entrevistados (Quadro 1).

Quadro 1. Categorias e Subcategorias do Estudo

Categorias	Subcategorias
Significado de Cuidados Paliativos	Cuidados à pessoa com doença incurável Cuidados de suporte e conforto Controlo da sintomatologia Cuidados holísticos C. melhorar QV doentes/ famílias
Significado de Doente em situação Paliativa	Pessoa em sofrimento e sem QV Necessita de controlo de sintomatologia Pessoa com doença incurável e fim digno Pessoa com necessidade de conforto Pessoa com nec. paliativas em qualquer fase da vida
Necessidades identificadas no Doente em situação Paliativa	Controlo de sintomas/necessidades físicas Necessidades Psicológicas, emocionais e sociais Esperança/sentido de vida Acompanhamento e apoio da família Autonomia
Necessidades identificadas na Família e/ou Pessoa Significativa	Satisfação das necessidades do seu familiar Necessidade de apoio/Psicológico/espiritual Necessidade Informações e Esclarecimentos Capacitação para a Prestação de cuidados Confrontar a morte /espiritualidade
Intervenções e contributos do enfermeiro especialista em reabilitação na satisfação das necessidades do doente na equipa de UCP	Mobilização dos doentes Técnicas de educação respiratória Treino de deglutição/controlo de disfagia Promoção do conforto Promoção/preservação da autonomia/independência do doente Prevenção de complicações

3.1 Significado de Cuidados Paliativos

A perspetiva apresentada pelos participantes sobre o significado de CP é que se trata de cuidados abrangentes, diversificados e complexos. Comprova-se o referido pelos seus discursos...(...) *cuidados à pessoa com doença incurável e/ou grave e com um prognóstico limitado*; E3 e E9 “os CP são essencialmente cuidados de suporte e conforto”; (E2, E5 e E7) referem ainda tratar-se *de cuidados holísticos*; (E4 e E10) evidenciam o facto de *visar a melhoria da qualidade de vida dos doentes e suas famílias, sendo esta díade a unidade central de cuidados*; E10 acrescenta “*nós trabalhamos todas as vertentes da pessoa e da família, que são a nossa unidade central de cuidados*”. Importa ainda referir que E5, E8, E11 e E12 apresentam o foco fundamentalmente no *...controlo da sintomatologia*. Constatamos deste modo que globalmente os participantes estão em linha com a abrangência do conceito de CP proposto por Costa e Othero (2014) ao considerá-los: cuidados ativos, coordenados e globais, que combinam ciência e humanismo e definem-se como uma resposta ativa aos problemas decorrentes da doença prolongada, incurável e progressiva, na tentativa de prevenir o sofrimento que ela gera e de proporcionar o máximo bem-estar.

3.2 Significado de Doente em situação Paliativa

A segunda categoria refere-se ao significado atribuído pelos participantes ao doente em situação paliativa. A análise do discurso das entrevistas conduziu-nos às seguintes subcategorias: *doente paliativo é a pessoa que está em sofrimento e com pouca qualidade de vida* (E1, E6 e E12); *pessoa que necessita de controlo de sintomatologia associada à doença incurável e/ou grave* (E2, E4 e E10); *pessoa com doença incurável que necessita de cuidados adequados para um fim digno* (E3, E8 e E13); *pessoa com necessidade de cuidados de conforto* (E5, E7 e E9); e *pessoa com necessidades paliativas em qualquer fase da vida* (E9). Encontramos de facto similaridade entre os significados expressos e a concetualização proposta pela OMS (2002) ao direcionar os CP para os doentes – e suas famílias – que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, como recurso à identificação precoce e tratamentos rigorosos dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais.

3.3 Necessidades Identificadas na Pessoa com Necessidade de Cuidados Paliativos

A exploração das necessidades da pessoa em situação paliativa permite perceber a diversidade de olhares dos participantes sobre a temática. A diferente literatura consultada revela que as necessidades da Pessoa em CP são múltiplas, complexas e interligam-se, englobando os campos físico, emocional, psicológico e espiritual que implicam uma abordagem de carácter multidisciplinar (Ribeiro, 2017). Este estudo reforça estes pressupostos, pois das unidades de registo dos entrevistados emergiram cinco subcategorias, indicativas das necessidades identificadas: *o foco no controlo de sintomas/necessidades físicas* (E1, E2, E4, E5, E6, E7 e E8); *também as necessidades psicológicas, espirituais, emocionais e sociais* (E3, E8, E4, E9, E10 e E11); e *ainda a esperança/sentido de vida* (E1, E2, E4, E5, E6, E7 e E8); *havendo também quem identifique a necessidade de acompanhamento e apoio à família* (E9) *em associação à promoção da autonomia do Doente* (E11). As questões referentes à autonomia e respeito pela privacidade são questões enfatizadas por Kamal et al. (2014), ao defender que o respeito pelas preferências do utente e família devem constituir o objetivo central da reabilitação do Doente/família.

3.4 Necessidades Identificadas na Família e/ou Pessoa Significativa

A família e significativos deverão ser sempre parte integrante do processo de saúde e de doença, uma vez que o cuidado do enfermeiro é dirigido não só ao doente, mas também à família e aos cuidadores. Para a Ordem dos Enfermeiros (2012), as intervenções de enfermagem deverão ser otimizadas na perspetiva de toda a unidade familiar, que constitui o alvo do processo de cuidados. Pudemos observar que as necessidades identificadas na família e/ou pessoa significativa da pessoa com necessidade de CP apresentam um especial enfoque pela maioria dos entrevistados *nas necessidades/apoio psicológico* (E2, E3, E4, E5, E8, E9, E10, E11 e E13), uma vez que se trata de necessidades de difícil resolução e que exigem apoio específico (DGS, 2005). Também as *necessidades de esclarecimentos/informações sobre a evolução da doença do seu familiar* (E5, E8 e E12), é referido como uma constatação frequente, encontrando-se associadas às incertezas e ao desconhecimento aumentando os medos e as situações de stress. A par do referido surge o *desejo de poder estar presente para o apoiar e enfrentar as perdas* (E6, E10 e E11), *expressando “o medo que o doente morra sozinho”* (E13), e *por isso desejam “acompanhar o Doente nas últimas horas de vida”* (E3 e E7). Uma outra dimensão das famílias é o não se sentirem *capacitadas para prestar aos seus entes queridos os cuidados de que necessitam* (E1, E8 e E13) convergindo estes sentimentos em fenómenos de insegurança, sobrecarga e stress (Borreani et al., 2014). *O confronto com a morte* (E5, E7 e E10) e *as necessidades espirituais* (E2) são aspetos referidos e para os quais não conseguem recrutar estratégias de coping ajustadas, exigindo pela sua complexidade um trabalho da equipa multidisciplinar. Muitas vezes a família não consegue gerir os seus sentimentos, “sobretudo de revolta perante a situação” (E4 e E6) tornando-se neste caso fulcral, a realização de sessões de psicoterapia, aconselhamento psicológico, objetivando o *empowerment* da família (Ribeiro, 2017).

3.5 Intervenções e Contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Satisfação das Necessidades do Doente Paliativo

O conceito de reabilitação e a forma como este se interliga com a população em cuidados paliativos, faz-nos perceber que para além de autonomia e dignidade, o objetivo central recai na qualidade de vida e bem-estar do utente e família. Existe de facto unanimidade nos discursos dos entrevistados, sobre a importância da inclusão nas equipas das unidades de CP do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EER).

Consideram que o *“EER tem uma visão mais profunda do que o enfermeiro generalista”* e nas suas intervenções” (E5 e E9) (...) tentam desenvolver ao máximo as capacidades que restam ao doente no sentido dessa pessoa se manter autónoma e independente o mais possível”. Porém a presença deste profissional e as suas intervenções específicas é ainda insipiente para alguns participantes e reflete-se nos discursos (...) *“confesso que não conheço na totalidade as competências específicas... e confundo-as muitas vezes com as do fisioterapeuta”* (E4 e E10). As intervenções identificadas num primeiro momento, são as que se referem à dimensão física e esta evidencia-se quando os participantes referem... *“em minha opinião uma das principais competências está direccionada para a parte física”* (E6 e E7) *“eles atuam muito ao nível da parte respiratória, fazendo cinesiterapia respiratória e da manutenção da funcionalidade e limpeza das vias aéreas”* (E8 e E13); (...) *“fazem com frequência manobras no sentido de potenciar mecanismos fisiológicos por forma a que o doente consiga controlar melhor os seus sintomas, nomeadamente a falta de ar associada à presença de secreções, com drenagens torácicas que aliviam bastante os doentes”* (E12). A visibilidade das intervenções do EER apresentam ainda muita notoriedade aos níveis das mobilizações, das massagens, do treino da deglutição e no controle da disfagia: *“os colegas fazem um trabalho muito importante nas mobilizações (...)”, “fazem movimentos passivos para evitar a espasticidade e ajudar a relaxar”*(E2 e E6); *“as massagens de conforto que executam deixam o doente muito confortável e os familiares apreciam muito estas intervenções”* (E1 e E3); também *“ao nível da alimentação quando os doentes apresentam disfagia”* (...) e *“estes cuidados são contributos muito importantes para o conforto do utente”* (E5) No pleno exercício das suas funções, o EER maximiza o potencial da pessoa com incapacidade, objetivando a manutenção da condição de saúde, a melhoria da funcionalidade e autonomia e a promoção da qualidade de vida, bem-estar e dignidade (Ribeiro, 2017). São de facto funções também percebidas pelos participantes ao afirmar que *“os EER são muito importantes no assegurar e manter as capacidades funcionais prevenindo complicações secundárias* (E9 e E10), (...) *“os cuidados que prestam pretendem evitar incapacidades e preservar a autonomia do utente”* (E7) *“para mim os contributos dos colegas de reabilitação são importantes porque potenciam ao máximo a independência e a autonomia do doente, tendo em conta o estágio da doença e o seu estado físico e psicológico”* (E4, E8 e E11); acrescentando *“pode não só ter um contributo para a melhoria da sua capacidade funcional, mas desta forma contribuir para melhorar o estado emocional, dando maior serenidade ao doente”* (E12). Numa análise mais global dos conteúdos dos discursos emerge o reconhecimento dos pares relativamente às intervenções do EER, por

considerarem que “(...) eles acabam por se uma mais-valia para os serviços, para os utentes e para a família porque promovem a autonomia melhoram significativamente a qualidade de vida do utente/família” (E1 e E5) (...) “O EER é sem dúvida um agente facilitador de uma melhor satisfação das necessidades da pessoa em situação paliativa (...)” (E12).

4. CONCLUSÕES

A abordagem paliativa em alguns países está já reconhecida como uma área especializada, contudo em Portugal, e apesar dos progressos feitos, ainda existe um caminho longo a percorrer. Os cuidados paliativos, emergiram da necessidade verificada por alguns profissionais de saúde de continuar a cuidar utentes incuráveis, pois, apesar de o objetivo nesta fase não ser a cura, reconheceram que muito há a fazer pelo seu bem-estar. No mesmo sentido, conhecer as perceções dos enfermeiros sobre o desempenho especializado dos EER em Unidades de CP, pode ser um contributo para a melhoria na prestação de cuidados holísticos a estes doentes. Os resultados mostraram que os entrevistados apresentam perceções muito positivas sobre as intervenções e contributos dos EER aos doentes em CP.

Destacar também, a unanimidade nos discursos dos entrevistados, sobre a importância da inclusão nas equipas das unidades de CP destes profissionais, uma vez que os consideram agentes facilitadores na satisfação das necessidades da díade doente/família. As unidades de registo relativas à categoria intervenções em enfermagem de reabilitação, que emergiram com maior relevo, foram: a otimização da mobilização corporal, educação respiratória e ventilação, treino de deglutição/disfagia, medidas de prevenção de complicações, aumento da funcionalidade e autonomia. Enfatizam também contributos promotores do conforto através das massagens, promoção da qualidade de vida e do bem-estar do Doente.

Compreendemos ainda, que estes participantes têm interiorizados significados claros sobre CP, características e necessidades do doente/família em situação paliativa, o que denota uma evolução positiva no conhecimento e na formação desta área específica, graças às formações graduadas e pós-graduadas de que são detentores.

A compreensão das perceções dos enfermeiros sobre as intervenções e contributos dos EER nas unidades de CP, assume uma importância crucial pelo papel preponderante que estes profissionais podem desempenhar não só ao nível da melhoria da prestação de

cuidados ao doente, mas também ao nível, da família e da gestão dos cuidados, designadamente na conceção no planeamento e melhoria da qualidade e segurança dos cuidados. É ainda importante para a sensibilização dos gestores, responsáveis pelos recursos humanos e equipas das unidades de CP, no sentido de perceberem as mais-valias que um cuidar especializado em enfermagem de reabilitação, pode trazer ao doente e família mas também ao próprio sistema nacional de saúde. As instituições de ensino e investigação poderão igualmente beneficiar destes dados, no sentido de atualizar e ajustar as formações e os campos de pesquisa às verdadeiras necessidades das populações, com implicações importantes para a prática dos cuidados.

A metodologia escolhida para chegar a estes resultados é em nossa opinião a mais adequada ao estudo de perceções dos enfermeiros, e a sua eficácia ficou demonstrada no conhecimento aprofundado que obtivemos sobre os significados sobre CP, características e necessidades do doente/família em situação paliativa e ainda sobre as intervenções e contributos do EER. De facto ouvir quem está e conhece as especificidades das unidades de CP *in locus*, e em contextos determinados, (conhecimento mais significativo da expressão em profundidade da interação destes participantes), usando entrevistas semiestruturadas, sistematização e análise de dados, elaborando sínteses individuais e coletivas, de forma crítica e reflexiva, contribui para o reconhecimento e crescimento das metodologias qualitativas.

Como limitações do estudo apontamos, a reduzida dimensão da amostra, o facto de se tratar de uma amostra não probabilística por conveniência e se limitar apenas a duas unidades de cuidados paliativos num contexto regional específico, não permitindo extrapolar estes resultados para outras realidades.

5. REFERÊNCIAS

- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. (2019). *Equipas de cuidados paliativos*. Acedido em <https://www.apcp.com.pt/cuidados-paliativos/equipas-de-cuidados-paliativos.html>
- Barbosa, A., & Neto, I. (2016). *Manual de cuidados paliativos*. Lisboa: Associação de Estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Bardin, L. (2015). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Borreani, A. (2014). Unmet needs of people with severe multiple sclerosis and their carers: Qualitative findings for a home-based intervention. *PLoS ONE*, 9(10), 1-11.
- Costa, A. P., & Othero, M. B. (2014). *Reabilitação em cuidados paliativos*. Loures: Lusodidacta.

- Kamal, A. H. (2014). Quality measures for palliative care in patients with cancer: A systematic review. *Journal of Oncology Practice*, 7(6), 382-388.
- Lei nº 52/2012. (2012, Setembro 05). *Lei de bases dos cuidados paliativos* [Portugal]. Diário da República, 1(172), pp. 5119-5124. Acedido em <https://dre.pt/application/file/a/174902>
- Ordem dos Enfermeiros, Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2015). *Áreas investigação prioritárias para a especialidade de enfermagem de reabilitação*. Acedido em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf
- Portaria n.º 66/2018. (2018, Março 06). Proceda à terceira alteração à Portaria n.º 340/2015, de 8 de outubro, alterada e republicada pela Portaria n.º 165/2016, de 14 de junho, e alterada pela Portaria n.º 75/2017, de 22 de fevereiro, que regula, no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Paliativos, a caracterização dos serviços e a admissão nas equipas locais e as condições e requisitos de construção e segurança das instalações de cuidados paliativos. [Portugal]. *Diário da República*, 1(46), pp. 1177-1182. Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/114822275>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde, Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas. (2005). *Programa nacional de cuidados paliativos*. Lisboa: DGS. Acedido em <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-cuidados-paliativos-pdf.aspx>
- Quivy, R., & Campenhoudt, I. V. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Ribeiro, C. D. (2017). Necessidades da pessoa em situação paliativa: Perspetiva do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Acedido em <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/18190>
- World Health Organization. (2004). *Palliative care: Solid facts*. Acedido em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107561/E82931.pdf;jsessionid=1BAE35D31C00C1B71305D51F10A3E072?sequence=1>
- Worldwide Palliative Care Alliance, & World Health Organization. (2014). *Global atlas of palliative care at the end of life*. Acedido em https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf
- Wosahlo, P., & Maddocks, M. (2015). Benchmarking the provision of palliative rehabilitation within the hospice setting. *Palliative Medicine*, 29(5), 477-478.

VISIBILIDADE CURRICULAR PARA O EXCESSO DE PESO: CONTRIBUIÇÃO DA ANÁLISE TEMÁTICA

Maria Magaly Medeiros¹, Rosana Vilela¹ e Andrea Vanderlei Fregadolli¹

¹Universidade Federal de Alagoas, Brasil, magalymedeiros@uol.com.br; zanavilela@gmail.com; deadoutorado@hotmail.com

Resumo. Introdução: O excesso de peso é entendido como um dos maiores problemas de saúde pública no mundo. Objetivo: Este estudo teve por objetivo identificar estratégias educativas para enfrentar a invisibilidade da temática “excesso de peso no currículo de medicina”, a partir de estudantes inseridos no internato de uma universidade pública do nordeste brasileiro. Métodos: Optou-se pela metodologia de cunho qualitativo, cujas respostas ao questionamento sobre o tema foram submetidas a uma análise temática, em que se procurou apreender as sugestões para o aprimoramento de seu ensino/aprendizagem. Resultados: Os resultados apontaram duas categorias de sugestões: a primeira envolveu medidas com resultado em médio prazo, como o incentivo ao estilo de vida saudável no ambiente da escola médica; e a segunda tratou de medidas de resultados em curto prazo, como as intervenções educativas visando melhorar as competências dos estudantes na abordagem do excesso de peso. Conclusões: Foi possível concluir que há necessidade de intervenções educativas eficazes durante a graduação com o intuito de melhorar as competências em medicina do estilo de vida e na abordagem do excesso de peso. Assim, os futuros profissionais de saúde estarão mais bem equipados para ajudar os pacientes na adoção e manutenção de comportamentos mais saudáveis.

Palavras-chave: Obesidade; Sobrepeso; Currículo; Educação de Graduação em Medicina; Medicina do Estilo de Vida.

CURRICULAR VISIBILITY FOR OVERWEIGHT: CONTRIBUTION OF THEMATIC ANALYSIS

Abstract. Introduction: Overweight is understood as one of the biggest public health problems in the world. Objective: This study aimed to identify educational strategies to face the invisibility of the issue of overweight in the medical curriculum, from students in boarding schools and a public university in north-eastern Brazil. Method: We opted for the qualitative methodology, where the answers to questions on the theme were subjected to a thematic analysis, in which we sought to apprehend the suggestions for the improvement of their teaching / learning. Results: The results showed two categories of suggestions. The first involved measures with medium-term results, such as encouraging a healthy lifestyle in the medical school environment. The other dealt with short-term outcome measures, such as educational interventions aimed at improving students' skills in overweight approaching. Conclusions: It is concluded that there is a need for effective educational interventions during graduation aiming to improve skills in lifestyle medicine and in the approach to overweight. Thus, future health professionals will be better equipped to assist patients in adopting and maintaining healthier behaviours.

Keywords: Obesity; Overweight; Curriculum; Undergraduate Medical Education; Lifestyle Medicine.

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta a obesidade como um dos maiores problemas de saúde pública no mundo. A projeção é que, em 2025, cerca de 2,3 bilhões de adultos estejam com sobrepeso e mais de 700 milhões, obesos. No Brasil, a obesidade vem crescendo cada vez mais. Alguns levantamentos indicam que 50% da população está acima

do peso, ou seja, na faixa de sobrepeso e obesidade (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica [ABESO], 2014).

O EP e a obesidade têm caráter múltiplo e heterogêneo, envolvem não apenas fatores biológicos e de causa individual, mas uma integração de fatores históricos, econômicos, sociais e culturais. Não são apenas os aspectos relacionados à dieta ou ao sedentarismo que devem ser avaliados, mas as condições de trabalho, moradia, segurança, rede de abastecimento e globalização, que explicam os fatores proximais que, usualmente, se incluem nos modelos causais das doenças e agravos à saúde (Brasil, 2014).

Os médicos têm um papel especial em ajudar os pacientes a fazer mudanças no estilo de vida e são mais confiáveis e eficazes se forem modelos deste estilo de vida. No entanto, poucas escolas médicas incorporaram a Medicina do estilo de vida em seus currículos (Malatskey, Essa-Hadad, Willis, & Rudolf, 2019).

Vários estudos demonstram que os médicos, inclusive os da atenção primária, não abordam as medidas preventivas (Colbert & Jangi, 2013; Block, Desalvo, & Fisher, 2003), poucos fazem o tratamento de maneira adequada (Leedham-Green, Pound, & Wylie, 2016) e exibem atitudes preconceituosas que desmotivam o cuidado da pessoa com EP (Fang, Gillespie, Crowe, Popeo, & Jay, 2019; Pantenburg et al., 2012). As principais barreiras descritas são o pouco conhecimento adquirido no período de formação, sobretudo no que se refere às causas da obesidade, fisiologia, diagnóstico e tratamento. Além disso, o preconceito, algumas vezes não percebido, juntamente com o pouco tempo despendido na consulta, ajudam a piorar o cuidado das pessoas com EP (Leedham-Green et al., 2016).

Os dados epidemiológicos evidenciam a epidemia de EP no mundo, mas os profissionais da saúde ainda não estão preparados para uma atuação adequada. Vários fatores estão envolvidos na “invisibilidade” do EP, tais como: falta de reconhecimento como doença crônica; desconhecimento da fisiopatologia, dos fatores biopsiquicossociais e das opções medicamentosas; falta de tempo para examinar o paciente; poucos medicamentos disponíveis (Yanovski & Yanovski, 2014) e o preconceito para com as pessoas com EP. O estudo de Vitolins, Crandall, Miller, Ip, Marion e Spangler (2012) demonstrou que a falta de treinamento sobre o assunto durante a graduação também dificulta o cuidado das pessoas com EP ao longo da vida profissional.

As intervenções educativas terão mais sucesso quando forem projetadas para atender às necessidades dos participantes. A avaliação das necessidades informa o desenho do plano educacional, bem como suas características. Informa, ainda, que tipo de características ou estratégias a intervenção deve adotar para alcançar o resultado desejado (Mogre, Stevens, Aryee, Amalba, & Scherpbier, 2018; Dacey, Arnstein, Kennedy, Wolf, & Phillips, 2013).

Ante o exposto e à escassez de estudos nacionais e locais sobre o ensino médico e o EP, buscou-se responder à pergunta: Sob o ponto de vista dos estudantes do internato de medicina, que estratégias educativas dariam maior visibilidade à temática EP durante a graduação? Neste artigo, o objetivo foi identificar estratégias educativas para enfrentar a invisibilidade da temática “excesso de peso no currículo de medicina”.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo do tipo descritivo, com abordagem qualitativa e delineamento transversal, ou seja, a coleta de dados foi realizada em um único tempo (Sellitz, Wrightsman, & Cook, 1987).

O estudo é derivado de uma pesquisa mais ampla, intitulada “O manejo clínico do excesso de peso: saberes dos estudantes de medicina”. O estudo matricial teve como objetivo geral verificar o conhecimento, a autoconfiança e as atitudes no manejo da pessoa com EP em uma amostra formada por estudantes do internato de medicina de uma universidade pública no nordeste brasileiro. Nesta pesquisa, ao final do questionário, foi acrescida a pergunta aberta: “Quais as sugestões para o aprimoramento do ensino sobre excesso de peso?”. Os dados produzidos por essa pergunta originaram o material a ser apresentado como conteúdo principal deste estudo, com o objetivo de identificar estratégias educativas para enfrentar a invisibilidade da temática “excesso de peso no currículo de medicina”.

Para responder à pergunta, foram convidados 32 estudantes que cursavam o estágio de Clínica Médica 2 do internato do curso de medicina de uma universidade pública do nordeste brasileiro. Foram 15 participantes do sexo masculino e 17 do sexo feminino. A pergunta aberta foi respondida por 30 participantes (internos).

O período do internato foi escolhido para realizar o estudo por se tratar da última etapa da formação do médico generalista, portanto, momento adequado para avaliar os

conhecimentos adquiridos nos ciclos anteriores da graduação. Tratou-se, desse modo, de uma amostra intencional (Yin, 2016).

O questionário, criado no formulário *Google Docs*, foi enviado por meio eletrônico aos participantes durante o estágio de Clínica Geral, após terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O período da coleta das informações foi de junho a novembro de 2018.

Os dados produzidos, a partir da pergunta aberta, foram armazenados, transcritos, sistematizados, categorizados e analisados. A análise de conteúdo foi escolhida e, dentro dessa análise, utilizou-se a proposta de sistema de categorias, com o intuito de organizar e sistematizar os pontos que emergiram das respostas dos participantes. As unidades de registro usadas foram temas, porque, segundo Bardin (2011), a análise temática permite descobrir os sentidos que atravessam a comunicação e a frequência que a compõe indica significados para o objetivo analítico.

A análise temática, de cunho qualitativo, deu especial ênfase à presença dos temas elaborados para responder à pergunta da pesquisa, em detrimento da frequência com que estes aparecem ao longo dos relatos. Sendo assim, o material foi codificado pelas seguintes categorias temáticas: medidas de resultados em médio prazo (incentivo ao estilo de vida saudável no curso de medicina); e medidas de resultados em curto prazo (intervenções educativas visando melhorar as competências dos estudantes na abordagem do EP).

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) – Plataforma Brasil – e aprovado com o Parecer nº 80644117.4.0000.5013. Com o intuito de preservar o anonimato dos participantes, os seus nomes foram substituídos pela letra P (participante) seguida de numeração crescente.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca por estratégias é fundamental no processo de desenvolvimento curricular, especialmente no curso que objetiva desenvolver competências médicas de forma integrada e contextual. Ao ser abordado o tema “sugestões para o aprimoramento do ensino sobre EP no âmbito da graduação”, durante a pesquisa intitulada “O manejo clínico do excesso de peso: saberes dos estudantes de medicina”, emergiram das respostas dos participantes (internos) informações significativas que podem indicar caminhos importantes para a busca

da excelência do plano pedagógico do curso. Estas informações foram traduzidas em duas categorias: 1) Medidas de resultados em médio prazo: incentivo ao estilo de vida saudável no curso de medicina; 2) Medidas de resultados em curto prazo: intervenções educativas visando melhorar as competências dos estudantes na abordagem do EP.

3.1 Medidas de resultados em médio prazo: incentivo ao estilo de vida saudável no curso de medicina

Os internos referem a necessidade de melhorar os hábitos pessoais de saúde dos estudantes de medicina.

P4: Fazer, de cada aluno, um paciente, visto que o ganho de peso durante o curso é muito comum, muito em função da nossa péssima qualidade de vida. Em virtude da carga enorme de assuntos pra estudar, carga horária de aulas/estágios, pouco tempo livre e/ou muita correria, grande maioria dos estudantes comem mal (lanches rápidos, por vezes, como sanduíches e pizzas), ficam com pouco tempo pra uma atividade física regular (é possível se adequar com muita disciplina, mas, dentre todas as obrigações que temos, quase sempre a academia é a escolhida pra ser dispensada quando a corda aperta), qualidade do sono prejudicada, tudo que contribui para o ganho de peso e possível obesidade. Logo, se cada aluno, além de ser um estudante (tendo aulas sobre o tema), fosse um paciente, com certeza, seria um tema amplamente aprendido.

Os médicos têm um papel especial em ajudar os pacientes a fazer mudanças no estilo de vida, no entanto, poucas escolas médicas incorporaram a Medicina do estilo de vida em seus currículos (Malatskey et al., 2019).

Pesquisas mostraram a associação entre as práticas de saúde dos médicos e a sua capacidade de influenciar o comportamento do estilo de vida de seus pacientes (Oberg & Frank, 2009; Frank, Dresner, Shani, & Vinker, 2013). Revelaram, também, que uma prática pessoal mais saudável durante a graduação prediz positivamente as práticas de aconselhamento preventivo dos médicos (Frank, Carrera, Elon, & Hertzberg, 2007). Malatskey et al. (2019) afirmaram que é improvável que os médicos forneçam uma orientação eficaz se não puderem sustentar comportamentos saudáveis.

3.2 Medidas de resultados em curto prazo: Intervenções educativas visando melhorar as competências dos estudantes na abordagem do EP

Dessa categoria emergiram as subcategorias apresentadas a seguir, no Quadro 1.

Quadro 1. Intervenções educativas visando melhorar as competências dos estudantes na abordagem do EP

Subcategorias
1- Foco das intervenções educativas
2- Formato metodológico das intervenções educativas
3- Características das intervenções educativas
4- Cenários possíveis para o desenvolvimento das intervenções educativas
5- Avaliação da aprendizagem do estudante

3.2.1 Foco das intervenções educativas

O foco da maioria das intervenções era melhorar a competências (conhecimento, habilidades e atitudes) em vários tópicos da abordagem do EP, sobretudo a prevenção e o tratamento, com abordagem biopsicossocial.

P25: Tratar sobre as opções terapêuticas, investir na prevenção [...]

P13: Capacitar melhor os acadêmicos para fazer orientação nutricional.

P17: Incluir a temática de forma clara e objetiva, com ênfase no diagnóstico, tratamento farmacológico e não farmacológico [...].

P27: [...] precisa-se tratar os transtornos neuropsiquiátricos que podem levar à obesidade, desde ansiedade a outros sintomas que não se trata antes mesmo da pessoa ser obesa.

Competências fundamentais realçadas nas sugestões foram as referentes ao tratamento farmacológico e não farmacológico da pessoa com excesso de peso. Essas sugestões estão afinadas com os resultados da pesquisa geradora (Medeiros, 2019), que mostraram lacunas sobre os conhecimentos relacionados à conduta medicamentosa e nutricional após o diagnóstico, bem como o momento mais adequado de encaminhar ao especialista.

O *Report VIII Contemporary Issues in Medicine: The Prevention and Treatment of Overweight and Obesity da Association of American Medical Colleges* discutiu e elaborou o conteúdo para as escolas médicas adotarem, objetivando a implantação do tema na graduação médica (Association of American Medical Colleges [AAMC], 2007). Os conteúdos ressaltados pelos participantes da pesquisa são coerentes com o documento.

3.2.2 Formato metodológico das intervenções educativas

Os formatos de ensino e aprendizagem sugeridos pelos participantes incluíram metodologias tradicionais e ativas, como palestras, tutoriais de aprendizagem baseados em problemas, demonstrações, dramatizações, discussões de casos clínicos, aulas práticas.

P24: Capacitação do estudante por meio de aula/palestra sobre o correto manejo destes pacientes.

P14: Estudos, aulas, focar em casos clínicos e tratamento.

P4: [...] se cada aluno, além de ser um estudante (tendo aulas sobre o tema), fosse um paciente, com certeza, seria um tema amplamente aprendido.

P19: Abordar com mais afinco a temática, sedimentando o conhecimento mediante o acompanhamento de casos ambulatorialmente, o que, em geral, é pouco estimulado.

Uma revisão (Matharu et al., 2014) examinou os métodos de treinamento efetivo para a intervenção em sobrepeso e obesidade na graduação médica. Os estudos utilizaram, com sucesso, uma variedade de métodos de ensino, incluindo treinamento na prática, palestras, dramatização e interação padronizada de pacientes para aumentar a competência dos estudantes de medicina em relação à abordagem do sobrepeso e da obesidade.

Abordagens direcionadas para o conhecimento, habilidades e atitudes devem ser incentivadas. A revisão de literatura desenvolvida por Mogre et al. (2016) mostrou que a maioria das intervenções desenvolvidas é direcionada para melhorar o conhecimento dos profissionais sobre o tema. E essas intervenções proporcionavam pouca mudança no comportamento da prática.

Observou-se ausência de sugestões incorporando educação baseada em tecnologia. A revisão citada anteriormente (Mogre et al., 2016), indica que o uso da tecnologia (computador e internet) leva a ganhos significativos do conhecimento, atitudes positivas, aumento de habilidades de autoavaliação de aconselhamento nutricional e de manejo prático.

3.2.3 Características das intervenções educativas

Como característica da abordagem do EP, os participantes sinalizam para a necessidade de atividades transversais, interdisciplinares e interprofissionais, resultando em uma prática colaborativa.

P9: Ela deve ter um espaço de discussão destinado a ela (excesso de peso), portanto, seria interessante incluir esse tema na graduação juntamente com outras patologias crônicas e de grande prevalência. Isso contribuiria para que a obesidade deixasse de ser relacionada apenas a um fator de risco, por sinal, muito determinante para desenvolvimento de outras patologias, e passasse a ser abordada como uma doença, que de fato é. O conhecimento sobre a doença é o principal caminho para melhor abordagem da mesma.

P15: [...] poderia se trabalhar com o tema de obesidade contando com a participação de outros profissionais da área de saúde, não médicos, que ofereceriam uma visão mais ampla e completa do assunto. Este tema deveria ser incluído às aulas de Saúde e Sociedade, além de na Endocrinologia.

Outro modo de enfrentamento no âmbito pessoal que foi citado pelos entrevistados:

P18: [...] como futuros médicos, acredito que não sejamos capaz de lidar com o processo de sobrepeso sem o trabalho de equipe multiprofissional, porém, como temos pouquíssimo contato com estes profissionais durante a graduação, acabamos não sendo capazes de reconhecer o limite que nossa capacidade atinge e o espaço que podemos direcionar para outros profissionais poderem complementar no cuidado do paciente.

A abordagem do tema EP, como sugerem os internos, deve ter características capazes de desempenhar o cuidado necessário, para tanto, contando com a participação de várias disciplinas médicas, além da Endocrinologia (interdisciplinaridade), bem como outras profissões – Educação Interprofissional (EIP). Nos últimos anos, diversas iniciativas de mudanças na formação das profissões de saúde recomendam a adoção da EIP para avançar em uma nova configuração do trabalho (WHO, 2010; Frenk et al., 2010).

As características das intervenções educativas apontadas pelos participantes são desafiadoras. Elas envolvem a formação docente, dimensão essencial para essa prática pedagógica, requerendo novos saberes e habilidades profissionais que orientem seus estudantes (Batista, Vilela, & Batista, 2015) até mesmo a aprenderem uns com os outros, como é o caso da educação interprofissional (WHO, 2010; Reeves, Perrier, Goldman, Freeth, & Zwarenstein, 2013).

3.2.4 Cenários possíveis para o desenvolvimento das atividades

Os participantes identificam a atenção primária e secundária como espaços que requerem melhor abordagem sobre o tema EP.

P26: [...] todas as práticas voltadas ao assunto foram realizadas em ambulatório de Endocrinologia, Cardiologia e Saúde da Criança e do Adolescente. Porém, o tema "obesidade", em si, foi pouco trabalhado e ele perpassa todas as áreas da Medicina.

P6: Medidas eficazes na atenção básica contra a obesidade.

P10: Incluir, dentro do bloco de Endocrinologia, esse assunto é reforçar, durante as aulas práticas, a importância da temática para que se transforme em parte de nossa prática rotineira, já que é uma doença que faz parte do nosso dia a dia, mesmo não sendo a queixa principal de muitos desses pacientes.

Os estudantes do internato parecem mais propensos a assimilar a abordagem do indivíduo com EP se eles observarem seus professores e preceptores modelarem o comportamento esperado. A tomada de medidas adequadas sobre cuidados nutricionais, pelos modelos,

proporcionou modelagem de papéis positivos nos participantes de pesquisa realizada por Scolapio, DiBaise, Schwenk, Macke e Burdette (2008).

Kaplan et al. (2018) demonstraram, por sua vez, que, para melhorar o tratamento da pessoa com EP, são necessários: o diagnóstico formal da doença; a priorização na consulta sobre o tema, assim como o acompanhamento com consultas regulares e a valorização dos programas de cuidado com o peso, além de conhecimento das medicações. A rotação em um programa de cirurgia bariátrica mostrou-se mais promissora quando comparada às rotações em outras disciplinas clínicas (Banasiak & Murr, 2001). Na pesquisa discutida nesse artigo, observa-se que os participantes têm a compreensão de que, para a aquisição das competências necessárias à abordagem do EP, a temática deve permear todo o curso, não apenas o foco no internato. Infere-se que a prestação de cuidados relacionados ao EP melhora com o aumento do treinamento de habilidades e da quantidade de interações com as pessoas com EP.

P11: O tema deve ser incluído na graduação antes do início do internato, preferencialmente nas clínicas, para que seja abordado de forma detalhada, uma vez que é de grande importância.

Os participantes apontaram a atenção secundária (ambulatório de Endocrinologia, Cardiologia, entre outros) e a atenção primária em saúde como espaços importantes e ricos para o exercício prático sobre EP, especialmente no internato. Estas proposições vão ao encontro das DCN (Brasil, 2014), que apontam a rede básica como um campo potencial e necessário de prática colaborativa no qual vários cursos de formação de profissionais de saúde deverão inserir seus estudantes.

3.2.5 Avaliação de aprendizagem do estudante

A avaliação é parte constitutiva das intervenções educativas e propicia o acompanhamento dos avanços e das dificuldades na aprendizagem, por esta razão deve estar relacionada com os objetivos da aprendizagem, devendo, assim, estar voltada para os fins e não somente para os resultados. Nas sugestões dos estudantes do internato, o pleito por mais avaliações sobre o tema surge de forma muito tímida.

Gontijo, Alvim e Castro Lima (2015, p. 211) afirmaram que “nenhum método é capaz de isoladamente avaliar os múltiplos aspectos que envolvem o saber médico. Daí a necessidade de a avaliação combinar diferentes instrumentos e múltiplas observações, com registros sistemáticos”. Os estudos de Ockene et al. (2018) e de Fang et al. (2019)

utilizaram o Exame Clínico Objetivo Estruturado (OSCE) como instrumento de avaliação das habilidades para o manejo da pessoa com EP.

Uma importante ferramenta da avaliação formativa é o *feedback*. *Feedback* é a entrega de informações com base na observação direta, visando melhorar o desempenho do estudante. Jug, Jiang, & Bean (2019) observaram que a literatura sobre educação médica descreve vários métodos para dar *feedback* com suas facilidades e barreiras. Porém, ainda são poucos os artigos que descrevem a importância de receber *feedback*. Ressaltam que dar e receber *feedback* se torna mais fácil com a prática.

4. CONCLUSÕES

O reconhecimento da importância ou mesmo a incipiente presença do tema no currículo são insuficientes para promover o necessário manejo clínico da pessoa com excesso de peso.

Os achados desse estudo direcionam para a necessidade do curso de medicina pesquisado investir em medidas de resultados em médio prazo, como incentivo ao estilo de vida saudável no ambiente da escola médica. Bem como, medidas de resultados em curto prazo – Intervenções educativas visando melhorar as competências dos estudantes na abordagem do EP.

Esta conduta é essencial para ampliar as chances de superar a epidemia de doenças relacionadas ao estilo de vida, que está dominando a saúde em todo o mundo. Isso requer a inclusão de um programa de incentivo ao estilo de vida saudável, por meio de intervenções transversais e frequentes no currículo, enfatizando a importância dos comportamentos de saúde pessoal e das habilidades profissionais no apoio à mudança do estilo de vida.

Reitera-se, ainda, a necessidade da construção de intervenções educacionais referentes ao manejo da pessoa com EP, em um contexto interdisciplinar e interprofissional, voltadas para o conjunto de discentes e docentes/preceptores envolvidos na formação profissional.

É importante a criteriosa escolha de métodos e técnicas pedagógicos e de avaliação que, amparados em fundamentos teóricos que expliquem o desenvolvimento das competências necessárias para o manejo de pessoas com EP, possam efetivamente interferir neste processo de adoecimento.

Como ponto forte da pesquisa pode-se citar a integração de sua natureza com o uso da abordagem qualitativa com análise do conteúdo, do tipo temática. Esta aproximação

permitiu a geração de categorias contendo as sugestões de intervenções educativas, para implementação futura, sobre a abordagem do EP. Outro potencial indicado nessa análise foi mostrar que planejadores e gestores de intervenções educacionais devem ouvir as necessidades e os interesses dos estudantes do curso.

No entanto, o estudo teve, também, limitações. Uma é que a interpretação de natureza subjetiva da pesquisa qualitativa admite que outros pesquisadores possam chegar a diferentes resultados. Outra limitação refere-se ao olhar da pesquisa baseada apenas nos estudantes, embora se tenha encontrado alta consistência com os dados da literatura.

5. REFERÊNCIAS

- Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. (2014). *Mapa da Obesidade*. São Paulo.
- Association of American Medical Colleges. (2007). *Report VIII contemporary Issues in Medicine: the prevention and treatment of overweight and obesity*. Washington, USA.
- Banasiak, M., & Murr, M. M. (2001). Medical school curricula do not address obesity as a disease. *Obesity Surgery*, 11(6), 677-679.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Batista, N. A., Vilela, R., & Batista, S. H. (2015). *Educação médica no Brasil*. São Paulo: Cortez.
- Block, J. P., DeSalvo, K. B., & Fisher, W. P. (2003). Are physicians equipped to address the obesity epidemic? knowledge and attitudes of internal medicine residents. *Preventive Medicine*, 36(6), 669-675.
- Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. (2014). *Resolução CNE/CES n. 3, de 20 de junho de 2014*. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília, DF.
- Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. (2014). *Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS: resultados do Laboratório de Inovação no manejo da obesidade nas Redes de Atenção à Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Colbert, J. A., & Jangi, S. (2013). Training physicians to manage obesity--back to the drawing board. *The New England Journal of Medicine*, 369(15), 1389.
- Dacey, M., Arnstein, F., Kennedy, M. A., Wolfe, J., & Phillips, E. M. (2013). The impact of lifestyle medicine continuing education on provider knowledge, attitudes, and counseling behaviors. *Medical Teacher*, 35(5), e1149-e1156.
- Fang, V., Gillespie, C., Crowe, R., Popeo, D., & Jay, M. (2019). Associations between medical students' beliefs about obesity and clinical counseling proficiency. *BMC Obesity*, 6(1), 1-8.
- Frank, E., Carrera, J. S., Elon, L., & Hertzberg, V. S. (2007). Predictors of US medical students' prevention counseling practices. *Preventive Medicine*, 44(1), 76-81.
- Frank, E., Dresner, Y., Shani, M., & Vinker, S. (2013). The association between physicians' and patients' preventive health practices. *Cmaj*, 185(8), 649-653.
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., ... & Kistnasamy, B. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376(9756), 1923-1958.
- Gontijo, E. D., Alvim, C. G., & Castro Lima, M. E. C. de (2015). Manual de avaliação da aprendizagem no curso de graduação em Medicina. *Revista Docência do Ensino Superior*, 5(1), 205-325.

- Gontijo, E. D., Alvim, C., Megale, L., Melo, J. R. C., & Lima, M. E. C. C. (2013). Matriz de competências essenciais para a formação e avaliação de desempenho de estudantes de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 37(4), 526-539.
- Jug, R., Jiang, X. S., & Bean, S. M. (2019). Giving and receiving effective feedback: A review article and how-to guide. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 143(2), 244-250.
- Kaplan, L. M., Golden, A., Jinnett, K., Kolotkin, R. L., Kyle, T. K., Look, M.,... & Stevenin, B. (2018). Perceptions of barriers to effective obesity care: results from the national ACTION study. *Obesity*, 26(1), 61-69.
- Leedham-Green, K. E., Pound, R., & Wylie, A. (2016). Enabling tomorrow's doctors to address obesity in a GP consultation: an action research project. *Education for Primary Care*, 27(6), 455-461.
- Malatskey, L., Essa-Hadad, J., Willis, T. A., & Rudolf, M. C. (2019). Leading healthy lives: lifestyle medicine for medical students. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 13(2), 213-219.
- Matharu, K., Shapiro, J. F., Hammer, R. R., Kravitz, R. L., Wilson, M. D., & Fitzgerald, F. T. (2014). Reducing obesity prejudice in medical education. *Education for Health: Change in Learning and Practice*, 27(3), 231-237.
- Medeiros, M. M. (2019). *O manejo clínico do excesso de peso: saberes dos estudantes de medicina* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Alagoas, Maceió.
- Mogre, V., Scherpbier, A. J., Stevens, F., Aryee, P., Cherry, M. G., & Dornan, T. (2016). Realist synthesis of educational interventions to improve nutrition care competencies and delivery by doctors and other healthcare professionals. *BMJ Open*, 6(10), e010084.
- Mogre, V., Stevens, F. C., Aryee, P. A., Amalba, A., & Scherpbier, A. J. (2018). Why nutrition education is inadequate in the medical curriculum: a qualitative study of students' perspectives on barriers and strategies. *BMC Medical Education*, 18(1), 26.
- Oberg, E. B., & Frank, E. (2009). Physicians' health practices strongly influence patient health practices. *The Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, 39(4), 290-291.
- Ockene, J. K., Ashe, K. M., Hayes, R. B., Churchill, L. C., Crawford, S. L., Geller, A. C.,... & Ferguson, K. J. (2018). Design and rationale of the medical students learning weight management counseling skills (MSWeight) group randomized controlled trial. *Contemporary Clinical Trials*, 64, 58-66.
- Pantenburg, B., Sikorski, C., Lupp, M., Schomerus, G., König, H. H., Werner, P. & Riedel-Heller, S. G. (2012). Medical students' attitudes towards overweight and obesity. *PloS One*, 7(11), 1-7.
- Reeves S., Perrier L., Goldman J., Freeth, D. & Zwarenstein, M. (2013). Interprofessional education: effects on professional practice and health outcomes (update). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD002213.
- Scolapio, J. S., DiBaise, J. K., Schwenk, W. F., Macke, M. E., & Burdette, R. (2008). Advances and controversies in clinical nutrition: the education outcome of a live continuing medical education course. *Nutrition in Clinical Practice*, 23(1), 90-95.
- Selltiz, C., Wrightsman, L., & Cook, S. (1987). *Métodos de Pesquisa nas Relações Sociais* (Vol. 1, 2. ed.). São Paulo: E.P.U.
- Vitolins, M. Z., Crandall, S., Miller, D., Ip, E., Marion, G., & Spangler, J. G. (2012). Obesity educational interventions in US medical schools: a systematic review and identified gaps. *Teaching and Learning in Medicine*, 24(3), 267-272.
- World Health Organization. (2010). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. Geneva: WHO.
- Yanovski, S. Z., & Yanovski, J. A. (2014). Long-term drug treatment for obesity: a systematic and clinical review. *Jama*, 311(1), 74-86.
- Yin, R. K. (2016). *Pesquisa qualitativa do início ao fim*. Porto Alegre: Penso Editora.

PREFERENCIAS EN DISTRACCIÓN DE NIÑOS CON CÁNCER

Karol Johanna Briñez Ariza¹ y Maria Elizabeth Gomez Neva¹

¹Pontificia Universidad Javeriana, Colombia, karolbrineza@javeriana.edu.co; m.gomezn@javeriana.edu.co

Resumo. Introducción: los niños con cáncer reciben intervenciones de enfermería que producen dolor y miedo. Objetivo: describir las preferencias de distracción de niños y adolescentes entre 7 a 16 años con diagnóstico oncológico, en un hospital de Bogotá. Métodos: cualitativo exploratorio descriptivo. Muestreo intencional con 9 participantes de 7 a 16 años con diagnóstico oncológico. Hubo aprobación de comités de ética. Se hicieron entrevistas semiestructuradas, incluyó grabación, observación, notas de campo, transcripción. Etapas: *Recolección*, *Identificación y categorización de descriptores*, *Análisis de patrones*, *Temas centrales*. Resultados: se obtuvieron 206 descriptores, 11 categorías, y tres temas. El nodo central fue “distracción para mí” que contiene tres explicaciones desde el participante: como le gusta distraerse, lo que ve y piensa en las venopunciones, y desde lo que preferiría en distracción para olvidarse de lo que siente. Conclusiones: las preferencias en tipos de distracción virtual y auditiva de niños son elegir según su gusto: música, series de televisión, películas, juegos virtuales, con audífonos diademas de manos libres. Refirieron que la distracción es importante en las punciones para sentir menos dolor, pensar en otra cosa y salirse de ese ambiente.

Palabras clave: Investigación Cualitativa; Enfermería; Preferencias del Paciente; Técnicas.

DISTRACTION PREFERENCES OF CHILDREN WITH CANCER

Abstract. Introduction: children with cancer diagnosis receive nursing interventions that produce pain and fear. Objective: to describe the distraction preferences of children and adolescents between 7 and 16 years with cancer, in a hospital in Bogotá. Methods: qualitative descriptive exploratory, intentional sampling with 9 participants from 7 to 16 years with cancer diagnosis. There was approval of ethics committees. Semi-structured interviews were conducted, including recording, observation, field notes, transcription. Stages: *Collection*, *Identification and categorization of descriptors*, *Pattern analysis*, *Central themes*. Results: were obtained 206 descriptors, 11 categories, and three topics. The central node was “distraction for me” that contains three explanations from the participant: how they like to be distracted, what they see and think about the venipunctures, and from what they would prefer in distraction to forget what they feel. Conclusions: the preferences in types of virtual and auditory distraction of children are to choose according to their preferences: music, television series, movies, virtual games, with headphones hands-free headbands. They said that distraction is important in punctures to feel less pain, think about something else and get out of that environment.

Keywords: Qualitative Research; Nursing; Patient Preferences; Techniques.

1. INTRODUCCIÓN

El cuidado de enfermería dirigido a niños con diagnóstico oncológico, requiere la aplicación del conocimiento producido por la disciplina con aportes para el mejoramiento de procedimientos habituales de la práctica como es la venopunción frecuente, que es dolorosa y traumática. Se requiere hacer un acercamiento a las preferencias en distracción de niños y adolescentes. La preferencia es la expresión del individuo sobre la conveniencia de una

acción o la selección entre varias opciones. Es decir, está relacionado con el interés propio, lo que se disfruta, le emociona, gusta, y desea. La distracción implica atraer, disipar y apartar la atención de lo que se vive, en este estudio esa es la cuestión: saber que los distraería mientras los puncionan. Existe un fundamento teórico descrito como la teoría de la distracción, usada en países con conflictos internos políticos donde se distrae la atención del país con otros asuntos internacionales no propios (Niño & Iregui, 2014). Al vincular teóricamente este fundamento con el presente estudio, se podrá revelar el asunto internacional o externo que un niño o adolescente preferiría para distraerse, mientras ha vivido el conflicto interno de sufrir dolor al ser puncionado. Sin embargo, dada la naturaleza de la teoría de conceptos políticos, y de guerra; y la de este estudio cualitativo en niños, la discusión de los resultados se hará con fundamento empírico derivado de la revisión de literatura científica.

La pregunta de investigación fue: ¿qué preferencias en distracción tienen niños y adolescentes con diagnóstico oncológico? El objetivo fue describir las preferencias de distracción virtual y auditiva de niños y adolescentes entre 7 a 16 años con diagnóstico oncológico en tratamiento con quimioterapia endovenosa, en un hospital de Bogotá, 2018-2019.

2. METODOLOGÍA

Estudio cualitativo con diseño exploratorio descriptivo (Burns & Grove, 2016) (Figura 1). Muestreo intencional con 9 participantes con edades entre 7 a 16 años con cáncer hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital Universitario San Ignacio de enero a diciembre de 2019. Criterios de exclusión: presencia de infección relacionada con neutropenia febril, infusión de quimioterapia continua o transfusión sanguínea en el momento de la entrevista. Fue aprobado por comité de ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Javeriana y del Hospital. Se usaron consentimiento informado (padres) y asentimiento informado (niños y adolescentes). Recolección de datos: se hicieron entrevistas semiestructuradas con preguntas abiertas en las habitaciones de niños y adolescentes con cáncer asegurando confidencialidad y privacidad, y se inició por una entrevista como inmersión en el campo. La duración osciló entre 6 y 24 minutos. Procedimientos de investigación requeridos: grabación en audio, notas de campo y transcripción fiel a la entrevista por un auxiliar de investigación. El análisis incluyó cuatro etapas: *Recolección, descripción y documentación de datos en bruto, Identificación y*

categorización de los descriptores y componentes, Análisis contextual y de patrones, Temas centrales y formulaciones teóricas.

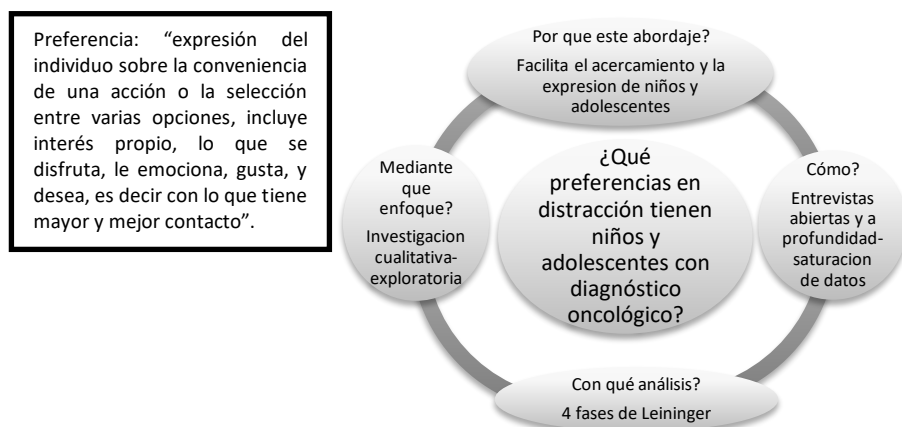


Fig. 1. Coherencia entre lo indagado y la metodología

3. ANÁLISIS

De acuerdo a que el proceso de análisis en investigación cualitativa es ecléctico, es decir, no preestablecido, ni único, ni rígido (Morse, 2006; Prado, Souza, Monticelli, Cometto, & Gómez, 2013; Hernández, Fernández, & Baptista, 2014) se eligió como guía la propuesta teórica de Madeleine Leininger (Leininger & McFarland, 2006) para aplicar sus cuatro etapas de análisis, porque facilita describir desde el conocimiento y vivencia de los niños sus preferencias. Para ello se describirán los procesos de inmersión en el campo, el ambiente, la transcripción y por separado cada fase propuesta por esta teórica.

La inmersión en el campo se hizo con la primera entrevista para facilitar la proximidad con el contexto y participantes. Se descubrió que el salón de juegos no podía ser el lugar de las entrevistas porque muchos de los participantes se encontraban en cama con aislamiento y era difícil trasladarlos a espacios en donde se podría poner en riesgo su condición de salud.

3.1 Transcripción

La transcripción fue el proceso que siguió a cada entrevista grabada en audio que permitió hacer un análisis exhaustivo del lenguaje al transferir las palabras a un texto en un computador (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014) lo hizo un auxiliar de investigación en Word y se guardó en el programa ATLAS.Ti 8 para el análisis.

3.2 Primera fase: Recolección de datos

La producción de datos siguiente fue la realización de entrevistas hasta encontrar saturación de la información. Tuvieron una duración entre 6 y 24 minutos y se realizaron en horarios de la mañana y la tarde. Previo consentimiento de los padres o cuidadores principales y asentimiento informado del participante firmados, favoreciendo la confidencialidad y privacidad. Una investigadora con experticia en la realización de entrevistas realizaba la formulación de las preguntas mientras la otra investigadora tomaba las notas de campo, y profundizaba algún aspecto que notara que debía ser indagado. Se grabaron en audio. Luego de revisar cada transcripción línea por línea, se codificó cada participante como informante enumerados del 1 a 9, (informante 1, informante 2 y así sucesivamente). Se eligieron descriptores de las entrevistas a partir de datos empíricos que se identificaron como significativos en su descripción en cuanto al fenómeno de preferencias en distracción, se hizo revisión por separado por cada investigadora y se hizo reunión para identificar puntos de acuerdo o desacuerdo.

3.3 Segunda fase: Identificación y categorización de descriptores

Se inicia el proceso de reducción de datos para extraer y organizar la información de los participantes con el fin de iniciar clasificaciones conceptuales (Creswell, 1998; Hurtado, 2006). En esta fase, se usó el programa atlas ti para almacenamiento, se codificaron los descriptores que corresponden a los registros verbales escritos de los participantes, enumerando por orden cada uno (descriptor 1, descriptor 2). Las entrevistas se codificaron con la letra E y seguido el número que corresponde según la entrevista (E1, E2...etc.), y adicionalmente se enumeró cada párrafo. Se obtuvieron en total 206 descriptores de las entrevistas a los participantes, los cuales fueron el insumo para el siguiente paso, que consistió en agrupar los descriptores que compartían similitud en su significado, llegando a un segundo nivel de codificación obteniendo codificación axial. Cada categoría obtenida fue leída y mereció un memo que se comprendió como la interpretación del concepto que ese fragmento describía, la etiqueta correspondió a lo expresado por los participantes. De esta segunda fase, se obtuvieron once categorías.

3.4 Tercera fase: Análisis de patrones

De las categorías obtenidas de la segunda fase se agruparon las categorías similares mediante comparación constante, identificando patrones recurrentes en tres categorías

mediante la fase de codificación selectiva. Fue importante en esta etapa, identificar patrones de recurrencia, expresiones y significados que describen las preferencias de distracción de los participantes.

3.4 Cuarta fase: Temas centrales y formulaciones teóricas

Se obtuvieron tres temas con un dodo central que se presentarán en los resultados (Tabla 3). Se aplicaron criterios de rigor metodológico: credibilidad, confirmabilidad, significado en contexto, saturación, transferibilidad (Tabla 1) con el fin de demostrar rigurosidad en descubrir la naturaleza del fenómeno estudiado (Leininger & McFarland, 2006).

Tabla 1. Criterios de rigor metodológico

Criterios	Aplicación en la investigación
Credibilidad	Verdad de los hallazgos
Confirmabilidad	Reafirmación con cada participante de lo dicho en cada entrevista
Significado en contexto	Inclusión del significado en la distracción de ciertos objetos de los participantes
Saturación	El número de entrevistas se determinó hasta que no hubo información nueva ni diferente.
Transferibilidad	Se describió el ambiente y los participantes

4. RESULTADOS

4.1 Ambiente

El ambiente era la habitación del octavo piso del servicio de pediatría, de paredes blancas, iluminadas con luz natural, cómoda, tranquila, con espacio de descanso en un sofacama para el cuidador y una cama para el participante. Tanto en la inmersión en el campo, como en la producción de datos se tuvo en cuenta que no hubiese otras personas dentro de la habitación para evitar dispersar, interrumpir o afectar la privacidad y confidencialidad de la información que aportaron los participantes.

El uso de las cuatro fases de Leininger, facilitó encontrar un camino sistemático para analizar grandes campos de datos en forma secuencial (Leininger & McFarland, 2006). Se obtuvieron once categorías de la segunda fase de análisis, que se presentan en la Tabla 2.

Tabla 2. Segundo nivel de codificación. Categorías obtenidas.

Categorías obtenidas	Categorías obtenidas
No lo distraen a uno	Me distraigo oyendo un cantante preferido
Preferencias del dispositivo	Me gustaría ver una serie de televisión
Prefiero la música	Técnicas usadas en la práctica
Como distraerse	Con auriculares preferiría oír mi música
La distracción es importante en las punciones	Distracción para mí es
	Combinar lo que oigo y veo

4.2 Temas centrales y formulaciones teóricas

Esta fase fue la cuarta siguió a la de análisis de patrones, y permitió encontrar como núcleo la categoría “distracción para mí” como eje central, explicada por las tres categorías que contienen tres explicaciones desde como le gusta distraerse al participante, desde lo que ve y piensa este participante en las venopunciones, y desde lo que preferiría en distracción. Es decir, es una interacción entre lo que es el gusto propio, afectado por las cogniciones e imágenes visuales de su experiencia en esos procedimientos, lo anterior, orientaría una idea en el participante de lo que el preferiría cuando lo puncionen, explicado por un concepto de distracción desde el significado de los participantes. Lo anterior se explicita en la Tabla 3.

Tabla 3. Temas centrales y formulaciones teóricas

Categorías obtenidas en tercera fase	Temas obtenidos en cuarta fase	Nodo central
1 Prefiero la música	1 “Como me gusta distraerme”	Distracción para mí
2 Como distraerse		
3 Me distraigo oyendo un cantante preferido		
4 Distracción para mí		
5 No lo distraen a uno	2 “Cuando me puncionan”	
6 Técnicas usadas en la practica		
7 La distracción es importante en las punciones		
8 Preferencias del dispositivo		
9 Me gustaría ver una serie de televisión	3 “Mi preferencia cuando me puncionen”	
10 Con auriculares preferiría oír mi música		
11 Combinar lo que oigo y veo		

5. DISCUSIÓN

La preferencia se refiere a la expresión del individuo sobre la conveniencia de una acción o la selección entre varias opciones. Es decir, está relacionado con el interés propio, lo que se disfruta, le emociona, gusta, y desea, es decir con lo que tiene mayor y mejor contacto para distraerse de forma auditiva y virtualmente. Las preferencias de los niños deben ser tenidas en cuenta por los adultos para generar emociones (Flores & Alcalá, 2018; Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la salud & Centro Latinoamericano y

del Caribe de Información de Ciencias de la Salud, 2020) estas emociones se genera en el niño al ver que se le tiene en cuenta sus gustos cuando se le va a puncionar, esto lo haría feliz en un ambiente hostil como el hospitalario. Al describir la voz de los niños y adolescentes con cáncer, se identificó que la distracción es un concepto transversal a la investigación, porque sus gustos, lo que viven en la práctica y lo que preferirían giran en torno a lo que para ellos es olvidarse de lo que viven mientras los puncionan.

Al responder a la pregunta planteada en esta investigación debe ligarse el descubrimiento de lo que le gusta a los niños con sus expresiones verbales y el concepto teórico de preferencia de distracción. En este sentido, a partir de los datos obtenidos se encontraron tres temas:

“Como me gusta distraerme”- Lo que me gusta, “Cuando me puncionan”- Lo que veo y pienso en las venopunciones, “Mi preferencia cuando me puncionen”-lo que preferiría en distracción cuando me puncionen.

“Como me gusta distraerme”- Lo que me gusta

En el primer tema: *“Como me gusta distraerme”- Lo que me gusta*, se incluyeron las categorías que mencionaron lo que a los niños y adolescentes les gusta para distraerse, estas fueron: *Prefiero la música, Como distraerse, Me distraigo oyendo un cantante preferido.*

En la categoría *“prefiero la música”*, se identificaron descriptores que revelaron el significado de los gustos, y hablaron las siguientes líneas *“Pues a mí casi siempre lo que me distrae a veces es la música, escuchar música pues me distrae de lo demás”* (informante 1). La distracción y sus técnicas participan con efectos en las emociones y conducta de los niños (Adler, Schwartz, Waters, & Stricker, 2016). Es por ello que, en esta investigación, los participantes manifiestan que su sentir se modifica y logran distraerse ante la música. La música podría obstruir una vía secundaria en la corteza prefrontal que participa en la memoria del dolor (Suresh, 2015) además de liberar endorfinas en influencia del sistema nervioso autónomo en la pituitaria (Evans, Tsao, & Zeltzer, 2008) al tiempo que permite escapar de su propio mundo.

En la categoría *“Me distraigo oyendo un cantante preferido”*, fueron reveladas frases con géneros musicales: *“pues me ha gustado siempre, escuchar vallenato”* (Informante 1); *“es como un tipo de electrónica, pero también cantada”* (informante 4); *“Pues eso ya sería dependiendo de gustos, pero para mí sería un rock”* (informante 5); *“me gusta el*

reggaetón, me gusta, mmm, eeh, la música popular” (informante 7), que son escuchados por niños y adolescentes todos los días, escuchando sus éxitos es decir, dicho por ellos *“las que son más comunes que escucho”* (informante 1).

Lo anterior clarifica que sus preferencias no son de música exclusivamente para jóvenes, sino que incluyen diversos géneros musicales que socialmente son aceptados por sus pares, los oyen en el transporte, en el hogar, en redes sociales, en sus celulares. Siendo coherente, esto plantearía que el efecto podría estar en la presencia de la música, sin que ellos sean exclusivos en sus gustos, lo cual favorecería ante una intervención con música. Incluso, los participantes proponen que sería interesante que en la práctica cuando se les va a hacer una punción venosa existiera un listado para que ellos pudieran elegir y que les ayude a distraerse, se soporta así: *“pues tener un listado y uno ir escogiéndolas las que le guste”* (informante 1) y *“yo la elijo pues yo elegiría una que me entretuviera bien”* (informante 5), como contenido definen *“diez (10) a quince (15) canciones, pues que no fuera tan largo”* (informante 1). De acuerdo a la literatura, oír música es una intervención no farmacológica que puede aliviar el dolor en pediatría y adultos (Adler, Schwartz, Waters, & Stricker, 2016) esto se ha explicado que mejora su afrontamiento y desvía el significado de la sensación negativa que experimenta.

En la categoría *“como distraerse”*, fueron reveladas frases de elementos propios significativos o cosas que hacen a su edad, constituyendo su preferencia en distracción individual, así lo soportan los siguientes descriptores: *“Con los juguetes”* (informante 2), *“Con una muñeca que, que me regalaron”*, (informante 2), *“viendo algo que me guste”* (informante 8). En esta investigación los juguetes propios eran del gusto y han interactuado con ellos, estos aspectos logran hacerlos pensar en otra cosa. El juego es conceptualizado como una acción libre y ejecutada, donde el jugador es absorbido, siente como si fuera de su vida real en un momento y un tiempo (Toro, 2013). Los juguetes en los procesos de hospitalización, son elementos propios y han demostrado efectos positivos. El papel terapéutico del brinquedoterapéutico o juego se describe en cuatro funciones: recreación, estimulación, socialización, catarsis, este se refiere a esa posibilidad que tiene el niño que los usa para liberar tensión emocional y mejorar su afrontamiento. En un estudio (Kiche & Almeida, 2009), se encontró que hubo comportamientos como postura relajada, juego, expresión facial relajada, y sonrisas, que evidenciaron adaptación y aceptación de los procedimientos en niños expuestos a una intervención con juguetes, en sesiones de brinquedoterapéutico, por lo anterior los juegos pueden distraer. Adicionalmente, hay

estudios que mencionan la necesidad de su uso en el cuidado de enfermería para favorecer las respuestas de los niños en clínica, aunque no son usados cotidianamente (Bertoazzo, Amorim, & Suzuki, 2012). Su uso en la práctica favorece expresión de sentimientos, disminución de estrés por separación de casa y mayor seguridad en un ambiente extraño (Moura da Cruz, Andrade, Sousa, Luckwü, & Silva, 2013). El uso de muñecos favorecen la distracción, esto se comprobó por Santiago y colaboradores (Lemos, Oliveira, Gomes, Silva, Silva, & Fernandes, 2016) al usar el brinquedo terapéutico para punción venosa, porque favoreció que los niños colaboraran espontáneamente al sentirse en un ambiente pediátrico como expresión de su lenguaje natural que es el juego. Otros descriptores de esta categoría hicieron referencia a otras formas de distraerse como viendo televisión o películas, algunos son: *“Viendo tele”* (informante 3), *“Una de Disney”*, (informante 4). Estas frases revelaron en los ambientes clínicos, hay oportunidad de hacer realidad estos gustos de los niños hospitalizados porque hace parte de lo que comúnmente ellos y sus padres usan para su distracción al usar televisores de las habitaciones, o los celulares o las tablets.

La distracción, justifica que el cerebro es limitado para procesar estímulos dolorosos, por ello al participar en actividades de distracción se limita el enfoque del dolor (Adler, Schwartz, Waters, & Stricker, 2016). La estrategia elegida para distraer a los niños, responde según la edad, los pequeños responden a juegos o dispositivos y los grandes a estrategias de respiración (Adler, Schwartz, Waters, & Stricker, 2016). En esta investigación se encontraron frases de participantes sobre los juegos interactivos porque les gustan y los ven en sus dispositivos, además los distrae. Algunos son los siguientes: *“cosas de cocina”* (informante 4), *“Le dan eso, una instrucción a uno de lo que tiene que hacer”* (informante 4), *“Pues sería como un... un jueguito y que uno tenga que mirar o mover algún mientras tanto la otra manito o el pie”* (informante 5). De acuerdo a estos descriptores, los participantes reconocen en el juego interactivo un mundo al que le pueden dar una realidad mediante comandos o manejo manual, esta realidad cercana al mundo que viven, pero de una forma en la que ellos tienen su control desde sus propios dispositivos, lo cual les gusta y les ayuda a distraerse. Por otra parte, la voz materna es otra técnica de distracción que recientemente se comprobó en un estudio en Turquía, donde se encontró que el dolor y frecuencia cardíaca de niños que oían a su madre durante y después de procedimientos dolorosos fueron más bajos que su control (Erdoğan, Turan, & Pinar, 2020). En esta investigación, se encontró que se reconoce a la madre como elemento significativo para cambiar la

mentalidad sobre lo que ocurre o concentrarse en otra cosa. Lo anterior apoyado en la siguiente frase: *“Simple osea, abrazar a mi mamá y ya. No distraerme más. Porque pues, mmh pues me chuzan y me da miedo, salto y se daña”* (informante 8). La mamá fue comprendida para los participantes fuente de refugio, distracción y protección. *“Cuando me puncionan”- Lo que veo y pienso en las venopunciones.*

El segundo tema de esta investigación fue *“Cuando me puncionan”- Lo que veo y pienso en las venopunciones*: en esta categoría, se incluyeron las categorías que describieron lo que los niños y adolescentes ven y piensan en las venopunciones en los momentos en los que son puncionados en ambientes clínicos urgencias y hospitalización, estas fueron: *“No lo distraen a uno”, “Técnicas usadas en la práctica”, y “La distracción es importante en las punciones”.*

Con respecto a las dos primeras, los descriptores que las agruparon explican que en la práctica de enfermería usan técnicas pasivas como respiración o preguntas, sin embargo, refieren que no les ayuda para concentrarse en otra cosa en los momentos de venopunción. Algunas de las frases fueron: *“Dicen que tratar de respirar para como calmar el dolor, pero casi no, no sirve”* (informante 1), *“distraerme en sí, no, me dicen es que respire y que no mire, para como para no tener la impresión de que me están pinchando”* (informante 7).

Contrastando estos resultados con la literatura, se encontró que una revisión sistemática mencionó que las intervenciones que han usado técnicas de respiración tienen baja evidencia de su resultado (Birnie, Noel, Chambers, Uman, & Parker, 2018), acorde con esta investigación los niños y adolescentes manifestaron que cuando la enfermera que los punciona les dice que intenten respirar despacio para calmar el dolor no les ayuda, o que solo les habla y ello no es una técnica de distracción. Como última categoría de este segundo tema fue: *“La distracción es importante en las punciones”*, ésta agrupó frases que hicieron comprender la voz de los niños al hacer un llamado a enfermería para comprender que en las punciones se requieren técnicas que les favorezca pensar en otra cosa, que es un elemento que les permitiría a afrontarlo mejor, porque ellos sienten miedo y angustia y se les debe ayudar a no imbuirse tanto en el dolor o en el momento del procedimiento. Algunos descriptores fueron: *“Pues porque, para que se concentren y no tengan mucho dolor”* (informante 6), *“si no sé, uno se distrae y está es allá en otra cosa y no en lo que le van hacer a uno”* (informante 6), *“porque también está la gente que le tiene miedo a las agujas”* (informante 7). En un estudio sobre representaciones sociales de niños con punciones y

dolor, se encontró que las punciones hacen sentir en los niños dolor. Este dolor generó sufrimiento que se vio manifestado por llanto y sentimientos de miedo y ansiedad (Guerreiro & Curado, 2012).

“Mi preferencia cuando me puncionen - lo que preferiría en distracción cuando me puncionen”

El tercer tema fue *“Mi preferencia cuando me puncionen - lo que preferiría en distracción cuando me puncionen”*: en esta categoría, se incluyeron las categorías que mencionaron lo que niños y adolescentes preferirían para distraerse en las venopunciones, estas fueron: *“preferencias del dispositivo”*, *“preferiría ver una serie de televisión”*, *“Con auriculares preferiría oír mi música”*, *“Combinar lo que oigo y veo”*.

En la primera categoría de este tema *“preferencias del dispositivo”*, se describen las preferencias en distracción visual, que implica el uso de dispositivos que median la interacción activa o pasiva con la técnica de distracción, los informantes mencionaron diferentes colores de acuerdo al género, y el tamaño si se es adolescente unas gafas grandes, esto aseguraría que se sienta que se ha elegido acorde a su preferencia. Algunos descriptores que lo explican fueron: *“para las gafas me gustaría un, un azulito como un agua marina o un ... un rosadito, entre rosadito y moradito”* (informante 5), *“porque voy a pensar que eso está hecho para mi”* (informante 5). En un estudio cualitativo sobre distracción positiva con 271 jóvenes de 5 a 19 años en Canadá en espacios de espera de atención pediátrica, se encontró que la edad influyó en las preferencias de la actividad y la ansiedad. Los medios interactivos y los manos libres si incluyeron diversas edades (Biddiss, Knibbe, Fehlings, McKeever, & McPherson, 2019).

Sumado a la anterior categoría se encontró otra en distracción visual etiquetada como *“preferiría ver una serie de televisión”*, las preferencias fueron diversas opciones de series entre las que están: Dragon ball Z, Ariel de Disney, Pokemon, la pantera rosa, Rapunzel, los increíbles, el hombre araña. Estas preferencias se anidaron a gustos de las edades y genero las femeninas eligen películas tiernas reconocidas y los masculinos las que implican poder y lucha. El desarrollo socioemocional permite a un niño identificar y expresar emociones, cualidades, lo que hace que se auto conozca (Centro de Estudios para el Desarrollo Psicosocial, 2015), tenerle en cuenta estas preferencias haría que se le facilite compartir con otros, reconocerse, tener opiniones, y acogerse a reglas derivadas de sus preferencias, es decir lograr definirse y expresarse para una convivencia en sociedad. Según lo expresado, las preferencias son un término individual que puede ser compartido en características

generales como que las series de televisión se han estigmatizado por género y sí que al ser niña se ven las de princesas o si se es niño se ven los de superhéroes. Estos tienen un significado especial para esta población, los superhéroes y las princesas tienen una representación de un hombre protector o guerrero y para ellas, implican la estética femenina y la ternura (Alvariñas, & López, 2018).

Adicionalmente, en este tercer tema la categoría de distracción auditiva: *“con auriculares preferiría oír mi música”*, se encontró que la música mediante auriculares fue el distractor más usado y era cotidiano; por ello a los participantes les gustaría que fuera usado cuando los puncionaran, esto es explicable porque la manipulación de los auriculares la conocen y saben que nos les generará daño. Mencionaron que en sus preferencias para oír la música (componente distractor) preferirían el uso de dispositivos diversos como auriculares, de manos libres y de diademas de tamaño grande con colores llamativos. Algunos descriptores fueron: *“Pues a veces cuando tengo el celular y auriculares pues escucho música ahí a ratos”* (informante 1); *“diademas puede ser”* (informante 6); *“en el celular pongo los audífonos y siempre uso los manos libres”* (informante 8). En un estudio se expuso que el uso de manos libres es además una estrategia que ofrece libertad de movimiento, conexión a varios dispositivos sin cambio de cables (BBC News, 2020). La última categoría de este tema fue *“Combinar lo que oigo y veo”*, y en ella pudo encontrarse que en momentos de punción venosa, los informantes preferirían la posibilidad de distraerse de forma auditiva y visual al mismo tiempo, en sus propias palabras *“te vas a desconectar”*, pero añaden que sabrían que están en una punción, solo que, al emplear las dos técnicas, el resultado es lo que ellos quisieran. Esta técnica combinada se ha descrito que disminuye la incomodidad en procedimientos dolorosos porque controla sensaciones que se estimulan cuando el receptor está viendo o escuchando sobre el procedimiento doloroso (Quiroz & Melgar, 2012). Los descriptores que apoyan la categoría descrita son: *“girando la cabeza para los lados uno ve el, solamente la esta y no, no está pendiente de lo que esta, lo que le están haciendo ahí en, ejemplo cuando es en la mano, sino”* (informante 1). *“puedes estar escuchando música, pero ver la la venita ahí mientras te la cogen eso no te va a ayudar mucho, en cambio si ves, si oyes ya no vas, como que te vas a desconectar de todo lo que te está pasando, pero conscientemente que te van hacer eso, pero te vas a distraer”* (informante 5). *Nodo central: “La distracción para mí”*. En la Figura 2 puede identificarse la descripción de las preferencias en distracción virtual y auditiva desde la voz de los participantes.

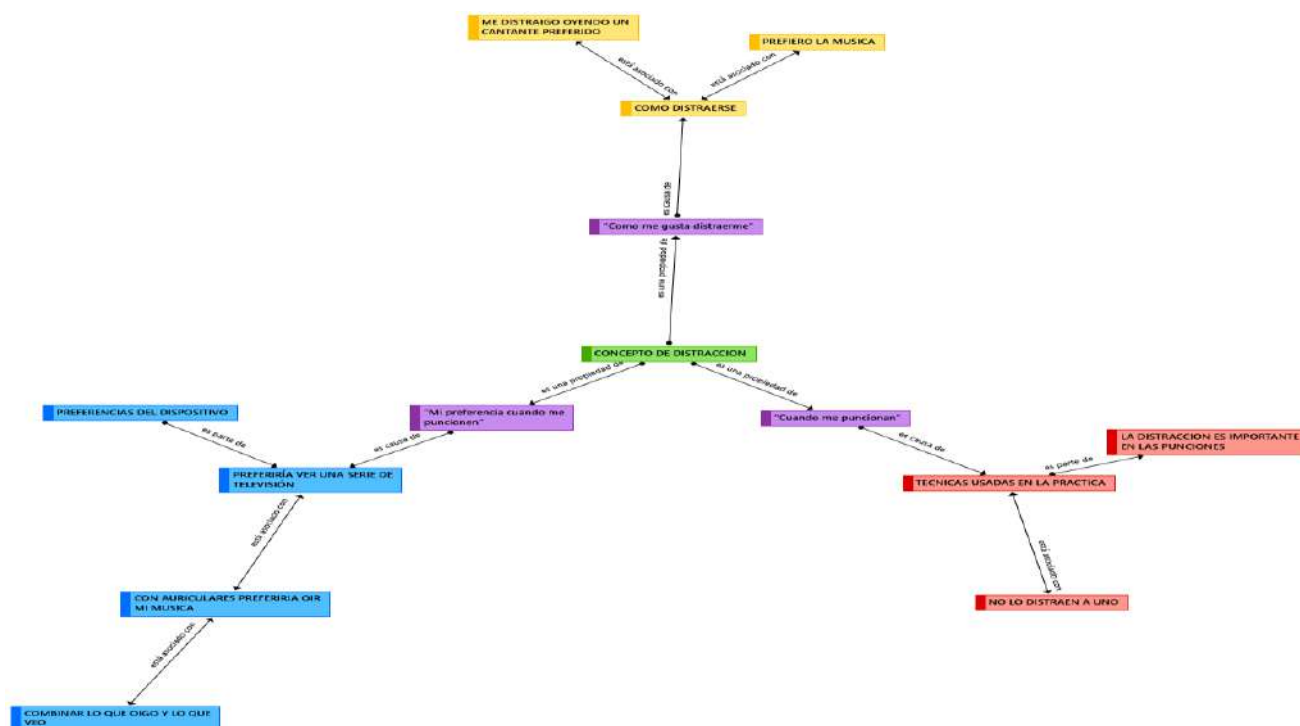


Fig. 2. Las preferencias en distracción virtual y auditiva

El concepto de distracción o “distracción para mí”, es nodo central de esta investigación porque está imbuido en cada tema como eje permitiendo que sea comprendido el fenómeno de las preferencias de distracción visual y auditiva. El concepto distracción, está incluido dentro de las intervenciones de enfermería encaminadas al logro de objetivos dentro del proceso de enfermería. Está clasificada con el código 5900 en las *Nursing Interventions Classification* definida como: el enfoque intencionado de la atención para alejarla de sensaciones indeseables. Es por ello, que dentro de las actividades que pueden realizarse en la práctica de enfermería está, permitirle al niño, o adulto elegir la técnica de distracción que desee, de forma individualizada según lo que le sea efectivo (Casanova et al., 2015). De acuerdo a ello, las técnicas cognitivas (contar o escuchar música) o conductuales (respiración o imágenes) desvían la atención a los dolores de los procedimientos (Adler, Schwartz, Waters, & Stricker, 2016).

Siendo coherente con este estudio, los participantes expresaron sus preferencias al ser sometidos a una punción venosa periférica, describieron desde el dispositivo hasta lo que preferirían ver y oír. Enfermería tiene el compromiso de intervenir de forma que los sentidos de las personas cuidadas se estimulen para lograr que las sensaciones poco agradables se alejen, o se incentive a que este ser humano que será puncionado piense en otra cosa. En

esta investigación, se incluyeron participantes con diagnóstico oncológico, se analizó que los procedimientos dolorosos implican el desarrollo de una experiencia. La percepción del dolor oncológico no tiene diferencias entre edades ni sexo (Gallego, Martínez, Guerrero, Romero, García, & Manzano, 2015) pero las preferencias en distracción se derivan de conocimiento, sentimientos y vivencias que rodea la situación de ser venopuncionado.

Para los participantes, el concepto de distracción se describió como olvidarse de la situación actual, soportar, pensar en otra cosa, entretenerse con algo, concentrarse en otra cosa, meterse en algo y creer que va a ser interesante, estar en una cosa, y cambiar los pensamientos o la mentalidad sobre lo que ocurre. En esta investigación, la distracción fue concebida como *“olvidarse de lo que está pasando alrededor”* (informante 1); aquí el participante describió la importancia de dejar de tener en cuenta la realidad que vive sin que esté presente en su mente. Otro participante refirió: *“intentar pensar que es otra cosa, aunque sepa qué es eso”* (informante 3), con esta frase el participante mencionó que este concepto es la posibilidad de lograr en su mente ideas o juicios con una intención en algo externo y no en lo que sienta. Otro refirió *“como concentrarme en la otra cosa para no sentir dolor”* (informante 4), este describió que es la estrategia para bloquear sensaciones y emociones relacionadas con la experiencia negativa de dolor, al reunir en su mente pensamientos sobre algo que no sea la punción.

Según artículos revisados, la distracción es una medida no farmacológica usada para el manejo del dolor en los niños, su meta se logra porque atrae la atención de otros estímulos o situaciones. La clave ha sido demostrar que funciona, hay que aplicarla en la práctica (Boles, 2018).

6. CONCLUSIONES

Las preferencias en distracción virtual y auditiva de niños y adolescentes con cáncer son elegir: música, series de televisión, películas, juegos virtuales, con audífonos diademas de manos libres. Refieren que la distracción es importante en las punciones para sentir menos dolor, pensar en otra cosa y salirse de ese ambiente. Se ha demostrado que las técnicas de distracción son benéficas en los procedimientos de dolor, sin embargo, tener en cuenta las preferencias de distracción de los niños y los adolescentes favorece que las intervenciones que realiza enfermería hagan que se mejore su afrontamiento al ser más personalizadas y terapéuticas.

Implicaciones para la práctica: usar la distracción en las intervenciones de venopunción podría favorecer que los niños y adolescentes piensen en otra cosa y se les desvíe la atención en el dolor. Para la docencia y enfermería: la interacción academia y práctica favorecería que se dé respuesta a fenómenos de cuidado clínicos y se posibiliten otros niveles de investigación, en este caso el experimental en realidad virtual en niños que van a ser puncionados, al tenerlos en cuenta para la intervención.

Para la investigación cualitativa: la inmersión en el campo es un proceso necesario, facilito tomar decisiones sobre el ambiente. La descripción de los fenómenos de cuidado de niños y adolescentes se favorece mediante el acercamiento desde esta al ser abierta exploratoria, y el análisis desde quienes desde su propia voz posibilitaron el aprendizaje sobre las preferencias en distracción, y así motivar intervenciones terapéuticas personalizadas de cuidado de enfermería.

Limitaciones. Seleccionar solo ambiente hospitalario, debería investigarse las preferencias en distracción con una muestra mayor incluyendo ambientes ambulatorios o consulta externa.

7. REFERENCIAS

- Adler A., Schwartz E., Waters J., Stricker P. (2016). Anesthetizing a child for a large compressive mediastinal mass with distraction techniques and music therapies as the sole agents. *Journal of Clinical Anesthesia*, 35, 392–397. <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2016.09.021>
- Alvariñas M., López C. (2018). Representación de niñas y niños en imágenes de juguetes: ¿el comienzo del cambio? *Cadernos de Pesquisa*, 48(167), 310–329. <https://doi.org/10.1590/198053144639>
- BBC News. (2020). [BBC] Ventajas y desventajas de los auriculares inalámbricos [Noticias]. <https://elcomercio.pe/tecnologia/gadgets/bbc-ventajas-desventajas-auriculares-inalambricos-161099-noticia/>
- Bertozzo A., de Amorim F., Suzuki D. (2012). Uso rotineiro do brinquedo terapêutico na assistência a crianças hospitalizadas: Percepção de enfermeiros. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(1), 18–23. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023882004>
- Biddiss E., Knibbe T., Fehlings D., McKeever P., McPherson A. (2019). Positive Distraction in Pediatric Healthcare Waiting Spaces: Sharing Play Not Germs through Inclusive, Hands-Free Interactive Media. *Developmental Neurorehabilitation*, 22(7), 445–452. <https://doi.org/10.1080/17518423.2018.1518351>
- Birnie K., Noel M., Chambers C., Uman L., Parker J. (2018). Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005179.pub4>
- Boles J. (2018). The Powerful Practice of Distraction. *Pediatric Nursing*, 44(5), 247–253. <https://web-b-ebshost-com.ezproxy.javeriana.edu.co/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=0bc21283-068d-45f5-b1b1-916aa956a5ae%40sessionmgr101>

- Burns N., Grove S. (2016). *Investigación en enfermería: Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia*. Elsevier.
- Casanova A., Asensio A., Calvo D., Cobos E., Fernandez Y, et al. (2015). Intervenciones de enfermería nic de utilidad en la atención extrahospitalaria. <http://bibliosjd.org/wp-content/uploads/2017/02/INTERVENCIONES-ENFERMERIA-NIC-UTILES-EN-LA-ATENCION-EXTRAHOSPITALARIA.pdf>
- Centro de Estudios para el Desarrollo Psicosocial, UNICEF. (2015). *Tiempo de crecer: Guía para la familia: el desarrollo de niños y niñas de 4 a 10 años*. / autores, CEDEP.
- Creswell, J. W. (1998). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. Sage Publications.
- Do Prado M., De Souza M., Monticelli M., Cometto M., Gómez P. (2013). *Investigación cualitativa en enfermería: Metodología y Didáctica*. Organización Panamericana de la Salud.
- Erdoğan Ç., Turan T., Pinar B. (2020). The effect of maternal voice for procedural pain in paediatric intensive care unit: A randomised controlled trial. *Intensive and Critical Care Nursing*, 56, 102767. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.102767>
- Evans S., Tsao J., Zeltzer L. (2008). Complementary and alternative medicine for acute procedural pain in children. *Altern Ther Health Med.*, 14(5), 52–56. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18780584>
- Flores L., Alcalá G. (2018). Motivación a la lectura y preferencia de los géneros literarios segun el sexo de los estudiantes. *Revista Panamericana de Pedagogía: Saberes y Quehaceres del Pedagogo*, 26, 141–166. <https://eds-a-ebscohost-com.ezproxy.javeriana.edu.co/eds/detail/detail?vid=4&sid=4786cca4-7347-489a-8978-ce423b9ef45a%40sdc-v-sessmgr01&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#db=fua&AN=132398625>
- Gallego C., Martíñez M., Guerrero N., Romero I., García F., Manzano M. (2015). Manejo del dolor en el paciente oncológico pediátrico y factores que influyen en su percepción. *Revista Cubana de Farmacia*, 49(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152015000200017
- Guerreiro M., Curado M. (2012). PINCHAR... ¡HACE DAÑO!: Representaciones del dolor en el niño, en edad escolar, sometido a punción venosa. *Enfermería Global*, 11(25), 58–74. <https://doi.org/10.4321/S1695-61412012000100005>
- Hernández R., Fernández C. Baptista P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill Education.
- Kiche M., Almeida F. (2009). Brinquedo terapêutico: Estratégia de alívio da dor e tensão durante o curativo cirúrgico em crianças. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(2), 125–130. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000200002>
- Leininger M., McFarland M. (2006). *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory*. Jones and Bartlett.
- Leininger M., McFarland M. (2006). *Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Nursing Theory*. Jones & Bartlett Learning.
- Lemos I., Oliveira J., Gomes E., Silva K., Silva P., Fernandes G. (2016). Brinquedo terapêutico no procedimento de punção venosa: Estratégia para reduzir alterações comportamentais. *Revista CUIDARTE*, 7(1), 1163. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.303>
- Morse, J. M. (2006). *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Universidad de Antioquia.
- Moura da Cruz D., De Andrade N., De Sousa F., Luckwü M., Silva A. (2013). Brinquedo terapêutico: Revisão integrativa. *Journal of Nursing UFPE On Line*, 7(5), 1443–1448. <https://doi.org/10.5205/reuol.3960-31424-1-SM.0705201325>

- Niño, R., Iregui J. (2014). La teoría de la guerra de distracción. *Revista Científica General José María Córdova*, 12(14), 55–72. <http://www.scielo.org.co/pdf/recig/v12n14/v12n14a04.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la salud, Centro Latinoamericano y del Caribe de Información de Ciencias de la Salud. (2020). *Descriptor de la Salud: Preferencia*. DeCS. <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>
- Quiroz J., Melgar R. (2012). Manejo de conducta no convencional en niños: Hipnosis, musicoterapia, distracción audiovisual y aromaterapia: Revisión sistemática. *Revista Estomatológica Herediana*, 22(2), 129–136. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=421539370009>
- Suresh S. (2015). Music Eases Kids' Pain after Surgery. *Northwest Med Mag*, 2(2), 11. https://magazine.nm.org/wp-content/uploads/sites/23/2019/04/15NWMED_Spring_Book-Online-singlepage-updated.pdf
- Tójar Hurtado, J. C. (2006). *Investigación cualitativa: Comprender y actuar*. La Muralla.
- Toro F. (2013). Una pieza secreta: Juegos y juguetes en la narrativa de adolfo couve. *Revista Chilena de Literatura*, 83, 177–195. <https://doi.org/10.4067/S0718-22952013000100008>

DOCE TRANS-TORNADIX: EXPERIÊNCIA DE PRODUÇÃO DE ARTE A PARTIR DA PESQUISA QUALITATIVA EM SAÚDE

Fábio Solon Tajra e Rodrigo Aragão da Silva

Universidade Federal do Piauí, Brasil. fstajra@hotmail.com; aragao-rodrigo@hotmail.com

Resumo. Introdução: A utilização das artes na pesquisa qualitativa tem sido apresentada como interessante recurso tendo em vista a possibilidade de expandir o espectro de perspectivas disponíveis para a construção e disseminação do conhecimento. Potencializa a visibilidade e fomenta a reflexão e participação da comunidade. Objetivos: Objetivamos apresentar a experiência de produção de arte a partir da pesquisa qualitativa em saúde acerca dos itinerários terapêuticos da população trans em um município do nordeste brasileiro. Aliado a isso, gostaríamos de suscitar o diálogo entre os pesquisadores da área da saúde e das artes e contribuir para a construção de uma possível interface entre essas duas áreas. Métodos: Desenvolvemos uma pesquisa qualitativa em saúde a partir de entrevistas semiestruturadas. As afetações geradas pelos encontros com os sujeitos subsidiaram a produção artística. Resultados: Percebemos fragilidades quanto ao acesso à saúde. Essa busca foi marcada por preconceito, estigma e violência e mobilizou o pesquisador/artista na sua produção. Conclusões: A produção de arte a partir da pesquisa qualitativa em saúde e a sua utilização constitui recurso potente para disseminação do conhecimento. A partir disso, é possível fomentar a participação da comunidade ou do público como um meio de promover a mudança social.

Palavras-chave: Pesquisa Qualitativa; Saúde; Arte; Hermenêutica.

'DOCE TRANS-TORNAX': ART PRODUCTION EXPERIENCE FROM QUALITATIVE HEALTH RESEARCH

Abstract: Introduction: The use of the arts in qualitative research has been presented as an interesting resource in view of the possibility of expanding the spectrum of perspectives available for the construction and dissemination of knowledge. It enhances visibility and encourages community reflection and participation. Objectives: We aim to present the experience of art production from qualitative health research on the therapeutic itineraries of the trans population in a municipality in north-eastern Brazil. In addition to this, we would like to encourage dialogue between researchers in the field of health and the arts and contribute to the construction of a possible interface between these two areas. Methods: We developed a qualitative health research based on semi-structured interviews. The affects generated by the encounters with the subjects subsidized artistic production. Results: We perceive weaknesses regarding access to health. This search was marked by prejudice, stigma and violence and mobilized the research/artist in his production. Conclusions: The production of art from qualitative health research and its use is a powerful resource for the dissemination of knowledge. From this, it is possible to foster community or public participation as a means of promoting social change.

Keywords: Qualitative Research; Health; Art; Hermeneutics.

1. INTRODUÇÃO

A arte constitui um dispositivo potente para o ativismo político e social (Arruda & Couto, 2011). De fato, há inúmeras possibilidades de representação e mobilização dos sujeitos por meio da arte. Em se tratando da temática de saúde, isso não poderia ser diferente. Percebemos o engajamento de alguns artistas com diversas questões sociais e suas expressões. À exemplo disso, podemos citar Barbara Kruger que inseriu uma diversidade de questões de gênero no campo artístico, tendo em vista a necessidade de despertar a consciência coletiva (Sant'anna,

Marcondes, & Miranda, 2017). Em outras publicações no campo das artes, as relações e questões de gênero têm sido centrais e evidenciam que essa não é uma categoria naturalizada. Como construção social, mencionam que pode e deve ser tomada como dispositivo político (Pereira, 2018).

Além da possibilidade de atuação política, a arte apresenta-se como recurso para a síntese e mediação entre o simbólico e a transformação social. Esse potencial amplia a sua perspectiva para além da estética e insere elementos para a mobilização dos sujeitos (Gadamer, 2015).

A partir disso, refletimos sobre a produção de arte como recurso a ser explorado nas pesquisas qualitativas em saúde. De fato, esse não é assunto recente. A utilização das artes na pesquisa qualitativa tem sido apresentada como interessante recurso tendo em vista a possibilidade de expandir o espectro de perspectivas disponíveis para a produção e disseminação do conhecimento. Aliado a isso, potencializa a visibilidade e fomenta a reflexão e participação da comunidade. Segundo Eisner (2004), essa tem sido uma tendência possível dentro da pesquisa qualitativa.

A arte constitui um modo de experiência humana que, em princípio, se pode obter sempre que uma pessoa interage com algum aspecto do mundo. Assim, a arte pode ser um recurso para a elaboração de formas estéticas da experiência. Gadamer (2015) trata a arte para além de uma perspectiva estética e a considera como recurso potente para a compreensão sobre as coisas.

Para esse estudo, elaboramos o seguinte questionamento: como podemos explorar a potência da produção de arte, a partir da pesquisa qualitativa em saúde, para a disseminação do conhecimento e mobilização dos sujeitos para a participação?

Reconhecemos que isso requer a adoção de critérios importantes, tendo em vista o desafio da compreensão e descrição do uso da arte como recurso. Na literatura, percebemos algumas lacunas quanto à fundamentação teórica que gera a produção artística.

Nesse sentido, buscamos apresentar a experiência de produção de arte a partir da pesquisa qualitativa em saúde acerca dos itinerários terapêuticos da população trans em um município do nordeste brasileiro.

2. METODOLOGIA

Esse estudo foi produzido em duas etapas. A primeira etapa está relacionada com a produção do conhecimento. Foi obtida a partir da pesquisa qualitativa em saúde, utilizando a técnica de entrevistas semiestruturadas. Logo após, partimos para a etapa de disseminação do conhecimento produzido. Aqui, utilizamos a arte como recurso para a representação da compreensão dos autores sobre a temática escolhida.

2.1 Etapa 1: Produção do conhecimento

Desenvolvemos uma pesquisa qualitativa em saúde (Bosi & Mercado-Martínez, 2009) a partir de entrevistas semiestruturadas com a população trans residente no município de Timon-Maranhão, tendo em vista a construção dos seus itinerários terapêuticos. Os itinerários terapêuticos funcionam como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde (Bellato, Araújo, & Castro, 2011). Por meio deles, é possível mapear e avaliar os serviços que os participantes acionaram no seu processo de adoecimento, assim como refletir sobre a experiência de adoecimento, a experiência de busca do cuidado, as redes de sustentação e apoio e a organização formal dos serviços de saúde.

A temática relacionada à pessoa trans surgiu diante da necessidade de dar visibilidade às necessidades, demandas e representações dessa população diante da área da saúde. Alguns autores apontam deficiências da formação curricular e do treinamento em serviço, assim como no cotidiano do cuidado à saúde LGBTQI+ (Negreiros et al., 2019). É sobre o caminho percorrido por essa população em busca do cuidado que esta pesquisa se ancora.

O protocolo desta pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Piauí (CEP/UFPI) tendo seu parecer aprovado com o número 3.305.227.

O recrutamento dos participantes do estudo foi intencional, já que se buscava apreender singularidades relacionadas ao fenômeno investigado. Houve dificuldades quanto a essa etapa, uma vez que não foram identificados grupos sociais organizados naquele município. Aliado a isso, os profissionais de saúde não foram capazes de informar nenhum caso. Desta forma, a mobilização se deu a partir de atores sociais e grupos de referência no município vizinho, Teresina, Piauí. Optamos por realizar entrevistas individuais e semiestruturadas com homens e, também, mulheres transexuais. Entendemos que existem particularidades quanto às necessidades, demandas e representações de homens e mulheres trans. Contudo,

partimos do pressuposto que os recursos nessa região de saúde são restritos para essa temática e intencionamos atentar para o acesso aos equipamentos e dispositivos de referência, assim como os itinerários terapêuticos construídos.

Os participantes foram entrevistados entre maio e julho de 2019, na Secretaria de Direitos Humanos do município, suas residências ou locais de trabalho. As entrevistas foram gravadas e contaram com um tempo médio de trinta minutos. Logo em seguida, foram transcritas pelo próprio pesquisador e analisadas em blocos de três, sem a utilização de nenhum *software* profissional a partir do referencial teórico da hermenêutica de Hans-Georg Gadamer (2015) associada à perspectiva metodológica de Paul Ricoeur (1976).

A partir da proposta hermenêutica de Gadamer (2015), reconhecemos que vivemos em um contexto pautado por uma pluralidade de possíveis significações e, desta forma, podem ser elaboradas diversas leituras do mundo. Essa pluralidade percebida, compõe uma imagem semelhante a um mosaico que agrega diferentes concepções de mundo, de cultura, de política, de histórias de vida e de linguagem; todas justapostas umas às outras. A busca pelo sentido deve mesmo levar em consideração diferentes olhares tendo em vista a fusão dos horizontes.

Em se tratando da análise das narrativas, percorremos três fases, a saber: leitura inicial do texto, leitura crítica e apropriação (Ricoeur, 1976). Por meio da leitura inicial do texto, repetidas vezes, objetivamos perceber os primeiros significados sem julgamentos e disparar o processo de organização. Em seguida, realizamos a leitura crítica com a finalidade de interpretar e compreender os prováveis significados imbuídos no texto. Por fim, partimos para a apropriação tendo em vista a compreensão e assimilação da mensagem desvelada (Terra et al., 2009).

As experiências oportunizadas a um dos pesquisadores, a partir de encontros com os sujeitos (narrativas, suas experiências e contexto), subsidiaram a elaboração de Versões de Sentido – VS (Amatuzzi, 2010). A VS constitui um relato livre e uma reação viva relacionada à experiência do pesquisador. De acordo com Amatuzzi (2010), “consiste numa fala expressiva da experiência imediata de seu autor, face a um encontro recém-terminado. É uma versão do sentido vivido de um encontro, através do sentido vivido logo depois” (p. 74).

As VS compuseram um diário de afetações que esteve relacionado com o registro dos aspectos afetivos despertados por meio desses encontros com os sujeitos. Quando

mencionamos ‘afetações’, queremos dizer à passagem de um estado para outro no próprio ser. Esteve relacionada com a experiência vivida na interação do pesquisador com o meio social (Espinosa, 1983). Foi produzida pelo potencial de mobilização de afetos no pesquisador diante de cada um desses eventos. Aliado a isso, está relacionada com o exercício de empatia e manifesta sua perspectiva crítico-reflexiva (Finley, 2015).

2.2 Etapa 2: Produção artística e disseminação do conhecimento

A produção artística se deu em dois momentos. Ao longo da pesquisa de campo e diante do contato com as narrativas de oito participantes (dois homens e seis mulheres trans), suas experiências e histórias de vida, eram geradas afetações no pesquisador. Na medida em que o pesquisador tomava consciência sobre as diversas questões mencionadas pelos participantes, era disparado um processo criativo. O esboço e a sua descrição foram registrados em um diário com as versões de sentido (VS).

Assim, logo após o encontro com cada participante da pesquisa, foi produzida uma imagem em papel canson para desenho 140g/m², A4, branco em ambiente reservado pelo próprio pesquisador. Vale ressaltar que isso estava relacionado com o processo de tomada de consciência do pesquisador e a necessidade de representação em arte. Essa produção não foi apresentada ao participante para discussão. Fez parte de um acervo do pesquisador para posterior análise junto às narrativas colhidas. Esse material foi utilizado como referência para a produção das telas e instalações em um segundo momento.

Posteriormente, foram escolhidos alguns desses esboços para a representação em telas de pintura ou instalações. Para isso, foram utilizadas telas chassis simples de 50x70cm, tecido de chita, tinta acrílica, manequim / busto masculino e feminino de resina plástica de tamanhos diversos (180x47cm e 70x47cm), spray fosco, fita micropore, espelho e haste.

Todos esses componentes integraram um evento científico que pretendia disseminar o conhecimento produzido a partir da pesquisa qualitativa em saúde. Levamos em consideração a ideia de que as informações produzidas por meio de uma pesquisa científica não devem ficar restritas à publicação acadêmica. É indispensável disseminar o conhecimento produzido a partir de diferentes dispositivos, tendo em vista a possibilidade de transformação das práticas de saúde. Assim, utilizamos como recurso a arte, tendo em vista a construção de uma possível interface com a ciência.

Foi realizada uma exposição de artes e mesa redonda com docentes, discentes, pesquisadores, participantes de grupos sociais e demais interessados. Por meio dessa composição, pretendíamos disparar reflexões sobre o saber e o fazer em saúde e desencadear o início de uma possível transformação para o cuidado. Somente nessa oportunidade, as pessoas puderam interagir com a produção artística. Empregamos o princípio da empatia como fundamento de toda a exposição de artes. A empatia foi utilizada a partir do seu caráter multidimensional e esteve relacionada com a capacidade de se colocar no lugar do outro. Consideramos, aqui, a forte influência que a empatia pode exercer nos processos de tomada de decisão, especialmente quando esta se refere a questões ligadas ao cuidado, respeito e moralidade (Sampaio, 2009).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As afetações aqui registradas constituem produto da estesia e da tomada de consciência do pesquisador diante do objeto de estudo. Foram representadas por meio da arte, utilizando técnicas mistas de pintura em tecido de chita e produção de manequins. Os componentes gráficos foram associados e fortemente integrados às narrativas dos participantes de tal forma que se torna praticamente impossível analisar separadamente cada um destes elementos. Dessa forma, são aqui apresentadas como narrativas visuais (Gomes, 2012).

Três unidades de significado foram identificadas a partir da análise das narrativas (Etapa 1), a saber: a construção do ser-trans; o acesso à saúde da população (trans)tornada; e itinerários terapêuticos (trans)formados. Ao longo da discussão, será inserida a produção artística relacionada a cada uma dessas unidades, a fim de compor as narrativas visuais já mencionadas. A 'construção do ser-trans' esteve relacionada com a necessidade de 'reconhecer-se', 'descortinar-se', 'libertar-se' mencionada por cada participante. Foram representadas na primeira sequência de telas (Figura 1 a 4) em que o elemento simbólico de referência foi o zíper. Esse elemento evidenciava o 'abrir-se' e marcava a apropriação do participante diante da identidade trans. O zíper nas figuras assume diferentes sentidos e isso está relacionado à ideia de que não existiria uma única forma para que o processo de construção da identidade trans acontecesse.



Figura 1. TRANS-formei (produção artística, pintura em tela, 20x30cm, técnica mista utilizando tecido).



Figura 2. TRANS-formaste (produção artística, pintura em tela, 20x30cm, técnica mista utilizando tecido).

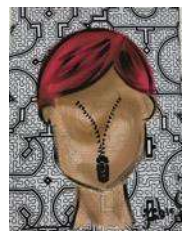


Figura 3. TRANS-formou (produção artística, pintura em tela, 20x30cm, técnica mista utilizando tecido).



Figura 4. TRANS-formamos (produção artística, pintura em tela, 20x30cm, técnica mista utilizando tecido).

Benedetti (2005) aborda essa temática de construção do ser-trans a partir da questão das (auto)identificações. O destaque aqui é mesmo para a maneira com que a pessoa se percebe. Vale ressaltar que, aqui, não estamos tratando somente de uma possível transformação corporal. Isso envolve o processo de composição da pessoa trans a partir dos modos de vida (Roncon et al., 2016).

Diante dessa construção, várias questões permearam. Utilizaremos trechos da entrevista de uma das participantes, que denominados ‘a excêntrica’, para compor a narrativa visual deste

artigo: “você está sempre em conflito [...] cirurgias [...] mas não é o tamanho do peito, da bunda [...] é você estar bem com você mesma”. Aqui, também, foi explorado o conceito de bem-estar subjetivo, partindo dessa perspectiva avaliativa e de autoconhecimento (Siqueira & Padovam, 2008).

Percebemos que esse ‘apropriar-se’ não era uma necessidade, unicamente, relacionada à pessoa trans. Era preciso envolver a família, comunidade, educadores, profissionais de saúde e de áreas afins, dentre outros atores de diversos espaços. Esse seria o disparador de um movimento em prol do cuidado em saúde que envolveria o cuidar-de-si e o cuidar-do-outro. Por isso, conjugamos o verbo TRANSformar no singular e plural, sobretudo, para evidenciar a importância da participação de cada um desses atores diante dessa temática trans.

A violência, também, esteve relacionada a essa construção: “a gente está sempre no olho do furacão de uma violência [...] não entendo como um ser humano pode te odiar se ele não sabe tua história [...] a tua essência”. De fato, a violência tem sido apontada como rotina na vida da população trans. Isso se materializa sob diferentes formas, seja violência verbal, psicológica ou física. Contudo, percebemos o silenciamento das agressões sofridas e sua invisibilidade no contexto social e institucional. Isso reflete a inibição dos direitos humanos e ocultamento da realidade (Silva et al., 2016).

Em se tratando da segunda unidade de significado que trata do ‘acesso à saúde da população (trans)tornada’, observamos algumas barreiras importantes nas narrativas dos participantes na busca pela efetivação dos seus direitos: “desenvolvi uma lesão no ânus [...] procurei um espaço de saúde, não fui acolhida”. Essa foi uma temática recorrente nas narrativas das participantes. As interferências no acolhimento inviabilizam a experiência da assistência e coloca em risco aspectos como o vínculo e a resolutividade e a longitudinalidade do cuidado tão importantes para a operacionalização da atenção básica (Starfield, 2002). Os efeitos dessas interferências foram desastrosos para caso anteriormente narrado: “fui para casa, entrei no banheiro [...] coloquei um espelho debaixo de mim, passei a anestesia, esperei e cortei com a tesoura [...] passei meses sangrando [...] eu mesma me cirurgiei [...] fiz meu ritual, porque era horrível conviver com essa lesão”. O preconceito e o estigma inviabilizaram a abordagem adequada do profissional de saúde que não foi capaz de elaborar uma resposta adequada às necessidades e demandas apresentadas pela mulher trans e resultou em um dano. Aqui, evidenciamos a violação do acesso à saúde e à busca por outras alternativas de ‘cuidado’.

A produção da instalação a seguir buscou representar esse momento (Figura 5). Foi pautada na violência experienciada pela participante e reuniu elementos simbólicos como o espelho e a tesoura diante de um manequim vermelho, ferido (TRANS-ferido).



Figura 5. TRANS-ferido (produção artística, instalação, 180x47cm, aplicação de tinta em manequim).

A simbologia do espelho nessa instalação foi utilizada com o propósito de projetar o rosto do expectador e simular o ‘colocar-se no lugar do outro’. Esteve associada à experiência de trocar os sapatos logo na entrada da exposição e percorrer o museu onde estavam expostas as telas e instalações. Era o exercício da empatia que estávamos buscando oportunizar.

De fato, a violência foi um tema recorrente nessa busca pelo acesso à saúde da pessoa trans. Isso aconteceu sob um ponto de vista profissional e institucional.

Diante disso, o Ministério da Saúde reconheceu que a identidade sexual e a identidade de gênero são “constituintes de um processo complexo de discriminação e de exclusão, do qual derivam os fatores de vulnerabilidade, tais como a violação do direito à saúde, à dignidade, à não discriminação, à autonomia e ao livre desenvolvimento” (Brasil, 2008, p. 571).

Contudo, precisamos pensar em estratégias nos serviços para reduzir esse hiato entre o ‘saber’ e o ‘fazer’ em saúde e construir uma rede vigilante e resolutiva.

A violência esteve presente em outro momento dessa narrativa, quando mencionou a sua percepção em relação à imagem criada da pessoa trans pelo profissional de saúde: “fui um laboratório ou o quê? um bicho? quando você chega no espaço para procurar atendimento no SUS, seja onde for, qualquer rede, você é vista sempre como a coisa mais bizarra”.

Na tentativa de representar essa situação, recorremos à simbologia do ‘rato de laboratório’ (Figura 6). A imagem do rato em origami sobreposta ao rosto da pessoa buscou marcar essa problemática e disparar um processo de reflexão acerca das práticas de saúde.



Figura 6. TRANS-pirado (produção artística, pintura em tela, 50x70cm, técnica mista utilizando tecido).

Uma das matrizes dessa violência é a formação profissional deficiente que é atravessada por questões culturais advindas do padrão heterossexual, ainda, fortemente enraizado. Isso influencia, sobremaneira, a atenção integral à saúde da população trans pelos profissionais da saúde e pode constituir uma barreira que impede o seu acesso aos serviços de saúde. As transformações das redes que estávamos pontuando também dependem das transformações no modo de pensar e de agir dos profissionais de saúde (Cardoso & Ferro, 2012).

Observamos fragilidades quanto à formação e ao desenvolvimento profissional: “eles não passam por formação para atender esse público [...] acham que a gente não adoece [...] que a gente deve morrer [...] é incrível, mas não estão preparados! Não fazem questão de dizer: eu vou honrar aquele meu anel de compromisso da minha formatura”.

Para dar destaque a isso, utilizamos a simbologia do ventilador preso à ponta do estetoscópio para representar a tentativa de construção de uma rede que se propõe a ‘ventilar-a-dor’ dos usuários (Figura 7). Apresentamos, aqui, o fio duplo do estetoscópio rompido para ressaltar o descumprimento desse propósito.



Figura 7. TRANS-pirado (produção artística, pintura em tela, 50x70cm, técnica mista utilizando tecido).

Diante dessa dificuldade de acesso e das barreiras percebidas pelos participantes (mulheres trans) que impossibilitam o contato com algumas intervenções corporais, há uma busca desenfreada por serviços clandestinos que colocam em risco à saúde de cada uma dessas

peessoas. Isso compõe a terceira unidade de significado que trata dos 'itinerários terapêuticos (trans)formados'. Trata-se de um itinerário, usualmente, limitado a esse tipo de serviço.

Esse padrão precário de assistência, aumenta os riscos à saúde da população trans e, consequentemente, suas vulnerabilidades. Isso remete à necessidade de construir o cuidado a partir de uma mescla de tecnologias amparados em uma política de saúde clara e efetiva (Ferreira et al., 2017).

A representação imagética a seguir busca explorar essa temática e utiliza como referência a seringa e a agulha apontadas para os glúteos e para a cabeça. A seringa apontada para a cabeça sugere a pressão pela mudança e o risco à saúde relacionado à medida adotada (Figura 8).



Figura 8. FADA, bombadeira (produção artística, pintura em tela, 50x70cm, técnica mista utilizando tecido).

Em meio a tudo isso, exploramos a perspectiva da promoção da saúde e prevenção de agravos que deveria ser um componente vivenciado no percurso da população trans nos serviços de saúde. Isso foi representado por meio de uma imagem que simulava o autocuidado. Aqui, um homem trans fazia o autoexame das mamas (Figura 9). O acesso a esse tipo de ação tem sido negligenciado. É preciso investir em educação e comunicação em saúde e planejar o conteúdo a ser veiculado de tal forma que possamos contemplar as pessoas em todas as suas representações. Essas informações planejadas, adequadamente, podem transformar-se em recursos para tomada de decisão em favor da melhoria da qualidade de vida e da saúde de indivíduos ou grupos (Corcoran, 2011).



Figura 9. TRANS-pirado (produção artística, pintura em tela, 50x70cm, técnica mista utilizando tecido).

Por fim, chegamos à imagem do pesquisador após essa imersão (Figura 10).



Figura 10. TRANS-formado (produção artística, pintura em tela, 50x70cm, técnica mista utilizando tecido).

Está construída a partir de uma perspectiva de transformação, impactada pelo contato com as diferentes narrativas. Foi referenciada pela sobreposição de diferentes 'eus'. Há um 'eu' que acolhe e outro que busca mobilizar e dar visibilidade e voz à população trans no que diz respeito à atenção integral à saúde. Todos eles compõem esse 'ser-TRANSformado' que esperamos encontrar no outro.

4. CONCLUSÕES

Esse estudo evidencia a sequência de acontecimentos e o processo de tomada de decisões que compõem a trajetória da população trans na busca por respostas às suas necessidades e demandas para a saúde. Isso inclui uma estratégia adotada pelos participantes para responder as suas emoções e os seus interesses. Abrange um conjunto de significados presente nas ações de cada um deles, seja na apropriação dos primeiros sinais e sintomas, seja na sua relação com a família, comunidade e com os profissionais de saúde que inclui no seu projeto de busca pela recuperação da saúde.

Percebemos fragilidades no acesso aos cuidados à saúde da população trans e algumas dificuldades foram experienciadas diante materialização do cuidado. Buscamos explorar isso por meio da arte. Esse tipo de representação compõe um 'fazer político', como uma forma de fomentar a voz e a visibilidade aos participantes. Sua exposição tem o objetivo de transformar os expectadores passivos em participantes ativos e expandir o espectro de perspectivas disponíveis para a construção do conhecimento. Isso aumenta o valor informativo da investigação. Concluímos que a produção de arte constitui recurso potente para disseminação do conhecimento. É possível fomentar a participação da comunidade ou do público como um meio de promover a mudança social.

5. REFERÊNCIAS

- Amatuzzi, M.M. (2010). *Por uma psicologia humana*. 3 ed. Campinas: Alínea.
- Arruda, L. A., & Couto, M. F. M. (2011). *Ativismo artístico: engajamento político e questões de gênero na obra de*

- Barbara Kruger. *Revista Estudos Feministas*, 19(2), 389-402.
- Bellato, R.; Araújo, L.F.S.; Castro, P. (2008). O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. In: Pinheiro, R.; Silva Junior, A. G.; Mattos, R. A. *Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. ABRASCO.
- Benedetti, M. R. *Toda Feita: o corpo e o gênero das travestis* Rio de Janeiro: Garamond; 2005.
- Bosi, M. L. M., Mercado-Martínez, F.J. (2004). *Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2008). *Painel de Indicadores do SUS nº5 – Prevenção de Violências e Cultura de Paz*. Brasília, DF.
- Cardoso, M. R., & Ferro, L. F. (2012). Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(3), 552-563.
- Corcoran N. (2011). *Comunicação em saúde: estratégias para promoção da saúde*. São Paulo: Roca.
- Eisner, E. W. (2004). *El arte y la creación de la mente. El papel de las artes visuales en la transformación de la conciencia*. Barcelona: Paidós Arte y Educación.
- Espinosa, B. (1983). *Ética*. Tradução J. de Carvalho. 3 ed. São Paulo: Abril Cultural, Coleção Os Pensadores.
- Ferreira B. O., Nascimento E. F., Pedrosa J. I. S., Monte L. M. I. (2017). Vivências de travestis no acesso ao SUS. *Physis*, 27(4): 1023-1038.
- Finley, S. (2015). Investigación com base en las artes: la realización de una pedagogía revolucionaria. In: Denzin NK; Lincoln YS. (coords.). *Métodos de recolección y análisis de datos*. Barcelona: Gedisa editorial.
- Gadamer, H. G. (2015). *Verdade e método*. 15 ed. Petrópolis: Vozes. Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco.
- Gomes, P. C. R. (2012). As narrativas verbivisuais de Valêncio Xavier. *Revista: Estúdio*, 3(5), 338-342.
- Negreiros, F. R. N., Ferreira, B. O., Freitas, D. N., Pedrosa, J. I. S., & Nascimento, E. F. (2019). Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais: da Formação Médica à Atuação Profissional. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 43(1), 23-31.
- Pereira, M. A. (2018). Dança, performance e gênero [online]. *SciELO em Perspectiva: Humanas* [viewed 15 April 2020]. Available: <https://humanas.blog.scielo.org/blog/2018/10/25/danca-performance-e-genero/>
- Ricoeur, P. (1976). *Teoria da Interpretação. O discurso e o excesso de significação*. Lisboa: Edições 70.
- Rocon, P. C., Rodrigues, A., Zamboni, J., Pedrini, M. D. (2016). Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, 21(8), 2517-2526.
- Sampaio, L. R., Camino, C. P. S., & Roazzi, A. (2009). Revisão de aspectos conceituais, teóricos e metodológicos da empatia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 29(2), 212-227.
- Sant'anna, S. M. P., Marcondes, G., & Miranda, A. C. F. A. (2017). Arte e política: a consolidação da arte como agente na esfera pública. *Sociologia & Antropologia*, 7(3), 825-849.
- Silva, G. W. S., Souza, E. F. L., Sena, R. C. F., Moura, I. B. L., Sobreira, M. V. S., & Miranda, F. A. N. (2016). Situações de violência contra travestis e transexuais em um município do nordeste brasileiro. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(2), e56407.
- Starfield, B. (2002). *Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços-tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde.
- Terra, M. G., Gonçalves, L. H. T., Santos, E. K. A., & Erdmann, A. L. (2009). Fenomenologia-hermenêutica de Paul Ricoeur como referencial metodológico numa pesquisa de ensino em enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(1), 93-99.

CONTRIBUIÇÃO DA PESQUISA-AÇÃO EDUCACIONAL (PESQUISA-ENSINO) PARA A INSERÇÃO DO ATENDIMENTO DOMICILIAR NA MATRIZ CURRICULAR EM ODONTOLOGIA

Franklin Regazzone Pereira Lopes¹, Maria Viviane Lisboa de Vasconcelos¹, Célia Maria Silva Pedrosa¹, Cynthia de Jesus Freire¹

¹Universidade Federal de Alagoas, Brasil, regazzonefranklin82@gmail.com
camposdelisboa@gmail.com; celpedrosa@gmail.com; cynthiamola@hotmail.com

Resumo. Introdução: A educação em geral e a de nível superior devem estar em consonância com a realidade experimentada pela população. No entanto, uma análise dos cursos de Odontologia permite observar a existência de lacunas na elaboração curricular, principalmente em relação à formação profissional para o atendimento de pacientes com necessidades especiais. Objetivo: Contribuir para a inserção do atendimento domiciliar na matriz curricular dos cursos de Odontologia. Métodos: Trata-se de uma pesquisa-ação educacional (pesquisa-ensino) com graduandos do décimo período do curso de Odontologia em estágio supervisionado, numa unidade de saúde de um município do nordeste brasileiro. Tais participantes foram submetidos, inicialmente, a uma entrevista semiestruturada para identificação do nível de entendimento sobre odontologia domiciliar. Em seguida, participaram de rodas de conversa com a equipe do estágio para orientações em relação à prática da odontologia domiciliar em pacientes com deficiência. Ao final do estágio, os participantes foram submetidos a uma segunda entrevista semiestruturada para avaliação da intervenção executada. Para análise das entrevistas, adotou-se a técnica de Análise de Conteúdo. Resultados: Os resultados demonstram a possibilidade de inserção do atendimento domiciliar na matriz curricular dos cursos de Odontologia e a contribuição do estágio para a futura atuação profissional do cirurgião-dentista.

Palavras-chave: Odontologia; Atendimento Domiciliar; Deficientes; Currículo.

CONTRIBUTION OF EDUCATIONAL ACTION RESEARCH (RESEARCH-EDUCATION) FOR THE INSERTION OF THE MATRIX HOME CARE COURSE IN DENTISTRY

Abstract. Introduction: Education in general and higher education must be in line with the reality experienced by the population. However, an analysis of Dentistry courses shows that there are gaps in curriculum development, especially in relation to professional training for the care of patients with special needs. Objective: The objective of this research is to contribute to the insertion of home care in the curriculum of dentistry courses. Method: This is an educational research-action with undergraduate students from the 10th period of the dentistry course in a supervised internship at a health unit in a municipality in the Brazilian Northeast. They were initially submitted to a semi-structured interview to identify the level of understanding of home dentistry. Then they participated in conversation circles with the internship team for guidance about home dentistry in patients with disabilities. At the end of the internship, the participants were submitted to a second semi-structured interview to assess the intervention performed. For analysis of the interviews, the Content Analysis technique was adopted. Results: The results demonstrate the possibility of inserting home care in the curricular matrix of Dentistry courses and the contribution of the internship to the future professional performance of the dental surgeon.

Keywords: Dentistry; Home Care; Disabled Persons; Curriculum.

1. INTRODUÇÃO

Uma análise dos cursos de Odontologia permite observar a existência de lacunas na elaboração curricular, principalmente em relação à formação de profissionais para o

atendimento de pessoas com necessidades especiais, sejam elas de cunho físico, mental ou social (Morita, Codato, Higasi, & Kasai, 2010).

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), conforme a Portaria nº 2.029/2011, redefinida pela Portaria nº 825/2016, corresponde a uma forma de atenção à saúde oferecida na moradia do paciente e constituída por um conjunto de ações de promoção de saúde, prevenção e tratamento de doenças, reabilitação e palição. Caracteriza-se como um serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, de forma substitutiva ou complementar à internação hospitalar, além de ser responsável pelo gerenciamento e pela operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e das Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), nas quais a Odontologia se insere (Brasil, 2016).

Por ser uma proposta das diretrizes curriculares, recomenda-se a inserção desse conteúdo no curso de graduação em Odontologia. Porém, até que isso se configure como realidade, torna-se necessária a inserção dessa área de conhecimento na formação do futuro odontólogo, seja por meio de projetos de extensão ou do estágio supervisionado (Morita, Codato, Higasi, & Kasai, 2010).

Este trabalho surgiu a partir de questionamentos realizados no exercício das atividades de estágio supervisionado. Justifica-se, também, pelo valor agregado ao processo de ensino-aprendizagem desenvolvido no labor da preceptoria, que faz a mediação entre teoria e prática na prestação do atendimento odontológico domiciliar aos portadores de necessidades especiais de uma unidade de saúde num município do Nordeste brasileiro.

É na concepção da nova Odontologia que se questiona: como o atendimento odontológico domiciliar está inserido no curso de Odontologia de uma universidade? Nesse sentido, este trabalho, na perspectiva de uma pesquisa-ação, procurou contribuir para a inserção do atendimento domiciliar na matriz curricular do referido curso.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

O propósito deste estudo demandou uma abordagem qualitativa com a pesquisa-ação na área educacional (pesquisa-ensino), que se caracteriza como uma pesquisa dentro da prática pedagógica desenvolvida pelo pesquisador, preceptor, ator, e os estudantes, mas também como uma intervenção na realidade estudada.

Nesse tipo de estudo sobre a própria prática pedagógica, existem especificidades, pois, necessariamente, o pesquisador estará envolvido com o contexto considerado, propondo-se a teorizar sobre ele e a desenvolver um projeto de ação consequente (Zaidan, Ferreira, & Kawasaki, 2018).

O caráter participativo da pesquisa-ação é demonstrado pela atuação conjunta dos estudantes, dos pesquisadores e da equipe envolvida na realização do diagnóstico e na delimitação do problema, bem como na definição da intervenção a ser executada e na reflexão sobre a ação, aumentando o conhecimento de todos os envolvidos no processo.

Segundo Malheiros (2011), a pesquisa-ação em educação costuma constituir-se em duas etapas: o entendimento da realidade e do contexto do problema e a implementação da intervenção, com base numa hipótese de solução identificada a partir do diagnóstico. Michel Thiollent (2002), por sua vez, desenvolve o seu entendimento da ação de pesquisa numa perspectiva explícita de transformação da realidade. Segundo o autor, a pesquisa-ação pode proporcionar um acesso maior à própria realidade para a elaboração de análises e teorizações.

Dessa maneira, foram seguidas as fases metodológicas que compõem a pesquisa-ação: (1) a identificação do problema (entrevista com os estudantes); (2) a oficina de preparação para o campo, com o pesquisador e a equipe de saúde; (3) a intervenção (ida dos estudantes para a prática supervisionada de odontologia domiciliar, com o pesquisador e a equipe); e (4) a avaliação da intervenção (entrevista semiestruturada).



Figura 1. Etapas da pesquisa-ação. Adaptada de Tripp (2005).

O cenário de estudo foi uma unidade de saúde situada no município de Campo Alegre, Alagoas, Nordeste do Brasil. O estudo foi realizado no período de fevereiro a abril de 2019.

O grupo foi formado por estudantes de Odontologia em estágio curricular obrigatório. Todos estavam no décimo período do curso, na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Alagoas (Foufal). Dos dez estudantes, sete eram do sexo feminino e três do sexo masculino, com idades entre 25 e 29 anos. Nenhum deles tinha experiência anterior em atendimento odontológico domiciliar. Para preservação da identidade, os participantes foram identificados com as letras EO (estudante de Odontologia) e um número correspondente à sequência de sua participação.

Os estudantes foram convidados a participar do estudo e das reuniões com os profissionais e coordenadores dos programas “Melhor em Casa” e “Saúde Bucal”, contando com a presença do pesquisador. Na ocasião, o pesquisador mostrou os pontos principais de um atendimento domiciliar.

Inicialmente, foram submetidos, a uma entrevista semiestruturada individual, realizada antes de sua inserção nas atividades. A entrevista comporia o diagnóstico situacional da presença do tema Odontologia Domiciliar (OD) na matriz curricular do curso. O questionário foi dividido em dois blocos: o primeiro contendo informações sociodemográficas; o segundo incluindo questões acerca do conhecimento prévio em OD, como a presença do tema nas disciplinas curriculares, a experiência prévia em atendimento de pacientes com necessidades especiais, as sensações subjetivas sobre esses pacientes e a perspectiva sobre atendimento domiciliar. Solicitou-se, ainda, que escrevessem, individualmente, um diário de campo com a descrição de suas ações e percepções sobre o atendimento, a equipe e os pacientes.

Ao término do estágio, uma segunda entrevista foi realizada, dessa vez com as seguintes questões norteadoras: (1) O que chamou sua atenção durante os atendimentos? (aspectos sobre cuidador/família e o ambiente/domicílio); (2) Como você se sentiu ao realizar o atendimento domiciliar?; (3) Quais os desafios encontrados por você para desenvolver o atendimento domiciliar?; (4) Como essa experiência poderá contribuir para sua formação profissional? As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas pelo pesquisador.

Para a análise das entrevistas gravadas, aplicou-se a técnica de Análise de Conteúdo com base em Bardin (2013) e Malheiros (2011), constituída de quatro grandes etapas. A primeira

etapa consistiu na organização dos dados, observando-se as ideias que emergiram das respostas às questões norteadoras. Essa fase correspondeu à identificação da unidade de contexto. Todos os depoimentos foram transcritos *ipsis litteris* para uma planilha.

Na segunda etapa, em uma segunda planilha, organizaram-se as ideias explícitas e implícitas, sendo as primeiras as categorias provisórias e as segundas os focos, com identificação dos sentidos. Foram considerados três princípios: o de exclusão (pertencimento a uma só categoria), o de pertinência (o dado tem que ser pertinente à categoria na qual foi enquadrado) e o de objetividade (clareza dos dados).

A terceira etapa (terceira planilha) procurou responder à pergunta da pesquisa por meio das unidades de registro, relacionando a fala com o foco ou tema, tendo a finalidade de identificar se sua inferência fazia sentido. Nesse momento, exemplifica-se, no texto, como se chegou ao resultado, que é a unidade de registro, podendo ser uma palavra ou uma frase.

Por fim, a quarta etapa correspondeu à elaboração de duas planilhas. Na primeira, foram interpretados os focos e suas unidades de registro, finalizando com a elaboração de uma síntese para cada foco. A segunda planilha dessa fase correspondeu à elaboração de ideias que correspondem às categorias e suas respectivas subcategorias.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alagoas (Ufal), por meio do parecer CAAE nº 45959415.3.0000.5013, não havendo conflitos de interesse.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados advindos das entrevistas foram organizados em categorias de análise que permitiram estabelecer um diálogo entre as conversas e os objetivos da pesquisa, conforme se segue.

3.1 Diagnóstico Situacional

Os dados da primeira entrevista corresponderam ao diagnóstico do problema, cuja análise originou as categorias “Abordagem do tema no curso” e “Humanização”. A categoria “Abordagem do tema no curso” foi, ainda, dividida na subcategoria “Formação teórico-prática para odontologia domiciliar”.

3.1.1 Categoria I – Abordagem do Tema no Curso

A temática “odontologia domiciliar” ou “atendimento odontológico domiciliar” ainda é pouco explorada em sala de aula, ou mesmo ausente, como observamos nas falas dos estudantes:

Durante o curso foi falado do tema principalmente vinculado ao Programa de Saúde da Família (PSF), contudo não foi vista nenhuma técnica ou protocolo para realização (EO1).

Ouvi falar que são visitas que ocorrem em domicílio a pessoas que não possuem condições de se locomover (EO6).

Segundo Marega, Gonçalves e Romagnolo (2018), o atendimento odontológico domiciliar, apesar de pouco praticado e conhecido, é muito bem aceito pela população, na medida em que facilita o acesso dos pacientes que, de outro modo, talvez não conseguissem obter algum outro tipo de assistência, e que passam a usufruir dos mesmos procedimentos odontológicos praticados num consultório convencional.

Formação Teórico-prática para Odontologia Domiciliar

Essa subcategoria emerge das falas sobre o atendimento de pacientes com necessidades específicas, durante o curso de graduação, e demonstra que existe uma lacuna no que se refere à temática, o que exige maior preparo por parte do estudante. Os estudantes, quando questionados sobre o contato com pacientes que necessitam de cuidados específicos, intuem a necessidade desse preparo.

[...] Me senti num novo quadro, num novo ambiente, mais desafiador uma vez que a maioria possui limitações que podem comprometer o atendimento e mesmo impedi-lo. Sensação de que devo estar mais bem capacitada para atender nas diversas situações e com os mais variados tipos de paciente (EO4).

[...] São pacientes que necessitam de uma conduta “diferente”, de maior atenção. [...] fiquei um pouco apreensiva. [...] me angustia o fato de poder machucá-lo caso não soubesse como conduzi-lo (EO2).

É necessário o conhecimento, por parte do cirurgião-dentista, acerca dos conceitos principais das condições sistêmicas, neurológica de seus pacientes. Além disso, é importante que conheça os protocolos pertinentes a cada alteração específica, os cuidados básicos relacionados às técnicas, ao tratamento medicamentoso e às possíveis interações, assim como o tratamento de pacientes em condições complexas de saúde (Marega, Gonçalves, & Romagnolo, 2018).

O conhecimento sobre os pacientes com necessidades especiais, assim como sobre as formas de atendimento, incluindo o atendimento domiciliar, é de suma importância para a

formação do futuro profissional, pois, como demonstra Haddad (2007), a evolução tecnológica da medicina propicia o melhor tratamento de patologias crônicas e de situações agudas, demandando uma terapêutica prolongada. Com isso, observa-se a necessidade e a importância do conhecimento em saúde para o tratamento de pacientes com impossibilidade de deslocamento até o consultório odontológico.

A atenção domiciliar incorpora novas práticas que se adequam a esse novo ambiente de “cuidar” que é o domicílio, o que exige dos profissionais maior comprometimento em conhecer e respeitar a singularidade de cada núcleo familiar, desenvolvendo estratégias e intervenções terapêuticas diferenciadas de acordo com as necessidades de cada paciente (Brasil, 2013).

Observando-se as falas dos estudantes, percebe-se a necessidade de uma readequação, nos cursos de graduação da área de Odontologia, para inserção de disciplinas de ensino e prática envolvidas com o cuidado domiciliar, o que se apresenta, também, como uma nova oportunidade no mercado de trabalho. Desse modo, serve de incentivo para a criação de novos cursos de extensão universitária, de capacitação e de pós-graduação.

Para Romanholi e Cyrino (2012), a formação dos profissionais de saúde deve ser contextualizada, relacionando teoria e prática, permitindo aos profissionais enfrentarem problemas do processo saúde-doença da população.

3.1.2 Categoria II – Humanização

Nessa categoria, são discutidos aspectos relacionados à humanização no trato com os pacientes. A humanização faz parte da legislação vigente, sendo essencial no processo de formação do cirurgião-dentista, bem como na prática diária profissional.

Para Barbosa et al. (2016), o atendimento odontológico domiciliar proporciona ao paciente maior conforto psicológico e maior confiança profissional, e muitos acreditam que torna o tratamento mais humanizado e completo, visando ao melhor caminho para o restabelecimento, a priori, funcional (Barbosa & Araújo, 2016).

É importante a formação de profissionais competentes para lidarem com as mais diversas realidades de maneira irrestrita e humanitária, de modo a harmonizar uma articulação entre profissional e paciente. De acordo com Mota, Farias e Santos (2012), a relação paciente/profissional abrange uma série de aspectos subjetivos que vão além do tratamento

odontológico: o dentista deve atentar para quadros de ansiedade experimentados pelo seu paciente, para transmitir-lhe confiança e firmar-se na imagem de alguém que reconstrói e repara.

A consulta ao dentista é um momento de grande significado emocional para o paciente, pois se trata de um ato de bastante intimidade (Ramos, 2001). Então, existe a necessidade da conscientização de que o trabalho do dentista deve ser revestido de um caráter maior e mais profundo do que somente recuperar a função, a estética e aliviar a dor do paciente.

Sobre essa perspectiva, no atendimento do paciente em condições especiais, os estudantes, ainda que não tenham tido uma formação voltada para o trabalho domiciliar, perceberam que a experiência é enriquecedora e que a sensação de nervosismo inicial se transforma em satisfação ao final do processo.

Já atendi, me senti útil ao atender, com sentimento de realização pessoal (EO3).

Além da odontologia foi possível vivenciar as condições em que os pacientes estão inseridos, desde as condições físicas até mesmo a estrutura familiar (Diário de campo - EO6).

Os estudantes que tiveram contato com pacientes atendidos em domicílio demonstram empatia e um novo sentido de “cuidar”.

Nas crianças com síndrome de Down e autistas foi bastante proveitoso, pois nos torna profissionais mais humanizados (EO5).

3.2 Intervenção: o Estágio em Odontologia Domiciliar

O estágio em odontologia domiciliar é estruturado com foco no desenvolvimento de habilidades e competências dos futuros cirurgiões-dentistas para o atendimento a pessoas portadoras de condições que as restringem ao leito. Garante ao usuário o acesso aos cuidados de saúde, além de uma maior interação do cirurgião-dentista com o paciente, seus familiares e a equipe multiprofissional, bem como com esse novo ambiente de cuidados que é o domicílio, com todas as suas complexidades e adaptações.

A rotina do estágio em odontologia domiciliar inclui o planejamento das atividades junto à equipe multiprofissional e a identificação dos prontuários dos pacientes que serão analisados, com o intuito de preparar os equipamentos, instrumentais e materiais correlatos para cada atendimento.

Um dos momentos cruciais para o atendimento no “Melhor em casa” era quando antes de nós sairmos, fazer o planejamento de acordo com o número de procedimentos e os pacientes que vamos visitar, para não levar coisas a mais ou faltar algum instrumental que seria necessário (Diário de campo - EO8).

A rota era repassada para o motorista do programa e, a partir daí, iniciavam-se as visitas, que variavam de cinco a sete, dependendo do número de profissionais presentes no dia e das condições climáticas locais, bem como da existência de algum paciente com maior nível de complexidade.

O dia em Campo Alegre foi de chuva, com isso ocorrem alguns percalços nas visitas, além do banho de chuva ao entrar e sair do carro. Os pacientes se mostravam mais sonolentos ou não estavam acordados ou limpos, mas isso não inviabilizou os atendimentos (Diário de campo - EO5).

Os estudantes de odontologia desempenhavam as tarefas previamente estabelecidas seguindo o plano terapêutico singular de cada paciente, atuando em áreas da Odontologia como dentística, periodontia, cirurgia oral, profilaxia, prótese dentária. Os mesmos faziam o preenchimento do prontuário com a evolução do paciente e, por fim, voltavam à sede do programa para elaboração do diário de campo da pesquisa.

Ao chegar na residência, a mãe do paciente já estava esperando e mostrou satisfação com nossa presença. Precisava fazer uma restauração em resina, e a dificuldade em realizar esse atendimento estava na ergonomia, pois tive que fazer no leito do paciente, mas eu me superei e consegui fazer, realizando o último atendimento deste dia. Depois, voltamos para o CEO (Diário de campo - EO6).

Encerro minhas atividades de hoje com a certeza de que os seis atendimentos realizados hoje contribuíram com muito mais conhecimento quando comparado ao que cheguei aqui, não só conhecimentos odontológicos, como também vivências dentro das condições que os pacientes estão inseridos, de cunho físico, social e de estrutura familiar (Diário de campo - EO10).

3.3 Avaliação após Intervenção

Após a intervenção realizada pelos estudantes e pelo professor/pesquisador no cenário de prática, os alunos foram submetidos a uma nova entrevista pós-estágio. Da análise dos depoimentos, emergiram duas categorias: “Percepção sobre o estágio” e “Contribuição para a formação profissional”.

3.3.1 Categoria I – Percepção sobre o Estágio

Existe uma concordância, na literatura, como observado em Morita, Codato, Higasi e Kasai (2010) e Lacerda (2010), quando se trata da popularidade da inclusão de atividades práticas de ensino em circunstâncias reais de aprendizagem. A receptividade dos alunos frente a

esse tipo de experiência fica evidente no relato: *“Me senti realizado em fazer a diferença na sociedade de maneira direta”* (EO9).

Além disso, evidencia-se a superação do medo do desconhecido, como relatou outro estudante: *“Senti medo e, ao mesmo tempo, me senti bem em fazer a diferença”* (EO10).

Muitos alunos conheciam o termo odontologia domiciliar de forma muito superficial. Ao final do estágio, reconheceram a necessidade da incorporação de experiências de aprendizagem atreladas a situações concretas, como a que ocorre nesse serviço de saúde.

Segundo Fadel et al. (2019), o campo da formação profissional dos cursos das ciências da saúde, nos tempos atuais, passa por um acelerado processo de mudança em sua estrutura curricular, sob a perspectiva da formação interdisciplinar como elemento central das práticas de construção e de compartilhamento do conhecimento no ensino superior.

No Brasil, a inserção do dentista nas equipes de saúde da família foi primordial para a democratização do acesso à odontologia no Sistema Único de Saúde (SUS). Nessa direção, ganha força a premissa do estágio supervisionado, compreendido como uma das práticas de maior potencial transformador, por inserir os alunos em cenários reais do SUS, na realidade social e econômica de sua região (Fadel et al., 2019).

3.3.2 Categoria II – Contribuição para a Formação Profissional

O estágio contribuiu para a formulação de novas práticas e para a reconstrução de fazeres, pois, ao se questionarem e criticarem o próprio fazer cotidiano, houve um maior entendimento sobre o impacto que a família e o ambiente no qual está inserido exercem sobre a saúde do paciente, favorecendo a identificação mais rápida dos problemas de saúde bucal. Os estudantes relataram:

O estágio contribuiu de maneira positiva para mostrar outras possibilidades dentro da odontologia (EO1).

Fantástica! Foram práticas de muito valor para minha formação acadêmica (EO3).

Sanchez, Drumond e Vilaça (2008) avaliaram os desejos, percepções e preparo de acadêmicos de Odontologia em relação aos princípios do Programa de Saúde da Família (PSF) e constataram que, para a maioria dos alunos, a aquisição de características desejáveis para um bom trabalho no programa se daria através da vivência da realidade, o que corrobora os achados do presente estudo.

Entre os estudantes, a prática da visita domiciliar foi percebida como relevante para a formação profissional. Na mesma linha, em avaliação sobre as percepções de acadêmicos de Odontologia sobre as visitas domiciliares, Morita, Codato, Higasi e Kasai (2010) puderam verificar a aquisição de atributos como a ampliação da visão sobre o processo saúde-doença e o reconhecimento da importância do vínculo e do acolhimento na atenção à saúde.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa demonstrou que os estudantes atribuíram ao atendimento odontológico domiciliar importância para a sua formação profissional. A análise qualitativa apontou que os estudantes foram capazes de valorizar a vivência prática no serviço e o conhecimento da realidade social, porém essas percepções trazem preocupações em relação à falta de conhecimento teórico sobre o atendimento em domicílio, uma vez que ele não faz parte da matriz curricular.

O aprendizado é favorecido quando o sujeito participa ativamente do processo, pois ele vivencia o conhecimento, os conceitos, os vínculos e as necessidades, uma vez que está inserido no contexto. Os benefícios observados para os estudantes participantes do estágio obrigatório na modalidade de atendimento odontológico domiciliar, em situações adversas, consolidaram-se como uma forma de desenvolver habilidades ainda durante o período de formação profissional. Os alunos valorizam a oportunidade de conhecer e aperfeiçoar habilidades técnicas em atendimentos realizados fora da clínica universitária.

Sendo assim, diante dos resultados alcançados por meio desta pesquisa-ação, torna-se imprescindível a formação profissional com um olhar mais ampliado. Como sugestão, coloca-se a implantação e/ou o aprimoramento das disciplinas envolvidas com a prática odontológica domiciliar nas instituições de ensino superior.

5. REFERÊNCIAS

- Barbosa, A. C. A. S., & Araújo, T. C. C. F. (2016). Pré-consulta e consulta na prática assistencial hospitalar. *Mudanças*, 14(2), 205-214.
- Barbosa, D. C. M., Mattos, A. T. R., Corrêa, M. H., Faria, M., Ribeiro, L. C., Santos, L. L., ... Forster, A. C. (2016). Visita domiciliar sob a percepção dos usuários da estratégia saúde da família. *Medicina*, 49(4), 360-366.
- Bardin, L. (2013). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Brasil. (2013). *Caderno de atenção domiciliar*. Brasília: Ministério da Saúde.

- Brasil. (2000). *Portaria 1.444, de 28 de dezembro de 2000*. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2016). *Portaria 825, de 25 de abril de 2016*. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2013). *Portaria 963, de 27 de maio de 2013*. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde.
- Caldas Jr., A. F., & Machiavelli, J. L. (2013). *Atenção e cuidado da saúde bucal da pessoa com deficiência: protocolos, diretrizes e condutas para cirurgiões-dentistas*. Recife: Editora Universitária.
- Conselho Federal de Odontologia. (2017). Dados estatísticos de profissionais e entidades ativas por especialidade. *Portal do CFO*. Recuperado de: <http://cfo.org.br/website/dados-estatisticos-de-profissionais-e-entidades-ativas-por-especialidade/2017>.
- Fadel, C. B., Pereira, M. V. S., Moura, K. C., Martins, A. S., Pinto, M. H. B. (2019). Críticas construtivas de formandos em Odontologia para o repensar do estágio supervisionado no SUS. *Revista da ABENO*, 19(2), 20-32.
- Haddad, A. S. (2007). *Odontologia para pacientes com necessidades especiais*. São Paulo: Editora Santos.
- Lacerda, M. R. (2010). Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família – na perspectiva da área pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5), 2621-2626.
- Malheiros, B. T. (2011). *Metodologia da pesquisa em educação*. Rio de Janeiro: LTC.
- Marega, T., Gonçalves, A. R., & Romagnolo, F. U. (2018). *Odontologia especial*. São Paulo: Editora Quintessence.
- Morita, M. C., Codato, L. A. B., Higasi, M. S., & Kasai, M. L. H. I. (2010). Visita domiciliar: oportunidade de aprendizagem na graduação em Odontologia. *Revista de Odontologia da UNESP*, 39(2), 75-79.
- Morita, M. C., & Haddad, A. E. (2008). Interfaces da área da Educação e da Saúde na perspectiva da formação e do trabalho das equipes de Saúde da Família. In S. T. Moysés, L. Kriger, & S. J. Moysés (Orgs.), *Saúde bucal das famílias*. São Paulo: Editora Artes Médicas.
- Mota, L. Q., Farias, D. B. L. M., & Santos, T. A. (2012). Humanização no atendimento odontológico: acolhimento da subjetividade dos pacientes atendidos por alunos de graduação em Odontologia. *Arquivos em Odontologia*, 48(3), 151-158.
- Oliveira, A. G. (2010). Integração da odontologia no programa de assistência domiciliar (PAD): uma retrospectiva. *Revista em Extensão*, 9(1), 154-162.
- Ramos, F. B. (2001). Como o paciente se sente ao ser atendido por um aluno de Odontologia? *Revista do CRO-MG*, 7, 10-15.
- Romanholi, R. M. Z., & Cyrino, E. G. (2012). A visita domiciliar na formação de médicos: da concepção ao desafio do fazer. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 16(42), 693-705.
- Sanchez, H. F., Drumond, M. M., & Vilaça, E. L. (2008). Adequação dos recursos ao PSF: percepção de formandos de dois modelos de formação acadêmica em odontologia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(2), 523-531.
- São Paulo. (1999). *Resolução SS-15, de 18 de janeiro de 1999*. Aprova Norma Técnica que estabelece condições para instalação e funcionamento de estabelecimentos de assistência odontológica, e dá providências correlatas. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde.
- Thiollent, M. (2002). *Metodologia da pesquisa-ação*. São Paulo: Editora Cortez.
- Tripp, D. (2005). Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. *Educação e pesquisa*, 31(3), 443-466.
- Zaidan, S., Ferreira, M. C. C., & Kawasaki, T. F. (2018). A pesquisa da própria prática no mestrado profissional. *Plurais Revista Multidisciplinar*, 3(1), 88-103.

PERCEPCIONES SOBRE LA MATERNIDAD Y LA LACTANCIA: LA IMPORTANCIA DE CONOCER LAS EXPECTATIVAS Y EXPERIENCIAS MATERNAS A TRAVÉS DEL ANÁLISIS TEMÁTICO. PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

Esther G. Adalia¹, Montserrat Hernández-Luengo¹⁻⁵, Raquel Bartolomé-Gutiérrez³, Beatriz Rodríguez-Martín¹⁻⁴, Estela Jiménez-López¹⁻² y María Martínez-Andrés¹⁻³

¹ Centro de Estudios Sociosanitarios, Cuenca, España, Esther.Galvez@uclm.es; Maria.MartinezAndres@uclm.es

^{2,3} Universidad de Castilla-La Mancha, España, Estela.JimenezLopez@uclm.es; Raquel.Bartolome@uclm.es

⁴ Universidad de Castilla-La Mancha, Toledo, España, Beatriz.RMartin@uclm.es

⁵ Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, SESCOAM, Cuenca, España. monserrat@seccam.jccm.es

Resumo. Introducción: Las mujeres afrontan la maternidad como un reto al que deben adaptarse para conseguir el mejor estado de salud posible para ellas y sus hijos en un ambiente sanitario altamente medicalizado y dentro de una sociedad que establece un ideal de maternidad que condiciona sus experiencias sin tener en cuenta sus expectativas. Objetivos: conocer las expectativas que tienen las mujeres a cerca de la maternidad y la lactancia y la importancia de una aproximación cualitativa que permita conocer su realidad y mejorar la atención sociosanitaria que reciben. Métodos: Se realizará una aproximación fenomenológica con entrevistas semiestructuradas para la recopilación de datos analizados por triangulación a través de un análisis temático con el *software* Atlas.Ti 8.3. Discusión: Parece necesario considerar la investigación cualitativa como la forma adecuada de aproximación para conocer aquellos aspectos que las mujeres consideren más importantes respecto a su maternidad. Conclusiones: La investigación cualitativa nos aporta el conocimiento científico adecuado que pueda dar soporte a las necesidades sociosanitarias de las mujeres durante su maternidad, situando a las mismas en el centro del proceso, para devolverle el protagonismo de una experiencia tan personal.

Palabras clave: Investigación Cualitativa; Análisis Temático; Maternidad; Lactancia Materna; Género

PERCEPTIONS ABOUT MOTHERHOOD AND BREASTFEEDING: THE IMPORTANCE OF KNOWING MATERNAL EXPECTATIONS AND EXPERIENCES THROUGH THEMATIC ANALYSIS. QUALITATIVE RESEARCH PROTOCOL

Abstract. Introduction: Women face motherhood as a challenge to which they must adapt to achieve the best possible state of health for themselves and their children in a highly medicalized healthcare environment and within a society that establishes an ideal of motherhood that conditions their experiences regardless of their expectations. Objectives: To know the expectations that women have about motherhood and breastfeeding and the importance of a qualitative research approach that allows to know their reality and improve the social and health care they receive. Methods: A phenomenological approach will be carried out with semi-structured interviews for the collection of data analysed by triangulation through a thematic analysis with the Atlas.Ti 8.3 software. Discussion: It seems necessary to consider qualitative research as the appropriate approach to know those aspects that women consider most important regarding their maternity. Conclusions: Qualitative research provides us with the appropriate scientific knowledge that can support the socio-sanitary needs of women during their maternity, placing them at the centre of the process, to restore the prominence of such a personal experience.

Keywords: Qualitative Research; Thematic Analysis; Maternity; Breastfeeding; Gender

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Maternidad

Considerar la posibilidad de ser madre, supone el reto de afrontar una transformación que parte desde lo fisiológico, adaptando el cuerpo femenino a las necesidades del feto y convirtiéndolo en canal de procreación y fuente de sustento más allá del parto (Kavle, LaCroix, Dau, & Engmann, 2017; Numan & Woodside, 2010; Soma-Pillay, Nelson-Piercy, Tolppanen, & Mebazaa, 2016), abarcando lo psicológico, emocional y social por el implícito acto maternal de protección de la vida (De Dios-Vallejo, 2014). El cambio en su autopercepción y su autoeficacia puede ser determinante en su experiencia, y afectar a sus decisiones en cuanto al modelo de crianza, la forma de alimentación o el grado de participación en el cuidado y la distribución de los roles familiares (Berlanga, Vizcaya-Moreno, & Pérez-Cañaveras, 2013).

Los eventos experimentados en el proceso de maternidad y los resultantes de la construcción de un nuevo estilo de vida que se ajuste a las expectativas de su nuevo rol familiar y social, tendrán consecuencias que pueden implicar un importante costo de oportunidad, tanto en la esfera personal como laboral, en definitiva, un coste social para ella, dependiendo de los recursos que tenga a su alrededor (Contreras & Castañeda, 2016). Las mujeres que deciden ser madres asumen un desafío importante, en el que surgen una serie de necesidades muy específicas que requieren una respuesta y un apoyo especializados, para que puedan ser guiadas de forma óptima (Rowe, Barnes, & Sutherns, 2013).

Aquí surge la supuesta idea de la existencia de un instinto materno que condiciona la forma que la mujer tiene de entender su propio embarazo como un hecho al que está predestinada (Castellanos & Soriano, 2010). La relación entre ser mujer y ser madre ha estado históricamente vinculada al concepto de feminidad, entendiéndose como una entidad inseparable que dirige la vida de las mujeres a un cierto camino para la reproducción social donde las mujeres se preocupan por la convicción social de un deber materno. Como dice Dios-Vallejo (2014), "Lo maternal, simbólicamente, se representa a través de la mujer amamantando o como cuerpo con pechos de los que mana leche, arrullando o acunando criaturas, prodigando cuidados corporales" (p. 75). Esto crea un ideal de maternidad que parece establecerse como el modelo esperado que todas las madres deben lograr, generando expectativas que pueden distanciarse de la realidad.

Por lo tanto, el papel de la madre es un constructo íntimamente relacionado con el concepto de familia y su estructura. En concreto, aunque no únicamente, en España, que se mueve dentro de los llamados modelos sociales familiaristas (Moreno, Ortega, & Gamero, 2017), este proceso es una carga adicional para una mujer inmersa en una sociedad en crisis que le requiere más tiempo como cuidadora, sin suficiente apoyo para la conciliación familiar en un momento en que su participación en el mundo del trabajo remunerado está creciendo (Armijo, 2016). La efectividad en el logro de un nuevo núcleo familiar saludable para todos sus miembros puede beneficiarse si la mujer está acompañada y asesorada en el posparto y la lactancia (Razurel, Bruchon-Schweitzer, Dupanloup, Irion, & Epiney, 2011), una tarea que podría manejarse mejor con un conocimiento adecuado de las barreras y facilitadores que las mujeres embarazadas perciben en el camino de su maternidad.

1.2 Lactancia Materna

Los beneficios de la lactancia materna están altamente documentados entre la comunidad científica (Chantry, Monier, & Marcellin, 2015; Chowdhury et al., 2015; Del Ciampo & Lopes, 2018; Horta & de Lima, 2019; Lessen & Kavanagh, 2015). La leche materna no solo mejora el sistema inmunológico del bebé, de modo que la lactancia prolongada a lo largo del tiempo previene afecciones como el asma, la dermatitis atópica o el eccema, sino que brinda beneficios a la madre, entre los que se encuentra la reducción del riesgo de cáncer de mama y ovario (Oddy, 2017; Salone, Vann, & Dee, 2013). De hecho, se han documentado implicaciones a largo plazo para el desarrollo neurocognitivo de los bebés, y se puede afirmar que quienes reciben lactancia materna durante un período de más de seis meses tienen mejores puntuaciones cognitivas y un menor riesgo de padecer trastornos cognitivos como déficit de atención, incluso autismo (Bar, Milanaik, & Adesman, 2016).

Las recomendaciones de la OMS abogan por la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses y el mantenimiento complementario por un mínimo de 2 años (WHO, 2017). Pero, aunque las cifras de lactancia materna exclusiva han aumentado en los últimos años, aún están lejos de estas recomendaciones (Victora et al., 2016), encontrándonos con tasas de abandono mayores de lo deseable (Asociación Española de Pediatría, 2016). Esto se debe por un lado, a motivos de salud materno-infantil (poco aumento de peso del bebé, mastitis, dolor durante la lactancia, grietas en los pezones ...) (Odom, Li, Scanlon, Perrine, & Grummer-Strawn, 2013). Y, por otro lado, aquellos factores relacionados con el entorno de la mujer, como su inserción en el lugar de trabajo (Dagher, McGovern, Schold, & Randall, 2016).

El comúnmente llamado “child penalty”, es un indicador que nos informa sobre la pérdida de poder adquisitivo y de posición laboral entre las mujeres en relación a los hombres debido a la maternidad (Kleven, Landais, & Søgaaard, 2018). Podemos observar una similitud entre distintos países europeos que muestra la fuerte repercusión que la maternidad tiene sobre la posición de la mujer en el mundo laboral, experimentando rápidamente un descenso de sus ganancias a largo plazo que, aun cuando vayan remontando paulatinamente, no volverán a alcanzar el nivel que tuvieron antes del nacimiento del primer hijo (Kleven, Landais, Posch, Steinhauer, & Zweimüller, 2019).

Un enfoque inadecuado de la necesidad y beneficios de la lactancia materna se puede convertir en un elemento de presión añadida ante la expectativa social del rol de “buena madre”, pudiendo afectar psicológicamente tanto a las mujeres que tengan dificultades con el amamantamiento como a las que libremente opten por otro tipo de alimentación (Martínez, 2017). Es por esto que, las consecuencias negativas derivadas de una “idealización de la lactancia materna” que agrega presión al proceso por falta de información adecuada y el aumento de expectativas lejos de la realidad (Catala, Peñacoba, Carmona, & Marin, 2018; Slomian et al., 2017), podrían mitigarse si conocemos adecuadamente cuáles son dichas expectativas, así como las percepciones de la realidad vivida, que influyen en las decisiones de las mujeres embarazadas, lo que será crucial para un manejo adecuado de la lactancia materna exclusiva que evite el abandono temprano de la misma (Bellù & Condò, 2017; WHO, 2017).

2. OBJETIVO

El objetivo de este estudio es entender las expectativas, creencias y conocimientos que tienen las mujeres al considerar su maternidad y la posterior lactancia materna, para comprender adecuadamente la realidad que ellas viven y las necesidades sociosanitarias que encuentran en su camino.

3. METODOLOGÍA

El presente estudio se llevará a cabo a través de un enfoque fenomenológico que nos permita la aproximación a una realidad concreta, experimentada por un determinado colectivo como es el de las mujeres que deciden ser madres. La fenomenología es un método de investigación basado en una corriente filosófica que postula el estudio de los objetos de la conciencia y la conciencia en sí misma. Esto nos permite profundizar en la experiencia concreta de un

determinado fenómeno, como es la maternidad. De esta forma, las expectativas y experiencias de las madres se podrán analizar a través de la interpretación de sus propias percepciones (Peat, Rodriguez, & Smith, 2019; Wojnar & Swanson, 2007).

La investigación cualitativa en salud se consolidó en la década de 1980 como un campo específico en los modos de investigación científica (Sandelowski, 2004). Los conceptos relacionados con la salud implican una interrelación de las características personales, sociales y culturales que pueden tener una mejor aproximación desde un punto de vista cualitativo que permita profundizar en estos temas para encontrar los aspectos más humanos que subyacen a ellos y condicionar la efectividad de su enfoque (Cypress, 2015). Además, la necesidad de la llamada competencia cultural en el personal de salud, principalmente en enfermeras, hace que la investigación cualitativa sea un recurso fundamental al reforzar los cimientos de la disciplina enfermera con evidencia científica adecuada (Lillo Crespo, Vizcaya Moreno, Domínguez Santamaría, & Galao Malo, 2004) y acercarnos a las realidades de las mujeres para atender sus necesidades sociosanitarias. Por todo esto se considera que el diseño cualitativo con un enfoque de análisis temático es la metodología oportuna para el desarrollo de nuestra investigación.

Para conseguir un adecuado abordaje se decidió enfocar la metodología desde el marco teórico que nos proporciona la Teoría Social Cognitiva (SCT, por sus siglas anglosajonas) (Bandura, 2001). Basándose en los conceptos de imaginario social, las realidades encontradas y las expectativas sociales y personales, esta teoría nos permite explicar los comportamientos humanos y su relación con el desarrollo del autoconcepto y las distintas agencias personales y sociales del aprendizaje. Debido a la influencia ejercida por el género en las distintas sociedades a lo largo de la historia, no podemos dejar de lado su repercusión sobre hechos tan íntimamente relacionados con el género femenino como son la maternidad y la lactancia materna. Por ello, debemos tener en cuenta la teoría social cognitiva del desarrollo y funcionamiento del rol de género para observar y comprender la maternidad y los procesos que la rodean (Bussey & Bandura, 1999).

3.1 Participantes

Este estudio cualitativo es parte del proyecto MOVI-da 10! (Sánchez-López et al., 2019). Entre los objetivos de MOVI da 10! se incluyó la relación entre el tipo de alimentación infantil y la duración de la lactancia materna con el riesgo cardiovascular, a través de una intervención de

actividad física en escolares. De esta forma, se pudo contactar con las madres de las/los escolares que pudieran estar interesadas en participar en la parte cualitativa del estudio relacionado con su maternidad. Para el presente estudio cualitativo, se llevará a cabo una estrategia de muestreo intencional (Robinson, 2014) para reclutar una submuestra de madres entre las que mostraron interés en participar en esta parte del estudio.

Se ofreció la participación en nuestro estudio a aquellas madres que hubieran sido integrantes del proyecto MOVI da 10!, que hayan tenido una gestación normal y dado a luz a su último hijo entre seis meses y tres años antes del estudio, para evitar la posibilidad de variaciones importantes en la forma de atención al proceso, así como un posible sesgo de memoria. Para conseguir una participación heterogénea dentro del colectivo concreto que nos ocupa se decidió que debería incluir a mujeres rurales y urbanas y diferentes estratos sociales. Así mismo, se intentó la inclusión de mujeres migrantes que tuvieran suficiente dominio del idioma

Estimamos que se necesitarían entre 10 y 15 mujeres de cada grupo, rural y urbano, de 20 a 30 en total, considerando posibles pérdidas o exclusiones, para finalizar al menos con 8 mujeres por cada grupo, aunque el número final de participantes estará condicionado por el criterio de saturación de la información (Robinson, 2014) .

3.2 Localización

Debido a las características de intimidad y privacidad que rodean un evento tan personal como la maternidad, para lograr un ambiente agradable que facilite la expresión de las experiencias de las mujeres, se les ofreció la posibilidad de entrevistarse en diferentes lugares (Mitchell, 2015). Estas ubicaciones, se distribuyen según el área de origen de la mujer, en el caso del área urbana en el propio centro de investigación o en su hogar o lugar de trabajo y, en el caso del área rural, su hogar o el centro de salud de su área básica de salud.

3.3 Recolección de Datos

Para cumplir con el objetivo, se consideró que la mejor manera de recopilar información es la entrevista abierta realizada a través de preguntas orientadoras que focalicen el tema de estudio. Es habitual el uso de entrevistas en la investigación en salud con el objetivo de conseguir datos empíricos que nos posibiliten la comprensión de las experiencias vividas por las personas, de forma que nos ayuden a entender cuáles son sus actitudes ante

determinados procesos y cuál es la mejor manera de prestarles el apoyo sanitario necesario o cómo podemos mejorar la atención que se ofrece (Mitchell, 2015).

La aproximación a las participantes se realizó a través de contactos con las mujeres que habían colaborado en el proyecto MOVI-da-10! contestando a un cuestionario referente a alimentación infantil y lactancia materna. Estos contactos fueron organizados por dos miembros del equipo de investigación a través de llamadas telefónicas. La confianza generada al ser parte del equipo que realizó las mediciones basales y finales del proyecto MOVI da 10! en el colegio de sus hijas e hijos, facilitó la disposición de estas a la hora de informarse sobre la parte cualitativa e interesarse por participar en el mismo.

Para llevar a cabo las entrevistas, se preparó un guion preliminar para determinar los aspectos más importantes en los que queremos profundizar en base al trabajo de documentación anterior y se realizó una entrevista a modo de prueba que nos permitiera establecer la idoneidad del guion establecido (Kallio, Pietilä, Johnson, & Kangasniemi, 2016). El guion se centra en dos bloques principales: i) Maternidad y ii) Lactancia materna, abordando tanto las expectativas como las experiencias de las mujeres, para conocer sus ideas preconcebidas frente a las realidades encontradas.

Para garantizar la calidad de las entrevistas, cada sesión fue conducida por la misma investigadora, con experiencia en metodología cualitativa y habilidades de comunicación (Kallio et al., 2016). Se llevaron a cabo cara a cara, estableciendo una relación entre investigadora y participante que ayudase a crear un clima de confianza y se registraron para su posterior transcripción y análisis. Dicha transcripción se realizó usando el software F4, y se les dio a las participantes un resumen de las ideas principales encontradas para revisar si son acordes a lo que ellas expresaron.

3.4 Análisis de la Información

El estudio se encuentra actualmente en el inicio de la fase de análisis de la información. Para llevar a cabo esta fase se utilizará un análisis temático (Braun & Clarke, 2006) para profundizar en el texto de modo que se extraiga el significado global subyacente, llevando a cabo la codificación de los textos en tres niveles, código, categoría y temas que permiten agrupar la información e integrarla según el modelo teórico SCT y la influencia del género en el tema que nos ocupa (Giacomini & Cook, 2000). Esta codificación se realizará por tres investigadoras experimentadas utilizando el software ATLAS.TI 8.3 lo que permitirá la confrontación de ideas

entre ellas mediante la triangulación de los conceptos que vayan estableciendo. Esto permite discutir y aclarar conceptos para afianzar la veracidad de los resultados obtenidos. De esta forma, se podrán analizar las percepciones de las madres de una manera integral que no se vea condicionada por el análisis de una única investigadora.

3.5 Aspectos Éticos

Este estudio, cuenta con la aprobación del Comité de Ética de Investigación Clínica del Hospital de la provincia de realización del mismo, obtenido para el proyecto MOVI-da 10! del que forma parte. Se informará a las participantes de la duración estimada de la entrevista y para garantizar su derecho a la confidencialidad, se les avisará al inicio de las entrevistas de su grabación y del tratamiento anónimo de todos sus datos. Asimismo, se les recordará que pueden revocar su consentimiento en cualquier parte del proceso de investigación.

3.6 Validez y Rigor

Para asegurar un enfoque analítico riguroso, se utilizaron varias estrategias. La técnica de muestreo que se usó mejorará la confiabilidad y credibilidad de los posibles hallazgos al permitirnos acceder a una población heterogénea, aunque con una realidad cultural compartida.

Las entrevistas se realizaron en entornos agradables de forma que permitieron a las mujeres funcionar en un clima de confianza que les ayudase a expresarse libremente. La validez se verá reforzada por el uso sistemático de técnicas de entrevista por una investigadora experimentada. Además, tras la transcripción de las grabaciones, los textos serán analizados por tres investigadoras diferentes en tres niveles de profundidad (Hsieh & Shannon, 2005), a través de un proceso de codificación que permitirá la discusión posterior de posibles discrepancias y su resolución por consenso.

3.7 Desarrollo y estado actual del estudio

Para el presente estudio se consiguió la participación inicial de un total de 28 mujeres. De entre ellas hubo que excluir a una debido a que, aunque dio a luz en la provincia de realización del estudio, todo el proceso hasta ese momento fue vivido y atendido en una provincia distinta. Además, otras 5 mujeres no contestaron a contactos posteriores para confirmar las citas o directamente no acudieron a las mismas, por lo que finalmente, un total de 22 mujeres fueron

incluidas en el estudio. De ellas 11 provenían de un ambiente urbano y otras 11 de uno rural, pertenecientes a diferentes estratos socioeconómicos. De entre las mujeres del entorno rural, 3 de ellas eran inmigrantes, 1 de origen árabe y 2 de origen latinoamericano.

Aun contando con la colaboración de su enfermera de referencia para establecer los lugares y momentos en los que realizar las entrevistas, la organización de estas resultó complicada por factores principalmente ambientales o sociales. Entre estos, nos encontramos con la dificultad por parte de las madres de disponer del tiempo necesario para la realización de la entrevista, ya fuera por sus obligaciones laborales fuera del hogar, como por la carga del cuidado de las hijas o hijos que recaía sobre ellas o la dificultad para desplazarse. Aun así, se facilitó en todo lo posible la participación a través del ofrecimiento de las distintas localizaciones y de los horarios que fueran más favorables para las mujeres.

Las entrevistas han sido transcritas con el software F4 y de una primera lectura de estas se extrajeron las ideas más relevantes que se observan de forma general en todas ellas. De esta manera, se ha realizado un resumen general de dichas ideas, que fue enviado a las madres participantes para que pudieran valorar si este resumen respondía a las consideraciones que ellas nos aportaron en sus distintas entrevistas. Ninguna de las participantes reportó ninguna aclaración, ni notificaron no sentirse representadas en las ideas reportadas.

Actualmente, se va a iniciar la fase de codificación de los textos transcritos para su posterior análisis temático. Como se explica anteriormente, esta codificación se realizará en tres niveles de profundidad; “Código”, que permitirá el establecimiento de conceptos básicos inherentes a las afirmaciones realizadas por las participantes; “Categoría”, mediante las cuales se podrán agrupar distintos códigos que respondan a un universo semántico común; y “Tema”, que nos ayudará a establecer el ámbito al que pertenecen los conceptos que estamos clasificando y nos permitirá generar conclusiones en dicho ámbito fundamentadas en el cuerpo de ideas que se han establecido en nuestra codificación.

La fase del estudio en la que nos encontramos no permite establecer aún resultados concretos, aunque confiamos en que el futuro desarrollo de este nos ayude a responder al objetivo propuesto.

4. DISCUSIÓN

Aunque una primera lectura de las entrevistas realizadas nos deja entrever la percepción por parte de las mujeres de distintas necesidades sociosanitarias no cubiertas, aun no podemos establecer la consecución de los objetivos del presente estudio. Con todo, hemos analizado aquellos aspectos por los que el estudio se puede ver influenciado y que nos han permitido visualizar ciertas fortalezas y limitaciones. Se debe considerar que un estudio de estas características se ve favorecido por la aproximación cualitativa de la investigación. La metodología cualitativa nos proporcionará un marco científico de seguridad que avale nuestros descubrimientos y nos ayude a sustentar la atención sanitaria ofrecida a las madres sobre la base de la evidencia científica.

4.1 Fortalezas y Limitaciones

Habiendo delimitado con suficiente profundidad los aspectos que interaccionan en el proceso de la maternidad a través de una revisión bibliográfica exhaustiva, las técnicas de elección de participantes y recolección de datos, así como el proceso de análisis de estos, proporcionaran una sólida red que permitirá el desarrollo de nuestra investigación con garantías de calidad (Cypress, 2015).

Aunque se puede argüir que este tipo de colección de datos, a través de la entrevista abierta con preguntas orientadoras, puede estar limitado por la filtración de la información a través de la entrevistadora, el proceso de grabación y transcripción, así como la posterior triangulación en la codificación y análisis de los datos, ayudarán a superar este posible escollo metodológico (Carter, Bryant-Lukosius, Dicenso, Blythe, & Neville, 2014).

Asimismo, es cierto que encontramos dificultades a la hora de incluir participantes tanto de niveles socioeconómicos altos como bajos, ya fuera por las características de la población residente en una provincia con presencia de niveles medios principalmente, o por las diferencias entre la población del entorno rural y el urbano, predominando en este último, niveles educativos más altos que en el primero. Aun así, aunque la realización del estudio en un entorno concreto como el de una provincia pequeña puede impedir la generalización de los datos, y considerando que la generalización no es uno de los objetivos de los estudios cualitativos, la estrategia de muestreo intencional nos permitirá obtener una muestra heterogénea lo suficientemente representativa de la población femenina en edad reproductiva de la sociedad occidental, ya que dentro de esta, la experiencia particular de los procesos

vividos durante la maternidad se engloba en conceptos abstractos de características similares para las mujeres occidentales (McCormick & Bunting, 2002).

5. CONCLUSIÓN

Parece que es necesario investigar en profundidad cuáles son las percepciones particulares de las mujeres con respecto a su maternidad y la calidad de la asistencia recibida en sus necesidades sociosanitarias y el conocimiento de aquellos aspectos que pueden influir en su decisión de ser madres y la forma y duración de la lactancia.

La medicalización de la asistencia resta protagonismo a la mujer en un proceso del cual es una parte esencial y donde la aproximación desde la investigación cualitativa puede generar información y conocimiento adecuado que ayude a las madres a obtener las herramientas necesarias para el correcto manejo de su salud y la de sus bebés. Por lo tanto, debemos incluir la investigación cualitativa en el proceso de mejora de la asistencia, de modo que las mujeres sean parte activa del mismo y podamos ofrecer asesoramiento, apoyo y atención de calidad con la garantía de un conocimiento experto basado en la mejor evidencia disponible.

6. REFERENCIAS

- Armijo, L. (2016). Ciudadanía y cuidado en España: el dilema trabajo/familia según las madres trabajadoras. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 15(3), 87–100. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol15-Issue3-fulltext-789>
- Asociación Española de Pediatría, C. de L. M. (2016). *Lactancia materna en cifras: Tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países*.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 1–26. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.1>
- Bar, S., Milanaik, R., & Adesman, A. (2016). Long-term neurodevelopmental benefits of breastfeeding. *Current Opinion in Pediatrics*, 28(4), 559–566. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000389>
- Bellù, R., & Condò, M. (2017). Breastfeeding promotion: evidence and problems. *La Pediatria Medica e Chirurgica*, 39(2), 53–56. <https://doi.org/10.4081/pmc.2017.156>
- Berlanga, S., Vizcaya-Moreno, M. F., & Pérez-Cañaveras, R. M. (2013). Percepción de la transición a la maternidad: estudio fenomenológico en la provincia de Barcelona. *Atención Primaria*, 45(8), 409–417. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.04.004>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bussey, K., & Bandura, A. (1999). Social cognitive theory of gender development and differentiation. *Psychological Review*, 106(4), 676–713. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.106.4.676>
- Carter, N., Bryant-Lukosius, D., Dicenso, A., Blythe, J., & Neville, A. J. (2014). The Use of Triangulation in Qualitative Research. *Oncology Nursing Forum*, 41(5), 545–547. <https://doi.org/10.1188/14.ONF.545-547>

- Castellanos, E., & Soriano, I. (2010). Sobre la mirada de género en la salud reproductiva y la construcción social de la maternidad. *Cuestiones de Género: De La Igualdad y La Diferencia*, 5(5), 89. <https://doi.org/10.18002/cg.v0i5.3782>
- Catala, P., Peñacoba, C., Carmona, J., & Marin, D. (2018). Maternal Personality and Psychosocial Variables Associated with Initiation Compared to Maintenance of Breastfeeding: A Study in Low Obstetric Risk Women. *Breastfeeding Medicine*, 13(10), 680–686. <https://doi.org/10.1089/bfm.2018.0034>
- Chantry, A. A., Monier, I., & Marcellin, L. (2015). Allaitement maternel (partie 1): fréquence, bénéfices et inconvénients, durée optimale et facteurs influençant son initiation et sa prolongation. Recommandations pour la pratique clinique. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de La Reproduction*, 44(10), 1071–1079. <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2015.09.026>
- Chowdhury, R., Sinha, B., Sankar, M. J., Taneja, S., Bhandari, N., Rollins, N., ... Martines, J. (2015). Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, 104, 96–113. <https://doi.org/10.1111/apa.13102>
- Contreras, K. A., & Castañeda, L. I. (2016). Tensions between the productive body of women and gender norms around motherhood. *Revista Latinoamericana de Estudios Sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 21, 10–24.
- Cypress, B. S. (2015). Qualitative Research. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 34(6), 356–361. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000150>
- Dagher, R. K., McGovern, P. M., Schold, J. D., & Randall, X. J. (2016). Determinants of breastfeeding initiation and cessation among employed mothers: A prospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0965-1>
- De Dios-Vallejo, D. S. (2014). Equidad de género y embarazo. *Perinatología y Reproducción Humana. Ética y Humanismo En Perinatología*, 28(2), 71–78.
- Del Ciampo, L., & Lopes, I. (2018). Breastfeeding and the Benefits of Lactation for Women's Health. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 40(06), 354–359. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1657766>
- Giacomini, M. K., & Cook, D. J. (2000). Users' guides to the medical literature: XXIII. Qualitative research in health care A. Are the results of the study valid? Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA*, 284(3), 357–362.
- Herrero Martínez, M. H. (2017). Policies of Breastfeeding Promotion in Spain and Europe: an Analysis from Gender. *Dilemata. Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, 25, 201–215.
- Horta, B. L., & de Lima, N. P. (2019). Breastfeeding and Type 2 Diabetes: Systematic Review and Meta-Analysis. *Current Diabetes Reports*, 19(1), 1. <https://doi.org/10.1007/s11892-019-1121-x>
- Hsieh, H.-F., & Shannon, S. E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277–1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Kallio, H., Pietilä, A.-M., Johnson, M., & Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of Advanced Nursing*, 72(12), 2954–2965. <https://doi.org/10.1111/jan.13031>
- Kavle, J. A., LaCroix, E., Dau, H., & Engmann, C. (2017). Addressing barriers to exclusive breast-feeding in low- and middle-income countries: a systematic review and programmatic implications. *Public Health Nutrition*, 20(17), 3120–3134. <https://doi.org/10.1017/S1368980017002531>
- Kleven, H., Landais, C., Posch, J., Steinhauer, A., & Zweimüller, J. (2019). Child Penalties across Countries: Evidence and Explanations. *AEA Papers and Proceedings*, 109, 122–126. <https://doi.org/10.1257/pandp.20191078>

- Kleven, H., Landais, C., & Søgaaard, J. E. (2018). *Children and Gender Inequality: Evidence from Denmark*. SSRN Electronic Journal, 2. <https://doi.org/10.3386/w24219>
- Lessen, R., & Kavanagh, K. (2015). Position of the academy of nutrition and dietetics: Promoting and supporting breastfeeding. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 115(3), 444–449. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2014.12.014>
- Lillo Crespo, M., Vizcaya Moreno, F., Domínguez Santamaría, J. M., & Galao Malo, R. (2004). Investigación cualitativa en enfermería y competencia cultural. *Index de Enfermería*, 13(44–45), 47–50.
- McCormick, K. M., & Bunting, S. M. (2002). Application of feminist theory in nursing research: the case of women and cardiovascular disease. *Health Care for Women International*, 23(8), 820–834. <https://doi.org/10.1080/07399330290112344>
- Mitchell, G. (2015). Use of interviews in nursing research. *Nursing Standard*, 29(43), 44–48. <https://doi.org/10.7748/ns.29.43.44.e8905>
- Moreno, A., Ortega, M., & Gamero, C. (2017). Los modelos familiares en España: reflexionando sobre la ambivalencia familiar desde una aproximación teórica. *Revista Española de Sociología*, 26(2), 149–167. <https://doi.org/10.22325/fes/res.2016.5>
- Numan, M., & Woodside, B. (2010). Maternity: Neural mechanisms, motivational processes, and physiological adaptations. *Behavioral Neuroscience*, 124(6), 715–741. <https://doi.org/10.1037/a0021548>
- Oddy, W. H. (2017). Breastfeeding, Childhood Asthma, and Allergic Disease. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 70(2), 26–36. <https://doi.org/10.1159/000457920>
- Odom, E. C., Li, R., Scanlon, K. S., Perrine, C. G., & Grummer-Strawn, L. (2013). Reasons for Earlier Than Desired Cessation of Breastfeeding. *PEDIATRICS*, 131(3), e726–e732. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-1295>
- Peat, G., Rodriguez, A., & Smith, J. (2019). Interpretive phenomenological analysis applied to healthcare research. *Evidence Based Nursing*, 22(1), 7–9. <https://doi.org/10.1136/ebnurs-2018-103017>
- Razurel, C., Bruchon-Schweitzer, M., Dupanloup, A., Irion, O., & Epiney, M. (2011). Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period: a qualitative study. *Midwifery*, 27(2), 237–242. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2009.06.005>
- Robinson, O. C. (2014). Sampling in Interview-Based Qualitative Research: A Theoretical and Practical Guide. *Qualitative Research in Psychology*, 11(1), 25–41. <https://doi.org/10.1080/14780887.2013.801543>
- Rowe, J., Barnes, M., & Sutherns, S. (2013). Supporting Maternal Transition: Continuity, Coaching, and Control. *The Journal of Perinatal Education*, 22(3), 145–155. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.22.3.145>
- Salone, L. R., Vann, W. F., & Dee, D. L. (2013). Breastfeeding. *The Journal of the American Dental Association*, 144(2), 143–151. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2013.0093>
- Sánchez-López, M., Ruiz-Hermosa, A., Redondo-Tébar, A., Visier-Alfonso, M. E., Jimenez-López, E., Martínez-Andres, M., ... Martínez-Vizcaíno, V. (2019). Rationale and methods of the MOVI-da10! Study –a cluster-randomized controlled trial of the impact of classroom-based physical activity programs on children's adiposity, cognition and motor competence. *BMC Public Health*, 19(1), 417. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6742-0>
- Sandelowski, M. (2004). Using Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, 14(10), 1366–1386. <https://doi.org/10.1177/1049732304269672>
- Slomian, J., Emonts, P., Vigneron, L., Acconcia, A., Glowacz, F., Reginster, J. Y., ... Bruyère, O. (2017). Identifying maternal needs following childbirth: A qualitative study among mothers, fathers and professionals. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 213. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1398-1>

- Soma-Pillay, P., Nelson-Piercy, C., Tolppanen, H., & Mebazaa, A. (2016). Physiological changes in pregnancy. *Cardiovascular Journal of Africa*, 27(2), 89–94. <https://doi.org/10.5830/CVJA-2016-021>
- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J. D., França, G. V. A., Horton, S., Krasevec, J., ... Rollins, N. C. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 387(10017), 475–490. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
- WHO. (2017). 10 facts on breastfeeding. Retrieved February 26, 2019, from <https://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/en/>
- Wojnar, D. M., & Swanson, K. M. (2007). Phenomenology. An Exploration. *Journal of Holistic Nursing*, 25(3), 172–180. <https://doi.org/10.1177/0898010106295172>

SAÚDE E AMBIENTE NOS TRILHOS DO CUIDADO: CONCEPÇÕES E CONEXÕES

Crystiane Ribas Batista Ribeiro¹, Vera Maria Saboia¹, Lina Márcia Miguéis Berardinelli²,
Marcela de Abreu Moniz¹, Eliane Ramos Pereira¹ e Tatiane Marinz de Souza Luquez¹

¹Universidade Federal Fluminense, Brasil, crystiane.ribas@gmail.com; versaboia@uol.com.br; marceladeabreumoniz@gmail.com; elianeramos.uff@gmail.com; tatianemarinz@yahoo.com.br

²Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil, linamigberardinelli@gmail.com

Resumo. Introdução: Utilizando-se o conceito ampliado de saúde, a determinação do ambiente sobre ela e o cuidado como condutor da relação entre ambos, importa analisar concepções sobre ambiente e saúde de estudantes de uma escola pública no entorno de uma comunidade pesqueira exposta ao incremento da degradação ambiental, visando à promoção de práticas educativas em saúde por enfermeiros. Objetivo: Analisar a relação entre ambiente e saúde na visão de estudantes, tendo em vista a tridimensionalidade do cuidado, fundamentada em Leonardo Boff. Métodos: Estudo qualitativo, com abordagem participativa, do tipo estudo de caso. Participaram do estudo 24 estudantes do 6º ano do ensino fundamental. Como técnica de produção de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada. Para análise dos dados optou-se pela Análise de Conteúdo de Bardin com auxílio do *software* Atlas.ti. Resultados: Emergiram duas categorias de análise - Ambiente: concepções dos estudantes; e Ambiente que gera saúde e ambiente que gera doença. Conclusões: Questões ambientais não se esgotam na preservação e conservação da natureza. Promover reorientações nas questões socioambientais e de saúde suscitam um outro perfil do enfermeiro educador, comprometido não apenas com o cuidado do ser humano, mas com a transformação da relação homem/ambiente a partir do cuidado tridimensional.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Educação Ambiental; Poluição Ambiental; Ensino Fundamental e Médio; Enfermagem.

HEALTH AND THE ENVIRONMENT ON THE TRAILS OF CARE: CONCEPTIONS AND CONNECTIONS

Abstract. Introduction: Using the expanded concept of health, the determination of the environment over it and care as the driver of the relationship between them, it is important to analyse conceptions about the environment and health of students at a public school in the vicinity of a fishing community exposed to the increase of environmental degradation, aiming at the promotion of educational health practices by nurses. Objectives: To analyse the relationship between environment and health in the view of students, in view of the three-dimensionality of care, based on Leonardo Boff. Methods: Qualitative study, with a participatory approach, of the case study type. 24 students from the 6th year of elementary school participated in the study. As a data production technique, semi-structured interviews were used. For data analysis, Bardin Content Analysis was chosen with the aid of the Atlas.ti software. Results: Two categories of analysis emerged - Environment: students' conceptions; and Environment that generates health and environment that generates disease. Conclusions: Environmental issues are not limited to the preservation and conservation of nature. Promoting reorientations in socioenvironmental and health issues raise another profile of nurse educators, committed not only to the care of human beings, but with the transformation of the human / environment relationship based on three-dimensional care.

Keywords: Health Education; Environmental Education; Environment Pollution; Elementary and High School; Nursing.

1. INTRODUÇÃO

Consonante ao conceito ampliado de saúde e a determinação do ambiente sobre ela torna-se imprescindível ao enfermeiro inserido na educação básica, como integrante do Programa

Saúde na Escola (PSE), pensar em estratégias que possam alicerçar práticas educativas em saúde que promovam a conexão entre homem/ambiente.

Pesquisar sobre a atual circunstância socioambiental da sociedade é suscitar a reflexão sobre a relação homem-homem intrínseca na relação homem-mundo. Segundo Freire (2016), tal relação revela-se pela consciência do homem acerca do domínio do ponto de decisão de sua busca em si e em suas relações com o mundo, e com os outros, impregnando o mundo de sua presença criadora e transformadora, não somente vivendo, mas existindo numa relação dialética entre os condicionamentos e sua liberdade.

Na relação homem-mundo, tem-se o cuidado como garantia para a sobrevivência das espécies, um comportamento inato do ser humano para preservação do mundo. A conjugação da natureza e a forma de condução da vida permite, tanto aos seres humanos como aos demais seres vivos, buscarem a continuidade de suas espécies e um legado na história do universo (Galdrón, 2012).

Pensando na atual fase planetária, permeada por uma crise ambiental profunda, exige-se um discurso ético universal consolidado em algo que pertença à essência concreta do ser humano e que, portanto, possa ser achado e desenvolvido a partir da práxis educativa, o *cuidado*.

O conceito outrora arraigado e restrito à esfera biológica de cuidado, fragmentado na abordagem do processo saúde-adoecimento com vistas à cura de doenças, amplia-se ao longo da história. Há necessidade de apropriação de instrumentos que possibilitem relações terapêuticas humanas, competentes e produtoras de autonomia aos participantes da relação de cuidado (Boff, 2013).

Cuidar é mais que um ato, é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro (Boff, 2014). Uma aliança de cuidado para com a vida humana, toda comunidade de vida e a Terra deve ser mediante a sustentabilidade real, verdadeira, efetiva e global, conjugada com o princípio do cuidado (Boff, 2015).

A visão do cuidado é a de que o cidadão está sempre envolvido numa trama de conexões. O cuidado como dimensão ontológica e antropológica mostra clara vinculação de todos com

todos devido à reciprocidade geral e à lógica do cuidar e do ser cuidado, assumida como compromisso relacional (Boff, 2013).

Considera-se a importância de que cada um encontre a essência do cuidado dentro de si a fim de que haja de maneira congruente o estabelecimento coordenado das três dimensões do cuidado apreendidas e vivenciadas: o cuidado de si mesmo, o cuidado do outro e o cuidado do ambiente.

Entende-se, portanto, que o cuidado tridimensional ancorado nos preceitos de Leonardo Boff, necessita de uma construção sequencial e gradativa no âmbito do processo de ensino-aprendizagem. Partindo desse prisma, o indivíduo estará apto a apreender o cuidado ambiental, após a conscientização do cuidado do eu e do cuidado do outro. Nesse sentido, o objetivo desse estudo foi analisar a relação entre ambiente e saúde na visão de estudantes, tendo a tridimensionalidade do cuidado fundamentada em Leonardo Boff como eixo condutor.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, com abordagem participativa, do tipo estudo de caso. A pesquisa foi realizada no Colégio Estadual Coronel Francisco Lima, próximo à colônia de pescadores do Gradim, no município de São Gonçalo, RJ, no mês de abril de 2018. O critério para a escolha da referida escola se deu pela proximidade com a comunidade pesqueira da colônia Z-08, que vivenciam atualmente acentuado declínio socioeconômico atribuído principalmente à poluição ambiental da Baía de Guanabara. Tal localidade vivencia sobreposição de cargas ambientais de fatores de risco conforme descrito em estudos anteriores (Ribeiro, 2011; Ribeiro, Saboia, & Souza, 2013).

Definiram-se como critérios de inclusão dos participantes da pesquisa: estudantes que estivessem cursando o 6º ano do ensino fundamental do Colégio Estadual Coronel Francisco Lima no município de São Gonçalo, que residiam na comunidade pesqueira ou adjacências e tivessem algum vínculo com esta localidade, como por exemplo, pai, avô e/ou tio pescadores atualmente ou que já tenham sido pescadores em um dado momento da vida. Os critérios de exclusão dos educandos foram: estudantes que não estivessem com a matrícula ativa ou que estivessem de licença médica no período de realização da pesquisa.

Para produção dos dados, adotou-se a entrevista semiestruturada, que transcorreu a partir de um roteiro com duração média de 6 minutos, sendo gravada a partir da prévia explicação ao estudante. O roteiro foi desenvolvido considerando os tópicos centrais saúde, ambiente e a relação entre saúde e ambiente considerando aspectos socioambientais locais e direcionando para questões balizadas pelo cuidado de si, do outro e do ambiente. Para análise e interpretação dos dados optou-se pela Técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2010), implementada com o auxílio do *software* ATLAS.ti.

Primeiramente foi realizada a pré-análise, dando origem à constituição do corpus da pesquisa, por meio da organização do material a ser analisado, tornando-o operacional. Os documentos primários (P-Docs), obtidos a partir das entrevistas foram devidamente agrupados no *software*. As falas dos estudantes sofreram sucessivas leituras até serem feitos os recortes de textos dos documentos em análise, as citações (Quotes).

Na exploração do material foi feito o exame minucioso do material para a definição de categorias (sistemas de codificação) e a identificação das unidades de registro (unidade de significação a codificar, corresponde ao segmento de conteúdo a considerar unidade-base, visando à categorização e à frequência) e de contexto (unidade de compreensão para codificar a unidade de registro que corresponde ao segmento da mensagem, a fim de compreender a significação exata dela) nos documentos. As citações foram sendo inseridas em seus respectivos códigos (Codes). Dessa forma, foram feitas a codificação, a classificação e a categorização dos elementos (Bardin, 2010).

Esses elementos deram origem aos *networks*, redes ou teias, (ferramentas de análise utilizadas para ilustrar as relações que foram analisadas pelo pesquisador) conferindo informações para análise, o que resultou nas interpretações inferenciais. Momento de intuição, de análise reflexiva e crítica.

O referencial teórico-metodológico que norteou a interpretação dos dados foi o cuidado tridimensional (o cuidado de si, o cuidado do outro, o cuidado ambiental) fundamentado em Leonardo Boff, tendo em vista a lógica da natureza e da vida humana fundadas sobre a cooperação e a interdependência entre todos, assim como aspectos da saúde em interdependência com aspectos ambientais.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário Antônio Pedro sob o CCAE nº 64847517.9.0000.5243, tendo a assinatura da carta de anuência e dos Termos de

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), respectivamente pela direção da instituição, pais e estudantes. A fim de se preservar o anonimato dos participantes e facilitar futuras análises, cada estudante foi identificado nos materiais obtidos pela inicial da palavra estudante (E) seguida do número correspondente ao total de estudantes participantes, seguindo-se (E1, E2, E3, ... E24).

3. RESULTADOS

Participaram um total de 24 estudantes com idades de 11 a 14 anos, sendo 13 meninos e 11 meninas. A partir da análise das entrevistas com o auxílio do ATLAS.ti., emergiram duas categorias: *Ambiente: concepções dos estudantes*; e *Ambiente que gera saúde e ambiente que gera doença*.

3.1 Ambiente: concepções dos estudantes

Conforme as falas a seguir, a concepção de meio ambiente revela o caráter naturalista da percepção ambiental e diz respeito a um local preservado, intangível e distante da realidade vivida:

“A natureza pra mim é o meio ambiente”. E1

“Animais, floresta, árvores, ...”. E3

“A natureza, um lugar limpo”. E16

Na concepção naturalista, o meio ambiente é visto como restrito à natureza que deve ser apreciada, respeitada e preservada (Reigota, 1991; Sauvé, 1996). De acordo com Loureiro, Layrargues e Castro (2012), o naturalismo é uma das posturas típicas no tratamento da problemática ambiental, em cujo contexto os problemas são abordados em sentido a-histórico, ignorando as relações sociais e onde a relação homem/ambiente é condicionada às relações naturais e à sua dinâmica.

Para Freire (2016), o mundo humano, sendo histórico, permite ao homem assumir a vida, sendo capaz de construí-la. Não considerar as relações sociais e sua articulação com o meio ambiente fortalece a dicotomização homem/ambiente.

Estudos realizados têm mostrado a prevalência da visão dicotomizada por estudantes do ensino fundamental (Pedrini, Costa, & Ghilardi, 2010; Silva, 2013; Luz, Prudêncio, & Caiafa, 2018), o que pode estar associado com a forma como o tema tem sido abordado nas escolas. Apesar de ser proposto pelos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) como tema transversal, permeando todas as disciplinas curriculares e a Política Nacional de Educação

Ambiental (PNEA) ser clara e incisiva quanto à obrigatoriedade da educação ambiental nas escolas tanto na educação básica quanto na educação superior.

Como ainda reafirma Castro e Marcano (2013), a solução dos problemas para a qualidade de vida e melhoramento ambiental, desde local ao planetário, é avaliar e repensar o currículo escolar de forma que se consolide uma formação sólida em relação à educação ambiental capaz de formar cidadãos que desenvolvam habilidades e atitudes na relação homem/ambiente.

A fala seguinte revela a contradição vivenciada pelos estudantes:

“Meio ambiente é... lugares onde ficam plantas, bichos e hoje em dia a gente não vê isso né? Hoje a gente não vê geralmente muitos bichos. O que a gente vê nos livros é... bichos, é... tipo que limpo, mas geralmente a gente não vê isso, a gente vê sujeira, não vê bicho direito”. E7

Os livros apresentam um ambiente limpo e repleto de elementos naturais que parecem não interagir com o homem, mas no entorno em que vivem se deparam com um ambiente poluído, destoante dos livros e do que aprendem em sala de aula.

Tal contradição pode relacionar-se com o que Freire descreve como “tema gerador”, uma vez que se trata de um problema revelado nas contradições presentes, na estrutura e organização social.

Segundo Reigota (1991) e Sauvé (1996), na concep  o globalizante podem-se perceber rela  es recíprocas entre natureza e sociedade, evidenciando aspectos biofísicos, sociais, políticos e culturais. Nesse tipo de concep  o, o homem    inserido como parte integrante do meio, há real no  o de pertencimento como denotam as falas (E8, E12, E13 e E18):

“Meio ambiente? Onde nós vivemos. E8

“Pra mim meio ambiente   ... quase tudo n  ? Que sem o meio ambiente a gente não estaria vivo por causa do oxigênio... essas coisas”. E12

“...Meio ambiente    o nosso lugar, que a gente vive, que    o nosso meio ambiente”. E13

“...   o ambiente onde você vive, tipo a escola, a casa, a rua. E18

A aproxima  o homem/ambiente,    fundamental para que, como ressaltam Rodrigues e Junior (2009), a ideologia individualista atrelada a cultura industrial capitalista moderna que construiu uma representa  o mecânica do ser humano e que diminuiu sua capacidade de

se relacionar com o outro (social) e com o mundo (ambiental) seja aos poucos substituída, permitindo ao homem compreender a *práxis* de seu potencial transformador.

No momento em que os indivíduos, atuando e refletindo, são capazes de perceber a estrutura em que se encontram, entendem a realidade como realmente é: uma realidade histórico-cultural criada pelos homens e que pode ser transformada por eles (Freire, 2014).

É possível observar pela fala dos participantes que a educação é a chave para a mudança do cenário ambiental. Reconhece-se que o conhecimento é parte do processo e que educação ambiental factível depende não somente da ação governamental, mas de uma ação coletiva que supere a concepção moralista e o individualismo.

Numa leitura mais ampliada do contexto, os estudantes são capazes de identificar as verdadeiras potencialidades deste, por meio da solução dos problemas reais aos quais estão submetidos. É importante fomentar a consciência do que implica a celebração do Dia da Água, por mecanismos de manejo e uso eficiente do líquido, da importância da conservação do recurso como fonte que se esgota para torná-lo um uso sustentável (Mejía, Marin, & Lopes, 2015).

A educação ambiental permite ao educando desvendar os elos da cadeia de poder nas questões ambientais e a dinâmica da relação entre sociedade, Estado, economia, saúde e meio ambiente.

3.2 Ambiente que gera saúde e ambiente que gera doença

Na concepção dos participantes do estudo, a saúde é compreendida para além da visão biologicista, restrita à ausência de doenças, que admite que ser saudável só o é quando se tem a integridade de suas funções biológicas.

Todavia, há falas que demonstram a persistência dessa concepção como a fala seguinte:

“Saúde é ter uma estrutura boa. Não aparentar ser doente. Não viver ferido, se ficar doente se cuida”. E8

Para Almeida Filho (2011), numa crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse, saúde pode ser entendida como eficiência funcional; enquanto doença ou patologia se define por falha ou *déficit* de função, ‘ausência de normalidade’. Para o autor, contudo, a antinomia saúde-doença é algo herdado do modelo biomédico tradicional, que precisa ser superado.

Os estudantes associam saúde à alimentação adequada, além de outras atitudes e comportamentos, como: ingestão hídrica adequada, não consumir álcool, se expor ao sol com proteção, não fumar, realizar exames periodicamente, praticar atividade física, que são ações de autocuidado.

Em algumas falas, é possível evidenciar a influência do ambiente na saúde:

“... Porque não basta ficar comendo coisas saudáveis e fazer exercícios, tem que ter o ar limpo, o ambiente limpo. Você tá, fazendo um piquenique, às vezes não pode porque tá tudo sujo. Aí quando o ambiente tá limpo você pode ficar ali, se divertindo alegremente. E não ficar na sujeira, sentindo o cheiro daquilo...”. E22

A saúde deve envolver a complexidade das relações entre o indivíduo e o meio ambiente. A vida em contato com a natureza tem um conjunto de benefícios para a saúde humana, física e mental, além de representar mais uma possibilidade de aproximação entre esta e o indivíduo, devido à interação com os elementos naturais e as suas variações, promovendo assim o respeito pelo meio ambiente (Rodrigues & Darido, 2006; Sandell & Öhman, 2010).

Em consonância, autores afirmam que o conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá de valores individuais, concepções científicas, religiosas e filosóficas (Scliar, 2007; Quandt et al., 2014).

O ambiente poluído foi atrelado às doenças transmitidas por vetores, possivelmente, doenças prevalentes na comunidade em estudo devido à aproximação com o rio e quantidade excessiva de lixo doméstico, lançado nas ruas e quintais das moradias. O depoimento a seguir corrobora com essa visão:

“Tem, tem a ver com saúde... Jogar lixo na rua, uma coisa assim, aí uma pessoa passa, aí vem os pombos e urubus, aí polui tudo lá e fica sujo... aí uma pessoa pode ficar doente por causa dos mosquitos também”. E5

Quando questionados sobre a relação entre saúde e ambiente, alguns participantes relacionaram a poluição ambiental com a redução da quantidade de alimentos disponíveis, interferindo na nutrição humana e, conseqüentemente, na sua saúde. Outros estudantes relacionaram saúde e ambiente com a capacidade fotossintética que ao declinarem em número de espécies, em decorrência da poluição ambiental, poderiam afetar a saúde humana e o clima:

“Sim, porque os vegetais fazem parte do meio ambiente, não fazem? Então... pra botar na comida os vegetais, essas coisas”. E1

“É... pra mim tem... por causa da vegetação, das plantações essas coisas, um exemplo, tá cheio de poluição, petróleo essas coisas e a vegetação é a que faz a fotossíntese, ajuda a mudar o clima”. E3

O ambiente ora visto por alguns estudantes como potencial gerador de doenças é descrito por outros como ambiente que gera a vida, pois é a partir dele que o ser humano obtém alimentos que irão compor sua matéria orgânica e, a partir dele, tem disponível o oxigênio para respiração, como evidenciado nas falas seguintes:

“Tem a ver, porque da sujeira que nós fizemos, pode afetar nossa saúde, como botar fogo em pneu, vai poluir o ar, pode acabar com o oxigênio que temos”. E8

“Pra mim tem... a saúde a gente cuida com algumas coisas que tem no ambiente. Tipo, pra ser saudável algumas vezes tem que comer frutas, legumes, alimentos pra gente ficar saudável, que são do meio ambiente”. E12

O cuidado ambiental vai muito além da sustentabilidade disseminada na sociedade, que prioriza a preocupação em cumprir normas e diretrizes que concederão a garantia de recursos naturais para as gerações futuras usufruírem, é uma questão de vida. O ser humano é composto pelo que há no ambiente, por conseguinte, o ambiente é parte do ser humano.

A concepção de sustentabilidade não pode ser reducionista e aplicar-se apenas ao crescimento/desenvolvimento. A sustentabilidade envolve a sociedade, a educação, a política, a cultura, a arte, a natureza, o planeta e a vida de cada pessoa (Boff, 2015).

Estudo destaca a importância das parcerias entre educação, saúde e ambiente no contexto escolar, pois fortalecem a construção de uma postura protagonista do educando no cuidado ao ambiente em que vive (Lima & Miranda, 2015).

Entretanto, não um cuidado alienado, fundamentado no ativismo, ação sem reflexão, mas que mediatizado pela educação problematizadora leva o estudante a compreender que o ambiente é um determinante da saúde e mais do que isso, que há agentes produtores do modelo modernizante, de forma contundente, com que se tem acerbado a já forte segregação socioespacial das periferias, onde às dificuldades socioeconômicas decorrentes

dos salários baixos se aliam aos males que vêm com a poluição, com a precariedade dos serviços de saúde e com a falta de instalações públicas adequadas e de equipamentos culturais (Silva & Rainha, 2013).

4. CONCLUSÕES

Entre os estudantes participantes do estudo observou-se o predomínio da concepção naturalista sobre ambiente, reforçando a necessidade da educação ambiental nos currículos escolares como atividade nuclear, a fim de evitar contradições entre o ambiente apresentado nos livros didáticos e o contexto do aluno.

Quanto à concepção de saúde, houve predomínio da visão fundamentalmente associada aos comportamentos e atitudes, como alimentação adequada e prática de atividade física. O ambiente foi associado à saúde como fonte de alimentos e fornecedor de oxigênio para a respiração dos seres vivos.

A metodologia qualitativa de investigação permitiu o aprofundamento do universo de significados construídos pelo estudante acerca da saúde, do ambiente e a da relação entre ambos viabilizando futuras práticas educativas em saúde que façam sentido como parte da sua realidade social.

A pesquisa revelou a importância de se promover uma articulação entre saúde e ambiente, a partir do cuidado tridimensional, com vistas à construção de novos saberes que possam consolidar a elaboração de práticas educativas em saúde que sejam aplicadas em contextos semelhantes aos da comunidade pesqueira em tela. Ressaltando a noção de pertencimento e a possibilidade de despertar do cuidado como essência humana, a partir de uma consciência crítica e social mais profunda, para que o estudante possa compreender as diferentes dimensões da questão ambiental.

É fato que as questões ambientais não se esgotam na preservação e conservação da natureza. Portanto, promover reorientações nas questões socioambientais e de saúde suscitam um outro perfil do enfermeiro educador, comprometido não apenas com o cuidado do ser humano, mas com a transformação da relação homem/ambiente a partir do cuidado tridimensional.

Agradecimentos. Aos estudantes do 6º ano do Colégio Estadual Coronel Francisco Lima - SG, RJ.

5. REFERÊNCIAS

- Almeida Filho, N. (2011). *O que é saúde?* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Bardin, L. (2010). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Boff, L. (2013). *Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes.
- Boff, L. (2014). *O cuidado necessário*. Petrópolis: Vozes.
- Boff, L. (2015). *Sustentabilidade: o que é - o que não é*. Petrópolis: Vozes.
- Freire, P. (2014). *Educação e mudança*. São Paulo: Paz e Terra.
- Freire, P. (2016). *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Castro, J. A. T., & Marcano, N. (2013). Propuesta de innovación educativa mediante el uso de las TIC para la promoción de valores ambientales em la educación primaria venezolana. *Revista de investigación*, 37(79), 33-48.
- Gualdrón, L. M. V. (2012). Evolução do cuidado: de curanderas a enfermeras. *Revista Cuidarte*, 3(1), 410-415.
- Lima, S. M. P., & Miranda, M. H. R. (2015). Prática docente, pesquisa e iniciação científica: um olhar para questões ambientais na escola pública. *Revista Ambivalências*, 3(6), 237- 254.
- Loureiro, C. F. B., Layrargues, P. P., & Castro, R. S. de (orgs.). (2012). *Sociedade e meio ambiente: a Educação Ambiental em debate*. São Paulo: Cortez.
- Luz, R., Prudêncio, C. A.V ., & Caiafa, A. N. (2018). Contribuições da educação ambiental crítica para o processo de ensino aprendizagem em ciências visando à formação cidadã. *Investigações em Ensino de Ciências*, 23(3), 60-81.
- Mejía, A. M. B., Marín, L. B. M., & López, L. M. R. (2015). Incidencia de los procesos educacionales em los proyectos ambientales escolares. *Revista Lasallista de Investigación*, 12(2), 75-83.
- Pedrini, A., Costa, E. A., & Ghilardi, N. (2010). Percepção ambiental de crianças e pré-adolescentes em vulnerabilidade social para projetos de educação ambiental. *Ciência & Educação*, 16(1), 163-179.
- Quandt, F. L et al. (2014). Saúde Ambiental e atenção à saúde: construção e ressignificação de referências. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 22(2), 150-157.
- Reigota, M. (1991). O MA e suas representações no ensino em São Paulo, Brasil. *Unambiente*, 2(1), 27-30.
- Ribeiro, C. R. B. (2011). A influência dos rios do município de São Gonçalo sobre a qualidade das águas da Baía de Guanabara-RJ. Monografia (Graduação em Ciências Biológicas) - Faculdade de Formação de Professores, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Ribeiro, C. R. B., Saboia, V. M., & Souza, D. K. (2015). Environmental impact, work and health of artisanal fishermen: popular education in focus. *Revista de pesquisa cuidado é fundamental*, 7(3), 2835-2845.
- Rodrigues, C., & Junior, L. (2009). Ecomotricidade: sinergia entre educação ambiental, motricidade humana e pedagogia dialógica. *Motriz*, 15(4), 987- 995.
- Rodrigues, L., & Darido, S. (2006). Educação Física escolar e meio ambiente: reflexões e aplicações pedagógicas. *Educación Física y Deportes*, 100.
- Sandell, K., & Öhman, J. (2010). Educational potentials of encounters with nature: reflections from a Swedish outdoor perspective. *Environmental Education Research*, 16(1), 113-132.
- Sauvé, L. (1996). Environmental Education and Sustainable Development: A Further Appraisal. In *Paper presented to the Canadian Journal of Environmental Education*, 1(1), 7-34.
- Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 29-41.
- Silva, C. A., & Rainha, F. A. (2013). Metodologia de Ensino de Educação Ambiental em Escola Situada na Área Costeira da Baía de Guanabara. *Revista da Gestão Costeira Integrada*, 13(2), 181-192.

A TEMÁTICA DAS BOAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS NO CONTEXTO DO PROJETO POLÍTICO-PEDAGÓGICO DA RESIDÊNCIA

Elisabete Mesquita Peres de Carvalho¹, Leila Bernarda Donato Göttems² e Dirce Bellezi Guilhem¹

¹Universidade de Brasília, Brasil. elisabete_mpc@yahoo.com.br; guilhem@unb.br

²Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasil. leila.gottems@gmail.com

Resumo. Introdução: A educação e a saúde são espaços de produção de saberes destinados ao desenvolvimento humano. As mudanças na formação se operam de forma concomitante com a produção de muitos processos na gestão, no ensino, no serviço e na atenção. Objetivos: Verificar se os projetos pedagógicos dos cursos de residência obstétrica, de médicos (as) e enfermeiros (as), dos serviços de saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal contemplam as recomendações das diretrizes nacionais e internacionais de atenção ao parto normal. Métodos: Estudo descritivo, exploratório, com triangulação de dados, de abordagem qualitativa, por meio de análise documental realizada em oito projetos pedagógicos e análise de conteúdo de entrevistas com 35 preceptores. Resultados: Apenas os projetos pedagógicos do curso de enfermagem contemplam textualmente as recomendações do Ministério da Saúde e da Organização Mundial de Saúde relacionadas às boas práticas obstétricas. Segundo os preceptores, eles buscam o alinhamento entre a teoria e a prática desde a sala de aula até os cenários de práticas. Conclusões: Sugere-se que os conteúdos dos projetos pedagógicos dos cursos da residência sejam revistos e atualizados, sempre que necessário, visando corroborar com a formação adequada dos futuros profissionais.

Palavras-chave: Formação Profissional; Projeto Político-Pedagógico; Residência; Parto Normal.

THE THEME OF GOOD OBSTETRIC PRACTICES IN THE CONTEXT OF POLITICAL-PEDAGOGICAL PROJECT OF THE RESIDENCE

Abstract. Introduction: Education and health are spaces for the production of knowledge for human development. The changes in training take place concurrently with the production of many processes in management, teaching, service and care. Objectives: To verify if the pedagogical projects of the obstetric residency courses, of doctors and nurses, of the health services of the Secretariat of Health of the Federal District include the recommendations of the national and international guidelines of care for normal childbirth. Methods: Descriptive, exploratory study, with data triangulation, with a qualitative approach, through documentary analysis carried out in eight pedagogical projects and content analysis of interviews with 35 preceptors. Results: Only the pedagogical projects of the nursing course textually contemplate the recommendations of the Ministry of Health and the World Health Organization related to good obstetric practices. According to the preceptors, they seek the alignment between theory and practice from the classroom to the practice scenarios. Conclusions: It is suggested that the contents of the pedagogical projects of the residency courses be reviewed and updated whenever necessary in order to corroborate the appropriate training of future professionals.

Keywords: Professional Training; Political-Pedagogical Project; Internship and Residency; Natural Childbirth.

1. INTRODUÇÃO

A educação e a saúde são espaços de produção de saberes destinados ao desenvolvimento humano. Há interseção nestes dois campos quando da construção de saberes e práticas

pelos profissionais de saúde, o que os coloca num ciclo permanente de ensinar e de aprender. As políticas públicas de saúde demandam a formação adequada dos recursos humanos, tema instigante pelas transformações que requer para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) (Celedônio, Jorge, dos Santos, de Freitas, & de Aquino, 2012).

A formação na modalidade “residência em saúde” é considerada uma modalidade de treinamento em serviço, que tem como base a aprendizagem pela prática cotidiana, a partir da exposição a situações próprias para a formação, que representam momentos do dia a dia profissional, planejados de forma didática. Além de contribuir para a construção ideológica pautada pela ética e pela identidade profissional, a sua compreensão não se limita à de um projeto educacional de especialização isolado, mas também de formação de força de trabalho nas instituições mantedoras de programas e de um espaço de política de saúde (Feijó, Fakhouri Filho, Nunes, & Augusto, 2019).

Na perspectiva teórica de Sacristán (2013), o papel do professor é determinante para a formação crítica do indivíduo. Ressalta que toda experiência pedagógica supõe o propósito de mediação, correção e estímulo da experiência do encontro entre um sujeito que exerce uma série de funções sobre o sujeito que desenvolve diversas capacidades, atuando para sua transformação e enriquecimento. Esse encontro, se adequadamente mediado e motivado, pode ser significativo, relevante e desafiador.

O cenário de formação é um desafio pedagógico a ser enfrentado pelos programas de residência. Assim, a construção das transformações esperadas implica formulação e utilização de um conjunto de estratégias para reflexão e produção de desconfortos, mobilização e construção de tecnologias para responder às novas situações, pois não há um elemento isolado que, incentivado, dê conta de desencadear as mudanças necessárias. Por isso, não se pode pensar em mudanças na formação sem a produção concomitante de muitos processos de ação nos territórios e nas unidades construídas de modo compartilhado (Feuerwerker, 2014). No cenário da produção de saúde, o sistema de saúde brasileiro ainda tem grandes desafios para a oferta de atenção integral e de qualidade às mulheres. Todavia se identificam cenários com potencial de agir sinergicamente para uma efetiva mudança na atenção ao parto e nascimento com a implementação de boas práticas perinatais como política pública (Carvalho, Amorim, Santana, & Göttems, 2019).

Em vista disso, verifica-se a importância dos projetos pedagógicos como guia dos processos de ensino-aprendizagem nos cenários de ensino-serviço. Perante esse contexto e a

premissa de que os cursos de residência obstétrica se propõem a formar profissionais preparados para atender à mulher de forma integral e humanizada, alinhados às políticas norteadoras da promoção do parto e nascimento e orientados pelos princípios e diretrizes do SUS, este estudo tem como objetivo verificar se os projetos pedagógicos dos cursos de residência obstétrica, de médicos(as) e enfermeiros(as), dos serviços de saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal contemplam as recomendações das diretrizes nacionais e internacionais de atenção ao parto normal.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com triangulação de dados, de abordagem qualitativa, por meio de análise documental e análise de conteúdo. A análise documental consiste em buscar identificações factuais nos documentos a partir de questões e hipóteses de interesse (Lüdke & André, 1986). Na análise dos documentos, espera-se responder a seguinte questão: As recomendações das diretrizes nacionais e internacionais de atenção ao parto estão contempladas textualmente nos projetos pedagógicos dos cursos de residência em obstetrícia? E, nas entrevistas, fez-se o questionamento: Como as boas práticas de atenção ao parto e nascimento são abordadas durante o programa de residência (O que é ensinado? Como é ensinado?)? Que práticas demonstrativamente úteis são utilizadas pelos residentes no trabalho de parto?

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado (Minayo, 2014). A triangulação de dados surge como uma estratégia de diálogo entre áreas distintas de conhecimento, capaz de viabilizar o entrelaçamento entre a teoria e a prática e de agregar múltiplas fontes de evidência em relação a um mesmo conjunto de questões, visando corroborar a mesma descoberta (Ribeiro, Brandão, & Costa, 2016).

Esta pesquisa foi realizada nos serviços de obstetrícia da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Os projetos pedagógicos dos cursos de residência de Enfermagem e Medicina foram os documentos analisados neste estudo. Complementarmente, realizaram-se entrevistas individuais com 35 preceptores. A supervisão do processo de formação é efetuada atualmente por 15 enfermeiros e 64 médicos da rede. Foram convidados preceptores de todos os serviços, o que caracteriza a amplitude da pesquisa. Participaram 35 preceptores, sendo 14 enfermeiros e 21 médicos. A amostra foi não probabilística e adotou critérios de conveniência (Vergara, 2009). Utilizou-se, como parâmetro da saturação

amostral, o esgotamento de novos assuntos no discurso dos respondentes (Flick, 2009). Os critérios de inclusão foram elaborados para cada uma das etapas deste estudo – em relação aos documentos: projeto pedagógico dos cursos de residência em medicina e enfermagem dos oito hospitais onde se realizam as atividades práticas; em relação aos preceptores: ser médico ou enfermeiro, atuar como preceptor e desejar participar na pesquisa, voluntariamente. Os projetos foram obtidos a partir de agosto de 2017, mediante solicitação por correspondência eletrônica (e-mail) para os coordenadores das Comissões de Residência Médica (COREME) e para a Coordenadora da Residência em Enfermagem Obstétrica. Para análise dos projetos pedagógicos, empregaram-se técnicas usuais de análise de conteúdo a fim de decifrar, em cada texto, o núcleo emergente que atendesse ao propósito da pesquisa. Essa etapa consistiu num processo de codificação, interpretação e de inferências sobre as informações contidas nos projetos (Minayo, 2014).

As entrevistas com os preceptores dos cursos de residência foram realizadas entre março e junho de 2018 e foram analisadas por meio da análise de conteúdo, que aconteceu em três etapas. A primeira etapa foi realizada por meio da leitura flutuante do material transcrito, de forma a permitir apreender e organizar, aspectos importantes para as fases seguintes da análise; a segunda etapa consistiu na exploração do material e no agrupamento do texto em categorias pré-estabelecidas; e a terceira etapa, o tratamento e a interpretação dos dados, permitiu a realização de inferências dos conteúdos obtidos na entrevista (Bardin, 2011; Minayo, 2014). Este estudo seguiu as determinações da Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – CEP/SES/DF sob o Parecer Nº 2.166.900 de 10 de julho de 2017.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Análise dos Projetos Pedagógicos dos cursos

O projeto político-pedagógico implica em estratégias e propostas práticas de ação. Para educar não basta indicar um horizonte e um caminho para se chegar lá. É preciso indicar como se chega lá e fazer o caminho juntos. O projeto deve indicar grandes perspectivas, quais os valores que orientam a ação educativa, as ideologias em jogo, uma discussão do contexto local, nacional e internacional. Ele deve retratar as aspirações, ideais e anseios da

comunidade acadêmica. Projetar é escolher, decidir. E a escolha, a decisão, são categorias pedagógicas essenciais ao ato educativo (Gadotti, 2016).

Na modalidade de ensino da residência, onde 80% a 90% do curso se dá no cenário da prática assistencial, destaca-se a relevância do planejamento das ações do projeto pedagógico, não apenas sobre o que é ensinado, mas como é ensinado. Para Freire (2018), nas condições de verdadeira aprendizagem, os educandos vão se transformando em reais sujeitos da construção e da reconstrução do saber ensinado, ao lado do preceptor, igualmente sujeito do processo. Nos projetos político-pedagógicos buscou-se verificar se as políticas públicas relacionadas ao parto e nascimento estavam contempladas, conforme as recomendações do Ministério da Saúde (MS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS). Inicialmente foi feita uma organização do material, leitura dos projetos buscando sínteses coincidentes e divergentes de ideias, e posteriormente foram definidas as seguintes categorias de análise: Aspectos estruturais dos Projetos; Perfil de Competências do Egresso e, por último, Políticas públicas norteadoras do parto normal.

Quadro 1. Projetos político-pedagógicos do Programa de Residência Médica.

Brasília/DF, 2019.

Aspectos estruturais	Perfil de competência dos egressos
Diretrizes pedagógicas	Conhecer e interpretar os principais aspectos epidemiológicos, demográficos e sócio-econômico-culturais que interferem na saúde das mulheres
Objetivos gerais e específicos	Desenvolver conhecimentos para o adequado entendimento da relação entre alterações psíquicas e distúrbios tocoginecológicos
Processo avaliativo discente	Praticar a assistência pré-natal de baixo e alto risco; e capacitar na prevenção, diagnóstico e tratamento das principais intercorrências clínicas e obstétricas
Autoavaliação do programa	Desenvolver capacidade de julgamento e discernimento para indicação de exames e tratamentos eficazes e eficientes
Corpo docente/ano	Capacidade comunicativa com pacientes, colegas, profissionais da área e demais pessoas envolvidas com o tratamento
Programa teórico e prático	Capacidade de trabalho em equipe de forma harmoniosa.
Duração e carga horária total	Observância dos princípios éticos
Atribuições do supervisor	Compromisso e responsabilidade profissional
Atribuições do preceptor	Formar especialistas com conhecimentos, habilidades e competências para a atuação dentro da rede do SUS e da saúde suplementar
Perfil e competência do egresso	Atendimento integral da saúde da mulher de forma humanizada
Critérios para a conclusão do PRM e para certificação	Promover maior interação ensino-serviço.

O Quadro 1 apresenta as duas categorias identificadas nos Projetos da Residência Médica, seguidas das unidades de registro. Os aspectos estruturantes do projeto pedagógico, bem como as competências a serem desenvolvidas pelos egressos são similares nos projetos dos programas de residência médica analisados. Para além dos conteúdos, é preciso insistir que os significados dos objetivos educacionais não podem estar circunscritos aos conteúdos

dos limites estabelecidos pelas tradições acumuladas, mas que podem e devem ser revisados e modificados (Sacristán, 2013).

Embora o Brasil tenha editado políticas, programas e estratégias, desde a década de 1980, a implementação nos serviços de saúde ainda é uma agenda incompleta. Dos 3 milhões de partos ocorridos anualmente, 55,5% são por cesariana, apesar da crescente criação de Centros de Parto Normal e de movimentos em prol do parto normal terem ganhado força (Mascarenhas, 2019).

Quadro 2. Projeto político-pedagógico do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica. Brasília, 2019.

Aspectos estruturais	Perfil de competências dos egressos	Políticas públicas norteadoras da promoção do parto normal
Diretrizes pedagógicas	Conhecer e aplicar as Políticas Públicas de Saúde Materna e Perinatal	Utilizar as referências norteadoras da promoção do parto normal.
Objetivos gerais e específicos	Prestar assistência e cuidados de enfermagem de forma sistematizada, integral e humanizada à mulher no ciclo gravídico-puerperal, bem como a seu recém-nascido e familiares, no âmbito da assistência primária e secundária	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
Processo avaliativo discente	Assistir a mulher em situações de emergência obstétrica	Relatório Técnico da OMS/MS – Assistência ao Parto Normal: um guia prático
Autoavaliação do programa	Assistir a mulher e seus familiares em situações de violência	Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
Corpo docente/ano	Assistir à mulher, no ciclo gravídico-puerperal, com intercorrências clínicas e patologias obstétricas	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
Programa teórico e prático	Desenvolver capacidade crítico-reflexiva relacionada à prática profissional	Programa da Rede Cegonha.
Duração e carga horária total	Planejar e executar programas educativos para os usuários e equipe de enfermagem	
Perfil e competência do egresso	Prestar cuidados baseados em evidências científicas, primando pelos princípios éticos da profissão	
	Estimular a promoção de mudanças de paradigmas assistenciais, voltados à prática da saúde baseada em evidências científicas	

O Quadro 2 apresenta as três categorias identificadas, seguidas das unidades de registro. O projeto político-pedagógico do curso de residência de enfermagem traz, de forma contextual, todos os programas e políticas do Ministério da Saúde para estimular a promoção do parto normal e humanizado. Faz referência ao Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Brasil, 1984), que foi criado com o objetivo de melhorar a saúde da população feminina, abrangendo as necessidades e demandas em todas as fases e ciclo de vida, reduzindo a morbimortalidade. Faz referência ao Relatório técnico “Assistência ao parto normal: um guia prático” (OMS, 1996), que classifica as práticas segundo utilidade, eficácia

e risco, para orientar a conduta do profissional no manejo do trabalho de parto e parto. A partir desse documento, foi possível a provocação dos profissionais para repensar o parto como um evento que transcende aspectos estritamente biológicos. O Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (Brasil, 2000), que tem como objetivo reorganizar a assistência ao ciclo gravídico-puerperal, ampliar o acesso e garantir a qualidade da assistência, também é citado. Traz a Rede Cegonha (Brasil, 2011) como estratégia inovadora do MS que tem como prioridade a redução da mortalidade materna e infantil, por meio da ampliação e qualificação das ações e serviços de saúde, do combate à violência obstétrica, da oferta das boas práticas e da redução da medicalização e mercantilização do parto. Como a última atualização do projeto político-pedagógico do curso de enfermagem foi em 2016, não contempla, portanto, a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (Brasil, 2017), que é o mais novo documento do MS. Essa diretriz foi elaborada por um grupo multiprofissional e multidisciplinar que visa orientar as mulheres brasileiras, os profissionais de saúde e os gestores, nos âmbitos público ou privado, sobre importantes questões relacionadas às vias de parto, indicações e condutas, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis. Entre o escopo e as finalidades almejadas, propõe-se a promover modificações na prática clínica, uniformizar e padronizar as práticas utilizadas na assistência ao parto normal; diminuir a variabilidade injustificada de condutas entre os profissionais; reduzir intervenções desnecessárias; difundir e aumentar as melhores práticas baseadas em evidências e fazer recomendações contra ou a favor de algumas práticas no processo de decisão e condução da assistência ao parto normal. O Projeto pedagógico do curso de enfermagem traz conteúdos que corroboram a promoção de mudanças de paradigmas assistenciais, voltados à prática da saúde baseada em evidências científicas. Para Leal (2019), a presença da enfermeira obstetra na equipe de atenção ao parto está associada a mais acesso às boas práticas recomendadas pela OMS, consequentemente a melhores resultados no trabalho de parto e parto; redução de intervenções desnecessárias, inclusive cesarianas; aumento da satisfação das mulheres com o atendimento recebido e melhores resultados perinatais.

3.2 Análise das entrevistas com os preceptores

Dentre os participantes (n=35), 40% são enfermeiros e 60%, médicos. Com relação ao sexo, 74,28% são do sexo feminino e 25,72% do sexo masculino. A média de idade foi de 45 anos, sendo a média do tempo de curso, de 20 anos e do tempo de atuação na preceptoria, 8 anos. Dentro do objetivo proposto, visando complementar as informações dos documentos

investigados, buscou-se verificar na fala dos preceptores como as boas práticas são discutidas no programa de residência, o que é abordado, como é abordado, e quais práticas demonstrativamente úteis são mais utilizadas no serviço. Os participantes foram referenciados pela categoria profissional (M=médico e E=enfermeiro), seguido de número cardinal (E1 ou M1, e assim sucessivamente).

Quadro 3. Ensino das boas práticas no programa de residência, segundo os preceptores.

Brasília, 2019

M5	É discutido não só o que está nos livros textos como também em relação às diretrizes das boas práticas em relação ao parto, às recomendações da OMS de 1996 e às diretrizes atuais do Ministério da Saúde.
M9	É visto no programa teórico-prático juntamente com os demais itens que constam da programação teórica e é ensinado na prática do dia a dia.
M14	Todo começo do ano tem as aulas teóricas, então no começo de cada ciclo que entram os residentes, eles têm as aulas teóricas, e uma das aulas é sobre as boas práticas, então eles têm aula teórica sobre boas práticas em obstetrícia, nascimento, puerpério, isso todo ano é feito, e na parte prática é empenho do residente e espelho do preceptor.
M17	Então, nós discutimos isso de forma teórica, com artigos publicados, as recomendações do Ministério da Saúde (MS), os guias do MS e, durante o plantão, isso é colocado em prática, tem sido feito da maneira como é recomendado.
E4	Hoje em dia, a prática já condiz mais com a teoria e desde o início, desde políticas públicas do primeiro módulo, a gente já traz os protocolos, as evidências e as reflexões da prática continuam também. Então, sempre baseados em evidências, não só aquele modelo de repetição, do porquê. Então, a residência é pautada, ela é sedimentada nessas boas práticas.
E5	A formação na residência em enfermagem é voltada pra fazer a diferença na atenção à mulher e à criança, então na inserção deste enfermeiro no serviço é condicionado às boas práticas sabidamente por pesquisas e evidências científicas ser o melhor para a mãe e o bebê nesse momento.
E6	Olha, a residência ela veio para realmente mudar o que era errado e a gente inserir as boas práticas no parto. Uma coisa mais importante da residência não é apenas o conhecimento, nem pegar menino, é a gente fazer aquilo que o OMS já orienta há muito tempo, e deixar a mulher parir no seu tempo, a gente tendo o conhecimento, tendo todo o conhecimento técnico-científico, mas a gente respeitar essa mulher.
E8	Então, na verdade o que a gente busca é um alinhamento entre o conteúdo teórico e a prática. Na parte teórica é muito tranquilo porque o nosso cuidado, o nosso ensino, ele já é embasado em evidências né, então a gente pega o que tem mais de recente pra respaldar né, e pra gente passar isso para o residente.
E13	Durante o desenvolvimento da residência, eles têm uma oficina, tem tutoria sobre boas práticas, seria a parte teórica e aqui eles vêm para aplicar, seria a parte prática do que eles já aprenderam na teoria, então eles vêm pra cá, atendemos pacientes, aí são orientados por nós com todos os recursos e mecanismos facilitadores das boas práticas e eles aprendem junto com a gente, assistindo a gente a fazer e fazendo junto com a gente essas boas práticas.

O quadro 3 é um apanhado das respostas relacionadas a como as boas práticas são abordadas durante o programa de residência (O que é ensinado? Como é ensinado?). Buscou-se fazer uma interação entre o conteúdo manifesto nos documentos com o conteúdo das falas dos respondentes. Segundo os preceptores, eles ensinam as boas práticas recomendadas pelas diretrizes nacionais e internacionais de assistência ao parto normal e buscaram o alinhamento entre a teoria e a prática desde a sala de aula até os cenários de práticas. No entanto, quando se analisam os projetos da medicina, verificam-se lacunas quanto à descrição de políticas públicas com referências à promoção das boas práticas no parto normal.

Considera-se que parte dos preceptores de hoje ainda são fruto do modelo de formação antigo que viveram como alunos-residentes e reproduzem os modelos biomédicos e hospitalocêntricos, fugindo à promoção da prática problematizadora que leva o aluno/residente a questionar e refletir sobre os fatos com os quais deparam, levando à formação de uma consciência crítica. E pensar não é somente “raciocinar” ou “calcular” ou “argumentar”, como nos tem sido ensinado, mas é sobretudo dar sentido ao que somos e ao que nos acontece (Freitas et al., 2016).

A necessidade de mudança na formação profissional com sustentação teórico-prática do cuidado obstétrico humanizado é uma das estratégias pensadas pela Rede Cegonha (Brasil, 2011) para a implementação de uma assistência que privilegie o bem-estar da parturiente e do recém-nascido. Além disso, tal modelo busca ser o menos invasivo possível, considerando tanto os processos fisiológicos quanto os psicológicos e o contexto sociocultural. Considera-se que reaprender é muito mais difícil que aprender na formação inicial, e que a mudança no modelo de atenção ao parto pode se dar por meio da formação adequada de novos profissionais, forjados na *expertise* das boas práticas obstétricas. Com base nisso, é fundamental refletir sobre as perspectivas de formação que transcendam as abordagens de natureza técnico-pedagógica, pois o processo educativo é essencialmente social, relacional, comunicativo e político (Paula, 2018).

Práticas demonstrativamente úteis mais utilizadas no serviço, segundo os preceptores a Tabela 1 representa a quantificação das respostas em ordem de recorrência sobre as principais práticas demonstrativamente úteis citadas pelos respondentes. Os métodos não farmacológicos de alívio da dor foram os mais citados, tanto pelas enfermeiras como pelos médicos. Eles citaram a massagem, os exercícios respiratórios, o banho morno relaxante, o uso da bola e do cavalinho como práticas mais comuns utilizadas no manejo do parto.

Tabela 1. Principais práticas demonstrativamente úteis citadas pelos participantes.
Brasília, 2019

Práticas demonstrativamente úteis	Frequência			
	Enfermeiros		Médicos	
	Nº	%	Nº	%
Métodos não farmacológicos de alívio da dor	14	100,0%	13	61,9%
Presença do acompanhante	11	78,5%	16	76,1%
Deambulação	13	92,8%	8	38,0%
Liberdade de posição e movimento	11	78,5%	8	38,0%
Clampeamento oportuno do cordão/contato pele a pele/ amamentação na primeira hora pós-parto	5	35,7%	8	38,0%
Posições alternativas no parto	8	57,1%	4	19,0%
Alimentação e líquidos durante o trabalho de parto	5	35,7%	9	42,8%
Apoio/Suporte	6	42,8%	3	14,3%

A presença do acompanhante foi a segunda prática mais citada pelos respondentes. O acompanhante é uma personagem indispensável durante o trabalho de parto (TP) e parto normal, pois fornece à mulher apoio emocional, tranquilidade, segurança, conforto, e assim minimiza as suas preocupações e medos e torna o nascimento humanizado (Dias, Ferreira, Martins, de Jesus Nunes, & Alves, 2018). A deambulação, método não farmacológico que promove uma tolerância maior da parturiente quanto à dor no trabalho de parto, foi a terceira prática mais citada (Araújo et al., 2018).

Foram citadas também, a liberdade de posição e movimento, clampagem oportuna do cordão, contato pele a pele, amamentação na primeira hora pós-parto, posições alternativas no parto, utilização de alimentos e líquidos durante o TP e parto e o apoio/suporte emocional. E, assim, os preceptores de ambos os programas de residência mostram na prática e discutem na teoria a importância da utilização das práticas demonstrativamente úteis para desfechos perinatais positivos.

4. CONCLUSÕES

Observou-se que o projeto político-pedagógico do curso de enfermagem contempla as recomendações do MS e da OMS. O curso tem como eixo norteador a ideologia do cuidado centrado na mulher, o incentivo à utilização das boas práticas obstétricas, a redução das intervenções desnecessárias, a desmedicalização da saúde, o fomento à autonomia e o protagonismo da mulher. Concebe a assistência de enfermagem como uma construção compartilhada, na qual as preceptoras se orientam pelo princípio da não intervenção.

Os projetos político-pedagógicos da residência médica ainda não contemplam de forma textual as recomendações do MS e da OMS relacionadas à temática das boas práticas no parto e nascimento. Considerando a interação entre gestão, ensino, serviço e atenção e as políticas intergovernamentais articuladas entre Ministério da Saúde e Ministério de Educação, recomenda-se que os conteúdos dos projetos pedagógicos dos cursos da residência sejam revistos, visando corroborar a formação adequada dos futuros profissionais.

A investigação qualitativa foi determinante para o êxito deste estudo, pois consegue aprofundar a análise e desvendar o conteúdo latente, revelando a necessidade de fortalecer o processo de ensino, cuidado e gestão na prática da preceptoria. Para tanto, faz-se necessário que os serviços de saúde pesquisados possam viabilizar a reformulação dos

projetos pedagógicos de forma a contemplar as recomendações do MS e da OMS; que os preceptores, enquanto sujeitos ativos de mudança, possam colaborar na discussão e reestruturação dos projetos, com vistas a promover a formação de profissionais com formação crítica, reflexiva, comprometidos com a vida e com a saúde da mulher e da criança. As limitações desta pesquisa estão relacionadas à coleta de dados dos projetos pedagógicos de médicos e enfermeiros apenas (curso de pós-graduação *lato sensu*), não permitindo a análise de projetos pedagógicos de outras especialidades que, de alguma forma, façam interface com o binômio mãe-filho. Considera-se que a investigação qualitativa é relevante para continuar a problematizar as boas práticas em obstetrícia, sobretudo no parto normal, as quais podem ser aprofundadas por pesquisas futuras.

5. REFERÊNCIAS

- Aragão, H. T., Vieira, S. S., de Santana Fernandes, É. T., & da Silva, G. M. (2017). Trabalho de parto e os métodos não farmacológicos para alívio da dor: revisão integrativa. In *Congresso Internacional de Enfermagem* (v. 1, n. 1).
- Araújo, A. D. S. C., de Medeiros Correia, A., Rodrigues, D. P., Lima, L. M., de Santana Gonçalves, S., & da Silva Viana, A. P. (2018). Non-pharmacological methods in home birth. *Journal of Nursing UFPE on line*, 12(4), 1091–1096.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Brasil. (1984). Ministério da Saúde. *Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde/MS.
- Brasil. (2000). Ministério da Saúde. Portaria n. 569, de 1º de junho de 2000. Dispõe sobre o Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília-DF, 8 jun. 2000, Seção 1:4.
- Brasil. (2011). Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011*. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2017). Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. *Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal: versão resumida*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Carvalho, E. M. P. de, Amorim, F. F., Santana, L. A., & Göttems, L. B. D. (2019). Avaliação das boas práticas de atenção ao parto por profissionais dos hospitais públicos do Distrito Federal, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(6), 2135–2145.
- Celedônio, R. M., Jorge, M. S. B., dos Santos, D. C. M., de Freitas, C. H. A., & de Aquino, F. O. T. P. (2012). Políticas de educação permanente e formação em saúde: uma análise documental. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 13(5), 1100–1110.
- Dias, E. G., Ferreira, A. R. M., Martins, A. M. C., de Jesus Nunes, M. M., & Alves, J. C. S. (2018). Eficiência de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto normal. *Enfermagem em Foco*, 9(2), 35–39.
- Feuerwerker, L. C. M. (2014). *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Porto Alegre: Rede Unida.

- Feijó, L. P., Fakhouri Filho, S. A., Nunes, M. D. P. T., & Augusto, K. L. (2019). Resident as a Teacher: an Introduction to Teaching. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 43(2), 225–230.
- Flick, U. (2009). *Introdução à pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.
- Freire, P. (2018). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Freitas, D. A., Santos, E. M. S., Lima, L. V. S., Miranda, L. N., Vasconcelos, E. L., & Nagliate, P. C. (2016). *Saberes docentes sobre processo ensino-aprendizagem e sua importância para a formação profissional em saúde*. *Interface (Botucatu)*, 20(57), 437–448.
- Gadotti, M. (2016). *Dimensão política do projeto pedagógico da escola*. Secretaria de Estado da Educação de Minas Gerais, Diretoria de Capacitação de Recursos Humanos PROCAD – Projeto de Capacitação de Dirigentes Fase Escola Sagarana. Acervo Moacir Gadotti.
- Sacristán, J. G. (2013). *Saberes e incertezas sobre o currículo*. Porto Alegre: Penso.
- Leal, M. D. C., Bittencourt, S. D. A., Esteves-Pereira, A. P., Ayres, B. V. D. S., Silva, L. B. R. A. D., Thomaz, E. B. A. F., ... & Domingues, R. M. S. M. (2019). Progress in childbirth care in Brazil: preliminary results of two evaluation studies. *Cadernos de Saúde Pública*, 35, e00223018.
- Lüdke, M., & André, M. (1986). *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU.
- Mascarenhas, V. H. A., Lima, T. R., Silva, F. M. D. e, Negreiros, F. S., Santos, J. D. M., Moura, M. A. P., Gouveia, M. T. O., & Jorge, H. M. F. (2019). Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para alívio a dor do parto. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32(3), 350–357.
- Minayo, M. C. D. S. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 4. ed. São Paulo: Hucitec.
- Organização Mundial de Saúde (1996). *Saúde Materna e Neonatal. Unidade Maternidade Segura, Saúde Reprodutiva e da Família. Assistência ao parto normal: guia prático*. Genebra (SW): OMS.
- Paula, L. C., & de Mello, R. R. (2018). A práxis histórica de Paulo Freire como fundamentação para as pesquisas sobre formação de educadores. *Reflexão e Ação*, 26(1), 06–23.
- Ribeiro, J. M., Brandão, C., & Costa, A. P. (2016). Metodologia de estudo de caso em saúde: contributos para a sua qualidade. In: Oliveira, E., Barros, N., Silva, R., organizadores. *Investigação qualitativa em saúde: conhecimento e aplicabilidade*. Oliveira de Azeméis: Ludomedia. p. 143–160.
- Vergara, S. C. (2009). *Projetos e relatórios de pesquisa em Administração*. São Paulo: Atlas.

MÉTODO QUALITATIVO POTENCIALIZADO PELA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Victoria Grassi Bonamigo¹, Deborah Ribeiro Carvalho¹ e Marcia Regina Cubas¹

¹Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil. victoria.grassi@outlook.com; ribeiro.carvalho@pucpr.br; m.cubas@pucpr.br

Resumo. Introdução: Fenômenos complexos são comuns na área da saúde. Para melhor compreensão dos mesmos vale-se do detalhamento conceitual, visando a padronização do conceito. Objetivo: Discutir método misto desenvolvido e empregado para elaboração de modelo teórico em rede do conceito de violência de gênero. Métodos: A partir de busca sistemática, foram coletados 195 conceitos de violência de gênero e termos substitutos, os quais foram analisados com base na teoria evolucionária de Rodgers. Foi utilizada a tarefa de descoberta de regras de associação do processo de Knowledge Discovery in Databases, método suportado pela inteligência artificial, para identificar relações consequenciais e causais entre antecedentes, atributos e consequentes identificados na análise conceitual. A interpretação da validade das regras descobertas para violência de gênero foi realizada por meio de análise de conteúdo. Resultados: Este método misto possibilitou o uso de termos substitutos do termo “violência de gênero”, potencializando a análise conceitual. O uso de recurso da inteligência artificial permitiu a identificação de relações entre a construção dos conceitos incluídos na análise.

Palavras-chave: Análise Qualitativa; Formação de Conceito; Violência de Gênero.

QUALITATIVE METHOD ENHANCED BY ARTIFICIAL INTELLIGENCE: AN EXPERIENCE REPORT

Abstract. Introduction: Complex phenomena are common in healthcare. For the purpose of improve the understanding of these phenomena, the conceptual detail is used, aiming the standardization of the concept. Objective: The aim of this article is to discuss a mixed method developed and employed to develop a theoretical network model of the concept of gender violence. Method: From a systematic search, 195 concepts of gender violence and substitute terms were collected, which were analysed based on Rodgers' evolutionary theory. It was used the function of discovering association rules of the Knowledge Discovery in Databases process, a method supported by artificial intelligence, to identify consequential and causal relationships between antecedents, attributes and consequents identified in the previous conceptual analysis. The interpretation and validation of the discovered rules for gender violence was carried out through content analysis. Results: This mixed method made it possible to use substitute terms for the term “gender violence”, enhancing conceptual analysis. The use of artificial intelligence resources allowed the identification of relationships between the construction of the concepts included in the analysis.

Keywords: Qualitative Analysis; Concept Formation; Gender-Based Violence.

1. INTRODUÇÃO

A utilização de métodos mistos está em ascensão, uma vez que a combinação de métodos qualitativos e quantitativos oferece maior suporte para investigação de fenômenos complexos (Santos et al., 2017). Comuns na área da saúde, fenômenos complexos são provenientes da interação imprevisível entre agentes em um sistema, ou seja, da

subjetividade que permeia a interação humana (Furtado, Sakowski, & Tóvolli, 2015). Uma das estratégias utilizadas para auxiliar a compreensão de fenômenos complexos é o detalhamento de seus conceitos. A conceituação ocorre para padronizar a linguagem de referência, entretanto, é utilizada de forma variada em diferentes áreas do conhecimento.

Rodgers (1989) afirma que a conceituação de fenômenos contribui para o desenvolvimento e manutenção do conhecimento. A autora compreende que os conceitos são cíclicos, evidenciando o processo de uso, aplicação e significado deles. Assim, desenvolveu um método para analisar conceitos de forma não estática, observando seus atributos, antecedentes e consequentes.

A análise conceitual de Rodgers (1989) se vale de métodos de análise qualitativa, por ser fortemente influenciado pela necessidade de análise semântica e de significados para constituir uma forte relação entre os atributos, antecedentes e consequentes.

Por sua vez, o processo de *Knowledge Discovery in Databases* (KDD) pode contribuir para o entendimento de conceito, por meio de sua principal finalidade - a descoberta de padrões novos, válidos, compreensíveis e úteis. O KDD é organizado em três etapas: pré-processamento, mineração de dados e pós-processamento. Em especial, a etapa de pós-processamento consiste na interpretação dos dados resultantes da etapa de mineração dos dados. A estratégia a ser utilizada no pós-processamento depende do objeto a ser investigado (Fayyad, Piatetsky, & Smyth, 1996; Carvalho et al., 2012).

O objetivo desse relato é descrever e discutir a organização de método misto desenvolvido e aplicado em projeto de mestrado, desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde, sediado na Pontifícia Universidade Católica do Paraná, no Brasil. O projeto propõe a elaboração de um modelo teórico em forma de rede semântica para a representação da violência de gênero. Durante o desenvolvimento da pesquisa, foi levantada a seguinte questão norteadora: como identificar a generificação de diferentes tipologias de violência? A fim de responder esta questão, foi proposto a utilização da análise de conteúdo Bardin (2016), como estratégia de pós-processamento de KDD.

O método relatado parte da utilização da análise conceitual de Rodgers, cinco termos substitutos foram analisados e associados entre si, utilizando *Knowledge Discovery in Databases* (KDD), recurso da inteligência artificial. Os resultados da mineração de dados foram interpretados por meio da análise de conteúdo, proposta por Bardin (2016).

Foi adotado o *software* de pesquisa qualitativa ATLAS.ti® para dar suporte ao processo de análise de conteúdo. Esta ferramenta organiza a categorização e inferências feitas pelo pesquisador, por meio de códigos e *memos*. O software apresenta, ainda, a possibilidade de codificação não hierárquica, anotações (*memos*) no decorrer do documento, além da conectividade entre o texto selecionado e seus códigos demonstrada, também, em forma de nuvem e teia (Paulus & Leaster, 2016; Júnior & Leão, 2018).

2. MÉTODOS

2.1 Análise conceitual evolucionária de Rodgers

Com a concepção cíclica, dinâmica e ampla acerca do conceito, Rodgers (1989) propõe que a análise conceitual deve elucidar a aplicação do conceito. A primeira etapa apontada por Rodgers (1989) é a identificação do conceito de interesse, momento no qual o pesquisador seleciona o termo que melhor se aproxima do conceito que se deseja estudar.

A próxima etapa consiste em definir a estratégia de coleta de dados, a qual deve estar cuidadosamente alinhada com o objetivo da análise pois define o contexto em que o conceito será analisado (Barry et al., 2018). Define-se o tipo de material que será utilizado para compor o *corpus* da análise, a estratégia de busca dos documentos e os critérios de seleção, inclusão e exclusão dos conceitos.

Os conceitos selecionados devem ser organizados, preferencialmente, em planilhas, para facilitar a identificação qualitativa dos antecedentes, atributos e consequentes. Por atributo entende-se características definidoras de um termo de maneira real, por meio de expressões ou palavras utilizadas para a representação do fenômeno ilustrado pelo conceito de interesse (Rodgers, 1989; Alves, Salvador, & Tourinho, 2014; Alves, Santos, & Dantas, 2015). Os atributos estão diretamente conectados aos antecedentes e aos consequentes, uma vez que remetem a fenômenos que precederam ou sucederam o fenômeno representado pelo conceito de interesse (Oliveira, Araújo, & Zago, 2018). Desta forma, analisa-se a construção do conceito de interesse a partir de diversas aplicações do mesmo em distintas áreas. Para ilustrar esta construção, indica-se a elaboração de caso modelo único, ou seja, de um caso hipotético que contemple os antecedentes, atributos e consequentes do conceito analisado.

2.2 Knowledge discovery in databases

O processo *Knowledge discovery in databases* (KDD) que tem por objetivo potencializar o uso de bases de dados, a partir da descoberta de informações potencialmente úteis, está organizado em três etapas: pré-processamento, mineração de dados e pós-processamento (Fayyad, Piatetsky, & Smyth, 1996). O pré-processamento consiste desde selecionar os dados a serem “minerados”, resolver possíveis inconsistências até formatá-los conforme o requisito imposto pelos algoritmos de mineração de dados (Carvalho et al., 2012).

A etapa da mineração de dados justifica a consideração de que o KDD é um método ancorado pela Inteligência Artificial, uma vez que as informações potencialmente úteis são descobertas por meio da aplicação de algoritmo, selecionado de acordo com o objetivo proposto para o estudo. Em geral, estes algoritmos se organizam em três principais tarefas, a saber: classificação, agrupamento e descoberta de regras de associação. No escopo deste estudo, o relato de caso é resultante da adoção da tarefa de descoberta de regras de associação a partir do algoritmo *Apriori* (Agrawal et al., 1996).

A tarefa de descoberta de regras de associação tem como objetivo identificar relações consequenciais e causais entre os dados disponíveis no banco de dados. As relações descobertas são apresentadas no formato de regras do tipo <SE> A <ENTÃO> C, onde A e C representam o Antecedente e o Consequente da regra identificada, respectivamente (Agrawal et al., 1996). A cada regra são associados dois valores que permitem avaliar a regra, o suporte e a confiança. O suporte representa a probabilidade do dado que compõe o antecedente ocorrer e a confiança, a probabilidade condicional do consequente ocorrer dado que o antecedente ocorreu. Os valores limiares de suporte e confiança devem ser estabelecidos previamente, conforme a distribuição dos dados, para a parametrização da execução do algoritmo (Fayyad, Piatetsky, & Smyth, 1996).

Na terceira etapa as informações descobertas são pós-processadas, buscando identificar o quanto úteis são para apoiar o processo decisório que objetivou o estudo. Este pós-processamento pode ser facilitado por programas computacionais ou apenas por avaliação visual do especialista, mas sempre com o foco de identificar entre as informações descobertas quais são novas, válidas, compreensíveis e úteis, objetivando responder o problema proposto para o estudo (Milani & Carvalho, 2013).

2.3 Análise de conteúdo proposta por Bardin

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas para a análise da comunicação, organizada em três fases: a pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. A pré-análise é operacionalizada pela leitura flutuante do material, que sustentará elaboração de hipóteses e objetivos norteadores. Bardin (2016) propõe que apenas após esta sistematização de ideias, o pesquisador selecione e organize o *corpus* de análise. A seleção do material deve ser pautada nas regras de: exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência e exclusividade. Não é necessário que a seleção do corpus obedeça a todas as regras, mas que a escolha seja orientada pelo objetivo da análise. Atualmente, a pré-análise é auxiliada por distintos *software* de pesquisa qualitativa.

Durante a fase da exploração do material, é realizada a codificação do *corpus* de análise. Para tal, define-se a codificação a ser utilizada na análise, podendo ser temática, lexical, expressiva ou sintática. Definido a codificação, organiza-se os códigos pautados no objetivo de análise definido na pré-análise. Com o sistema de codificação organizado, atribui-se códigos às unidades de registro – trechos de texto. Com tal codificação é possível utilizar regras de contagem da presença/ausência da unidade de registro; frequência da unidade de registro; frequência ponderada da unidade; intensidade e ordem em que as unidades de registro aparecem; e direção e co-ocorrência de unidades de registro (Bardin, 2016).

O tratamento de resultados envolve a interpretação e reflexão acerca do que foi realizado na exploração do material. Nesta fase, o pesquisador realiza inferências específicas e gerais a fim de atingir o objetivo definido na pré-análise.

2.4 Relato de experiência da utilização da análise de conteúdo como estratégia de pós-processamento no KDD

A pesquisa que originou este relato utilizou como banco de dados cinco conjuntos de violência de gênero e seus termos substitutos, que Rodgers (1989) define como diferentes formas de expressar um conceito. A coleta de dados foi realizada por meio de descritores estruturados, na Plataforma de Periódicos CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior). Esse banco de dados foi escolhido com a finalidade de não delimitar a área de aplicação dos conceitos, para que houvesse contraponto entre as áreas de conhecimento, entendendo que o fenômeno da violência e suas tipologias não são exclusividade de nenhuma área do saber. Foram incluídos no estudo artigos revisados por

pares; publicados no ano de 2018 nos idiomas inglês, espanhol, francês ou português; e que contivessem um ou mais conceitos relacionados ao descritor buscado. Dentre os artigos selecionados, foram excluídos artigos duplicados e que apresentassem conceitos mistos, totalizando 195 artigos dos quais foram retirados 222 conceitos de violência de gênero e termos substitutos. A relação de artigos está demonstrada na Tabela 1.

Tabela 1. Total de artigos encontrados e selecionados após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, distribuídos por descritor e refinador. Brasil, 2020.

Descritor	Refinador	Artigos encontrados	Artigos incluídos
"Domestic violence"	"domestic violence"; "family partner violence"; "intimate partner violence"	847	96
"Gender violence"	"gender based violence"; "violence against woman".	31	08
"Physical violence"	"agression"; "victimization".	207	18
"Psychological violence"	-	241	21
"Sexual violence"	"sexual violence"; "sexual abuse"	278	52

Com objetivo de identificar as relações consequenciais e causais entre os 222 conceitos de violência de gênero e termos substitutos foi adotada tarefa de descoberta de regras de associação, utilizando o algoritmo *Apriori* (Agrawal et al., 1996). Para compor a base de dados durante pré-processamento do KDD, foram utilizados os resultados da análise conceitual proposta por Rodgers para classificar os conceitos que compuseram o *corpus* da análise. Os conceitos de violência de gênero, violência física, violência psicológica, violência sexual e violência doméstica foram classificados de acordo com atributos, antecedentes e consequentes, com o objetivo de explorar a construção conceitual dos termos de interesse. É importante salientar que os cinco conceitos foram analisados individualmente, logo, cada termo possui seu próprio repertório de categorização.

A categorização do conceito foi organizada em planilhas eletrônicas, nas quais cada linha representava um conceito e, nesta linha, eram dispostas as categoriais relacionados a eles, como exemplificado na Figura 1.

PSICO_Harassment	PSICO_verbal_abuse	PSICO_Psychologically_or_emotionally_harm
PSICO_to_insult	PSICO_to_yell	PSICO_to_humiliate
PSICO_verbal_abuse	PSICO_psychological_maltreatment	PSICO_emotional_abuse
PSICO_emotional_abuse	PSICO_control_or_coercive_behaviour	PSICO_To_make_to_feel_bad

Fig. 1. Recorte da base de dados pré-processada de violência psicológica. Brasil, 2020.

Na etapa de mineração de dados, o suporte foi parametrizado em 10%, o limiar de confiança em 50% para que o algoritmo fosse capaz de procurar por associações entre todas as categorias e exibisse apenas as que acontecessem em 50% dos casos. Optou-se por realizar esta etapa separadamente, logo as cinco bases de dados foram mineradas separadamente, encontrando diferentes números de regras de associação. Para melhor visualização, as regras de associação foram organizadas em redes semânticas, como a exemplificada na Figura 2. A ilustração das redes semânticas foi realizada no *software* Protégé (Musen, 2015).

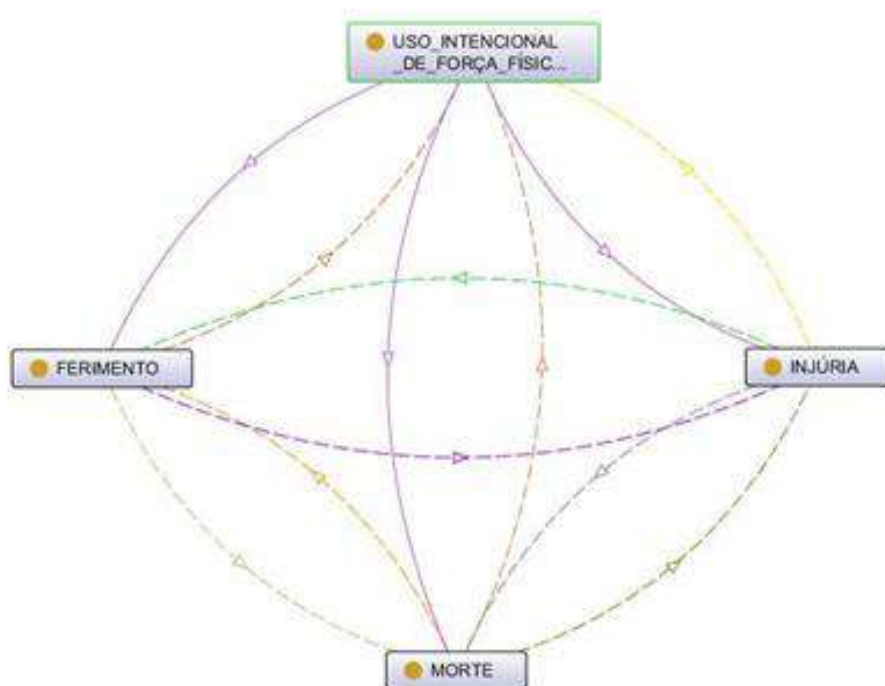


Figura 2. Exemplo de rede semântica da base de dados de violência física. Brasil, 2020.

Foram descobertas 43 regras de associação, as quais formaram 43 redes semânticas, no entanto, devido a utilização de conceitos relacionados, a identificação da generificação da violência tornou-se demanda da etapa de pós-processamento, pois tal identificação é definidora de quais são os padrões válidos e úteis destacados pelo algoritmo. Com este objetivo, foi adotado a análise de conteúdo proposta por Bardin (2016) como estratégia de pós-processamento.

Para a pré-análise, estabeleceu-se o objetivo de identificar os elementos cruciais da violência de gênero e dos conceitos de violência generificada. Por conceitos violência generificada entende-se que para descrição do fenômeno da violência houve relação com a construção social acerca das diferenças sociais, conforme conceituação proposta por Joan Scott (1995). O *corpus* de pesquisa foi composto por todos os conceitos classificados na etapa de pré-processamento do KDD e os títulos dos artigos dos quais foram retirados, todas as bases de dados foram convertidas em um único arquivo, com identificações correspondentes ao descritor de origem. Foi escolhido o *software* ATLAS.ti® para promover suporte a exploração do material.

O sistema de categorização foi organizado a partir do conceito de gênero de Joan Scott (1995), que entende que o gênero é um elemento constitutivo das relações sociais a partir das diferenças sexuais percebidas, sendo uma forma primária de dar significado às relações de poder. A autora divide a potencialidade do gênero como organizador de poder em quatro eixos: os símbolos culturalmente disponíveis, os conceitos normativos concebidos na sociedade, a concepção de organização social por instituições e a identidade subjetiva. Os elementos que compõem o conceito da autora foram utilizados como códigos da análise de conteúdo.

Na exploração do material, os 222 conceitos identificados e os títulos dos artigos dos quais foram retirados foram codificados. A codificação foi realizada pela pesquisadora principal. A partir dessa processo, foi possível mapear as categorias utilizadas no KDD provenientes de uma conceituação generificada da violência. Na Tabela 2, observa-se a contagem de cada código, ressaltando que houve possibilidade de atribuição de mais de um código para um conceito, uma vez que Scott (1995), afirma em sua obra que os componentes do conceito gênero não operam sozinhos.

Tabela 2. Contagem de ocorrência de cada código utilizado na exploração de material. Brasil, 2019.

CÓDIGO	Frequência
ELEMENTO CONSTRUTIVO NAS RELAÇÕES SOCIAIS	137
FORMA DE DAR SENTIDO ÀS RELAÇÕES DE PODER	110
IDENTIDADE SUBJETIVA	110
REFERÊNCIA A INSTITUIÇÕES	73
CONCEITOS NORMATIVOS	64
SÍMBOLOS CULTURALMENTE DISPONÍVEIS	0

As redes semânticas, organizadas a partir das regras de associação descobertas no processo do KDD, passaram por critério de validação a partir do material gerado pela

análise de conteúdo. Foram validadas as redes cujos nós iniciais eram oriundos de conceitos de violência generificada. Desta forma, cumpriu-se o objetivo de elencar as regras de associação pertinentes e válidas perante ao objeto de estudo, tornando possível a unificação da base de dados para discussão. A relação de redes semânticas organizadas e redes semânticas validadas está disposta na Quadro 1.

Quadro 1. Relação das redes semânticas validadas após o pós-processamento organizadas por base de dados. Brasil, 2019.

Base de dados correspondente	Nós iniciais das redes semânticas	Nós iniciais das redes semânticas validadas
Violência Doméstica	Abuso de poder ou autoridade; abuso de criança ou idosos; influência da estrutura social do patriarcado e sua ideologia; meios para homens controlarem mulheres; ofensa a par romântico; ato violento baseado na sexualidade; comportamento de perseguição, vítima com 16 anos ou mais.	Abuso de poder ou autoridade; influência da estrutura social do patriarcado e sua ideologia; meios para homens controlarem mulheres; ato violento baseado na sexualidade; comportamento de perseguição, vítima com 16 anos ou mais.
Violência Física	Empurrar; estapear; socar; chutar; injúria; bater; violência contra mulher; morte; atacar com uma arma; qualquer forma de agressão; ferimento; uso intencional de força física ou poder contra indivíduo ou comunidade; locomover empurrando; violência entre parceiros íntimos; violência masculina contra mulher; puxar cabelo; enforçar; bater contra algo.	Empurrar; estapear; socar; chutar; injúria; bater; violência contra mulher; morte; atacar com uma arma; ferimento; uso intencional de força física ou poder contra indivíduo ou comunidade; locomover empurrando; violência entre parceiros íntimos; violência masculina contra mulher; puxar cabelo.
Violência de Gênero	Violência contra mulher; problema de saúde público.	Violência contra mulher; problema de saúde público.
Violência Psicológica	Violência sexual; estabelecimento de medo como forte elemento nas relações sociais; falta de reconhecimento; denegrir, desvalorização; xingar; machucar mulheres ou alguém que elas gostam; fazer (a vítima) se sentir mal.	Violência sexual; machucar mulheres ou alguém que elas gostam; fazer (a vítima) se sentir mal.
Violência sexual	Penetração vaginal ou anal não consentida; comportamento sexual não desejado; abuso sexual; exposição a atividade sexual não desejada; uso indevido de poder ou drogas para conseguir contato sexual; meios físicos de conseguir contato sexual; coerção sexual.	Penetração vaginal ou anal não consentida; comportamento sexual não desejado; abuso sexual; exposição a atividade sexual não desejada; uso indevido de poder ou drogas para conseguir contato sexual; meios físicos de conseguir contato sexual; coerção sexual.

3. CONCLUSÕES

A utilização de métodos qualitativos para ancorar o pré-processamento e o pós-processamento do KDD enriqueceu a análise. A utilização da estrutura de análise de conteúdo para a categorização dos conceitos no pré-processamento permitiu a exploração mais ampla da construção dos mesmos, ampliando seu escopo.

A implementação da análise conceitual de Rodgers foi enriquecida pela mineração de dados e manteve-se como a base empírica de todo o processo. A análise de conteúdo mostrou-se uma estratégia eficaz para identificação de regras úteis e interpretação dos dados gerados pela mineração de dados. Ressalta-se que esse procedimento permitiu unificar bases dados a partir de uma categoria analítica que não foi contemplada em sua totalidade na confecção do *corpus* de análise, possibilitando a utilização de conceitos relacionados para enriquecer a base de dados.

Como ressalva é importante discutir que a combinação de métodos por um lado potencializou o pós-processamento do KDD e por outro, pode afetar análise de conteúdo, caso não seja oferecida adequada profundidade no tratamento dos resultados gerados pela mineração.

4. REFERÊNCIAS

- Agrawal, R., Mannila, H., Srikant, R., Toivonen, H., & Verkamo, A. L. (1996). Fast discovery of association rules. In *Advances in knowledge discovery and data mining* (Vol. 12, pp. 307–328). <http://www.cs.helsinki.fi/hannu.toivonen/pubs/advances.pdf>
- Alves, K. Y. A., Salvador, P. T. C. O., Tourinho, F. S. V., & Santos, V. E. P. (2014). Análise do conceito “Protocolos de Enfermagem” a partir da visão evolucionária de Rodgers. *Rev Enferm UFPE on Line*, 8(1), 177–182. <https://doi.org/10.5205/reuol.4843-39594-1-SM.0801201425>
- Alves, K. Y. A., Pereira Santos, V. E., & Nunes Dantas, C. (2015). A análise do conceito segurança do paciente: A visão evolucionária de rodgers. *Aquichan*, 15(4), 521–528. <https://doi.org/10.5294/aqui.2015.15.4.7>
- Bardin, L. (2016). Análise de conteúdo. (L. A. Reto & A. Pinheiro, Trad.). Lisboa: Edições 70.
- Barry, A., Heale, R., Pilon, R., & Lavoie, A. M. (2018). The meaning of home for ageing women living alone: An evolutionary concept analysis. *Health and Social Care in the Community*, 26(3), e337–e344. <https://doi.org/10.1111/hsc.12470>
- Carvalho, D. R., Moser, A. D., Silva, V. A. da, & Dallagassa, M. R. (2012). Mineração de Dados aplicada à fisioterapia. *Fisioterapia Em Movimento*, 25(3), 595–605. <https://doi.org/10.1590/s0103-51502012000300015>

- Fayyad, U., Piatetsky-Shapiro, G., & Smyth, P. (1996). From Data Mining to Knowledge Discovery in Databases. *AI Magazine*, 17(3), 37–54.
- Furtado, B. A., Sakowski, P. A. M., & Tóvolli, M. H. (2015). *Modelagem de sistemas complexos para políticas públicas*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/4051>
- Junior, L. A. S., & Leão, M., B., C. (2018). O software Atlas.TI® como recurso para a análise de conteúdo: analisando a robótica no Ensino de Ciências em teses brasileiras. *Ciência e Educação*, 24(3), 715–728.
- Milani, C. R. S., & Carvalho, T. C. O. (2012). Cooperação Sul-Sul e Política Externa: Brasil e China no continente africano. *Estudos Internacionais*, 1(1), 11–35.
- Musen, M. A. (2015). The Protégé project: A look back and a look forward. *AI Matters. Association of Computing Machinery Specific Interest Group in Artificial Intelligence*, 1(4). DOI:10.1145/2557001.25757003.
- Oliveira, R. A. A. de, Conceição, V. M. da, Araujo, J. S., & Zago, M. M. F. (2018). Concept analysis of cancer survivorship and contributions to oncological nursing. *International Journal of Nursing Practice*, 24(1), 1–8. <https://doi.org/10.1111/ijn.12608>
- Paulus, T. M., & Lester, J. N. (2016). ATLAS.ti for conversation and discourse analysis studies. *International Journal of Social Research Methodology*, 19(4), 405–428. <https://doi.org/10.1080/13645579.2015.1021949>
- Rodgers, B. L. (1989). Concepts, analysis and the development of nursing knowledge: the evolutionary cycle. *Journal of Advanced Nursing*, 14(4), 330–335. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1989.tb03420.x>
- Santos, J. L. G. dos, Erdmann, A. L., Meirelles, B. H. S., Lanzoni, G. M. de M., Cunha, V. P. da, & Ross, R. (2017). Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. *Texto Contexto Enferm*, 26(3), 1–9. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001590016>
- Scott, J. (1995). Gênero, uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*, 20(2), 71–99.

SEGURANÇA DO PACIENTE: PERCEPÇÕES DE DOCENTES E DISCENTES DO CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

Cláudia Rodrigues¹, Pétila Salvador¹, Kisna Alves¹, Amanda Lopes²
e Clara Marques³

¹ Escola de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (ESUFRN), Natal-RN, Brasil, claudiacrisfm@yahoo.com.br; petatlatuani@hotmail.com

² Gestora Hospitalar em enfermagem, Natal-RN, Brasil, amandalm_90@hotmail.com

³ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal-RN, Brasil, claraluciacs@gmail.com

Resumo. Introdução: A segurança do paciente é um dos assuntos relevantes na área da saúde. Justifica-se a importância de estudar essa temática como forma de identificar o que ela representa para professores e alunos da área da enfermagem. Objetivos: Investigar as percepções de docentes e discentes de enfermagem acerca da segurança do paciente. Métodos: Estudo descritivo, transversal, de abordagem qualitativa. Os dados textuais provenientes das entrevistas com docentes do curso técnico em enfermagem e de um grupo focal realizado com os estudantes do último ano do referido curso. Esses dados foram transcritos e analisados com suporte do software *Interface de R pour Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ®). Resultados: Com a análise dos dados emergiram cinco classes de conteúdo: 1) a educação permanente como necessária à segurança do paciente (18,9%); 2) assistência direcionada para a segurança (17,6%); 3) risco de erro no âmbito de saúde (13,1%); 4) conduta para a assistência segura (26,8%); 5) procedimentos de enfermagem associados à segurança (23,5%). Conclusões: Os entrevistados compreenderam que a segurança do paciente está baseada em três características primordiais: assistência de qualidade, técnica, conhecimento.

Palavras-chave: Segurança do Paciente; Enfermagem; Educação Permanente; Qualidade da Assistência à Saúde.

PATIENT SAFETY: PERCEPTIONS OF TEACHERS AND STUDENTS OF THE TECHNICAL NURSING COURSE

Abstract. Introduction: Patient safety is one of the relevant issues in the health area. The importance of studying this topic is justified as a way of identifying what it represents for teachers and students in the field of nursing. Objectives: To investigate the perceptions of nursing professors and students about patient safety. Methods: Descriptive, cross-sectional study with a qualitative approach. The textual data from the interviews with professors of the technical nursing course and from a focus group conducted with the students of the last year of that course. These data were transcribed and analysed using the software *Interface de R pour Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ®). Results: With the analysis of the data, five content classes emerged: 1) permanent education as necessary for patient safety (18.9%); 2) assistance directed towards security (17.6%); 3) risk of error in the health field (13.1%); 4) conduct for safe assistance (26.8%); 5) nursing procedures associated with safety (23.5%). Conclusions: Respondents understood that patient safety is based on three primary characteristics: quality care, technique, knowledge.

Keywords: Patient safety; Nursing; Permanent Education; Quality of Health Care.

1. INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é considerada pelas instituições de saúde como uma das metas a serem alcançadas afim de garantir uma assistência livre de erros. Desse modo, a

importância de boas práticas em saúde a partir de referências significativas e de teorias do cuidado em saúde são primordiais para a realização de ações capazes de contribuir para a prevenção de possíveis incidentes em saúde. A partir de 2004 a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente a fim de estabelecer nos seus países membros o compromisso em desenvolver políticas públicas que fortaleçam as práticas voltadas para a assistência segura (Cavalcante, 2015). No Brasil, em 2013, foi elaborado o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), com o intuito de contribuir para a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde, bem como possibilitar o envolvimento da temática para os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente. Além disso, propõe ampliar o acesso da sociedade às informações relativas ao tema a fim de sistematizar conhecimentos sobre a segurança do paciente e fomentar a inclusão do tema no ensino técnico, de graduação e pós-graduação na área da saúde (Brasil, 2014).

Diante disso, a literatura destaca que há um desconhecimento dos profissionais de saúde acerca do cuidado seguro e este ainda é considerado como um grande empecilho para a promoção da segurança do paciente. Pois, essa temática ainda é vista com uma cultura de culpa e punições individuais por todos que compõe o trabalho em saúde (Cavalcante, 2015).

A equipe de enfermagem, em especial, são considerados elementos chaves para o fomento de ações que possa contribuir para a redução desses riscos. Afinal, são esses profissionais que possuem um contato mais próximo com o paciente, estabelecendo um cuidado direto e realizando procedimentos de média e alta complexidade. E, por causa disso, membros primordiais no cuidado em saúde.

Entretanto, a formação desses profissionais ainda carece de instrumentalização para lidar com os riscos e as possíveis falhas que possam desenvolver no ambiente de trabalho em saúde. O fato de não saber lidar com o possíveis incidente no ambiente de saúde faz com que esses profissionais não reconheça possíveis falhas no decorrer da prestação dos cuidados.

Com isso, é indispensável para a qualidade do cuidado e adesão à prática da cultura de segurança do paciente de forma efetiva, torna-se relevante o envolvimento da gestão no processo assistencial.

Neste ínterim, a formação desse profissional deve englobar uma estrutura curricular em que a temática de segurança do paciente seja transversal e capaz de envolver docentes e

discentes em medidas preventivas de danos nos variados cenários da assistência (Duarte, Stipp, Silva, & Oliveira, 2015).

Nessa perspectiva, se faz necessário uma investigação de como professores estão promovendo o ensino acerca da segurança do paciente para esses futuros profissionais. Bem como, esses discentes compreendem essa temática.

Assim, este estudo apresenta uma investigação acerca do ensino da segurança do paciente no ensino técnico em enfermagem em uma Universidade Pública do Brasil. Partiu-se da seguinte questão norteadora: quais as percepções de segurança do paciente que os docentes e discentes do curso técnico em enfermagem possuem?

Desse modo, o presente estudo tem por objetivo investigar as percepções de docentes e discentes do curso técnico em enfermagem sobre a segurança do paciente.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de abordagem qualitativa. Realizado em uma Universidade Federal do Nordeste do Brasil. Além de outros cursos, a referida universidade oferta o curso técnico de enfermagem há 65 anos, sendo uma instituição consolidada na trajetória de enfermagem no nordeste (ESUFRN, 2018).

Desse modo, elegeu-se tal instituição de ensino afim de conhecer de que forma se dá a percepção dos docentes e discentes acerca da temática segurança do paciente. Assim, a pesquisa teve a sua coleta de dados dividida em dois momentos. No primeiro deles foi realizada uma entrevista semi-estruturada com os professores que compõe o corpo docente da instituição.

Para participar do estudo elegeu-se como critérios de inclusão: ser docentes efetivos que atuavam em unidade curriculares que integram o curso técnico em enfermagem e aceitar, voluntariamente, a participar da pesquisa.

Excluiu-se os docentes em afastamento, férias ou atestado de qualquer natureza, bem como os docentes responsáveis pela coordenação da referida pesquisa.

Neste ínterim, obedecendo os critérios de inclusão acima citados a amostra final foi composta por 21 docentes. Houve 1 recusa e 5 professores estavam em afastamento no período da coleta de dados.

Esse momento da coleta de dados ocorreu entre os meses de setembro de 2018 a março de 2019. As entrevistas foram do tipo semi-estruturada individual e com gravadas um auxílio de um gravador digital. Os dados foram coletados no próprio ambiente de trabalho, por meio de agendamento prévio em horários definidos pelos participantes.

No segundo momento da coleta de dados, foi realizado um grupo focal com os discentes do curso técnico em enfermagem matriculados regularmente no último período do curso, elegeu-se o último período do curso por compreender que os discentes já tiveram contato com a temática segurança do paciente em momentos teóricos e práticos.

Assim, elegeu-se como critérios de exclusão: o discente não estar regular nos módulos e componentes curriculares, estar cursando outro período do curso.

Então, a população dos discentes constituiu-se de 29 alunos que estavam regularmente matriculados.

A coleta de dados se deu através da técnica de grupo focal, essa caracteriza-se como uma estratégia para avaliação e obter de dados por meio das informações qualitativas sendo essencial para o objeto de pesquisa. Nela os moderadores iniciam com perguntas amplas e que estimulam a interação dos participantes no momento da coleta de dados, o que passa a explorar os pontos de vista e questões relacionadas a temática. (Tong, Sainsbury, & Craig, 2007).

Assim, foi agendado previamente dia e horário para a realização do grupo focal, em que compareceram 10 alunos, estes compuseram a amostra final do estudo. O grupo focal foi realizado no laboratório de práticas de enfermagem da referida escola. O ambiente estava previamente preparado, e contou com a participação de uma facilitadora e duas relatoras que auxiliaram na execução da atividade, além dos 10 discentes entrevistados.

Durante o grupo, foram esclarecidas as dúvidas referentes a proposta de coleta de dados e sobre a temática, entregue os Termos de Consentimento Livre e Esclarecimento (TCLE) e Autorização para Gravação de Voz, sendo iniciada após as assinaturas dos termos de todos os participantes. Ao final da discussão grupo teve a duração de 38 minutos.

Aos docentes e os discentes convidados para a participação da pesquisa, foram utilizados dois instrumentos de pesquisa, composto por: 1) questionário de caracterização, de autopsenchimento pelo sujeito de pesquisa; e 2) Roteiro de realização da entrevista,

composto por duas questões: a) O que você compreende por Segurança do Paciente? b) quais ações você associa a esta temática?

Para os docentes, o questionário de caracterização foi composto por perguntas sobre idade, sexo, maior titulação acadêmica e experiência curricular acerca da segurança do paciente. Enquanto aos discentes foi questionado idade, sexo, curso e se já atuou como profissional em algum serviço de saúde.

Os dados textuais provenientes das entrevistas com os docentes e discentes foram transcritos e analisados com suporte do *software Interface de R pour Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ®), o qual processa análises lexicais de dados textuais ao fornecer contextos e classes por meio do julgamento da semelhança de seus vocabulários, de maneira a contribuir na compreensão do ambiente de sentido das palavras, logo, indicar elementos representativos do objeto estudado (Camargo & Justo, 2013).

Para esta finalidade, utilizou-se a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e a análise de similitude como método de tratamento dos dados, o que possibilitou a identificação da frequência de cada palavra e sua conexão com as outras, além de auxiliar na análise do corpus textual (Camargo & Justo, 2013).

A análise do corpus proveniente da transcrição das 31 entrevistas semiestruturadas resultou em 6990 ocorrências de palavras, apresentadas em 1416 formas distintas, como ponte de corte para a análise de similitude seguiu-se o cálculo: duas vezes a frequência média de ocorrências para cada forma.

Ressalta-se que a interpretação e análise dos dados teve embasamento da literatura atual no que concerne à segurança do paciente e à gestão da qualidade em saúde. O estudo seguiu os princípios éticos e legais que regem a pesquisa científica em seres humanos, preconizados na Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Sendo submetido ao comitê de ética da referida universidade e aprovado conforme protocolo CAAE nº88024618.3.0000.5537.

3. RESULTADOS

A caracterização dos docentes que participaram da pesquisa, 19 (90,5%) eram do sexo feminino e 3 (9,5%) do sexo masculino, com idades entre 30 a 63 anos, 17 (81%) possuíam o título de doutor e os demais 4 (19%) mestres.

Já entre os discentes que participaram do grupo focal, predominou a idade de 19 a 34 anos, sendo 8 (80%) sexo feminino e 2 (20%) do sexo masculino, 5 (50%) dos discentes possuíam formação acadêmica anterior.

Com relação ao corpus textual podemos dizer que a partir da análise dos dados com o auxílio do Iramuteq® resultou em 5 classes, a saber: 1) a educação permanente como necessária à segurança do paciente (18,9%); 2) assistência direcionada para a segurança (17,6%); 3) risco de erro no âmbito de saúde(13,1%); 4) conduta para a assistência segura (26,8%); 5) procedimentos de enfermagem associados à segurança (23,5%). Como demonstrado na Figura 1, a seguir:

Percepções de docentes e discentes acerca da compreensão da segurança do paciente														
Classe I (18,9)					Classe II (17,6)					Classe III (13,1%)				
A educação permanente como necessária à segurança do paciente					Assistência direcionada para a segurança					Risco de erro no âmbito de saúde				
Palavra	%	Variável	significativa		Palavra	%	Variável	significativa		Palavra	%	Variável	significativa	
Educação	100%		<0,0001		Técnicas	85,71%		<0,0001		Procediment	40,0%		<0,0001	
Profissional	32,14%		<0,0488		Correto	75,0%		<0,0001		Medicação	50,0%		<0,0003	
Paciente	28,78%		<0,0086		Administrar	66,0%		<0,0115		Errar	56,67%		<0,0054	
Situação	100%		<0,0029		Utilização	66,67%		<0,0244		Hospital	50,0%		<0,0014	
Entender	75,0%		<0,0001		Segurança	67,0%		<0,0001		Possível	100%		<0,0001	
Classe IV (26,8%)					Classe V (23,5)					Classe IV (26,8%)				
Condução para a assistência segura					Procedimentos de enfermagem associados à segurança					Condução para a assistência segura				
Palavra	%	Variável	significativa		Palavra	%	Variável	significativa		Palavra	%	Variável	significativa	
Assistência	75,0%		<0,0001		Identificação	100%		<0,0001		Assistência	75,0%		<0,0001	
Qualidade	75,0%		<0,0274		Registro	100%		<0,0002		Qualidade	75,0%		<0,0274	
Protocolo	75,0%		<0,0274		Lesão	100%		<0,0016		Protocolo	75,0%		<0,0274	
Risco	63,16%		<0,0001		Comunicação	71,43%		<0,0022		Risco	63,16%		<0,0001	
Proteção	83,33%		<0,0014		Queda	83,33%		<0,0004		Proteção	83,33%		<0,0014	

Figura 1. Classes geradas a partir da classificação hierárquica descendente das percepções de docentes e discentes acerca da compreensão e das ações de enfermagem voltadas para a segurança do paciente.

Na classe I “A educação permanente necessária a Segurança do Paciente” foi possível identificar que os discentes e docentes consideram a segurança do paciente como um cuidado básico o qual se reflete na qualidade de assistência, sendo necessário que o profissional busque aprimorar suas habilidades através da adesão à estratégias educativas, como pode ser visto nas falas abaixo:

“(…) O profissional deve estar realmente capacitado para poder colocar em prática as ações correspondentes os diversos tipos de patologia dependendo do quadro clínico daquele paciente, resalto muito isso a questão do saber.” (Discente 10)

Na classe II “Assistência direcionada para a segurança” identificou-se a importância do profissional técnico em enfermagem em reconhecer as ações que reforcem a prática da segurança do paciente, sendo considerada pelos docentes e discentes que as técnicas corretas e a utilização dos equipamentos de proteção individual, são fundamentais para a assistência à saúde com qualidade, como pode ser visto nas falas abaixo:

“Os procedimentos são realizados na administração de medicamentos, no cuidado com o curativo do paciente na prevenção de contaminação de algum material estéril para realizar um procedimento, a técnica correta para administrar o medicamento.” (Discente 09)

Na classe III “Procedimentos que possuem risco de falha no Âmbito de Saúde” foi visto pelos docentes os principais riscos atribuídos à assistência de enfermagem, bem como as causas que afetam o gerenciamento do cuidado nos serviços de saúde, como pode ser visto nas falas abaixo:

“É importante ter muita atenção, porque a segurança na verdade é tudo, aborda não somente os procedimentos invasivos, mais também o cuidado com a cirurgia, a esterilização, bem como os procedimentos que impõem maiores riscos e que devemos ter muito cuidado.” (Docente 08)

Com relação a classe IV “Conduta necessária para a qualidade da Assistência Segura”, os docentes e discentes consideraram de suma importância para a redução dos riscos e danos ao paciente o conhecimento técnico/científico dos profissionais, bem como o acesso aos protocolos acerca da segurança do paciente com o intuito de promover uma assistência à saúde segura e eficiente, como pode ser visto nas falas abaixo:

“A segurança do paciente está ligada aos protocolos de segurança e prevenção que a gente tem sobre a segurança do paciente associado a área da higiene das mãos primordialmente a uma assistência limpa, segura e prioritária.” (Discente 07)

Na classe V “Ações e Procedimentos de Enfermagem associados à Segurança do Paciente” remete as ações de cuidados que envolve a temática segurança do paciente, sendo abordados pelos docentes como estratégias que permitem a atenção e o cuidado seguro e que favoreça a adoção de medidas preventivas e o monitoramento das atividades visando reduzir os riscos e danos aos pacientes associados através da prática assistencial inadequada durante sua estadia nos serviços de saúde, como pode ser visto nas falas abaixo:

“As ações de relação com a prevenção de infecção, a prevenção de quedas, a prevenção de iatrogenias de erro ao administrar um medicamento. Existe uma gama de ações que estão relacionadas a esta temática de segurança do paciente.”
(Docente 01)

A Figura 2 representa a análise de similitude do corpus transcrito das entrevistas com os docentes. Na parte superior destaca-se a expressão segurança do paciente que remete as concepções dos docentes sobre a temática, enquanto a palavra paciente remete as vivências e dão origem as demais categorias.

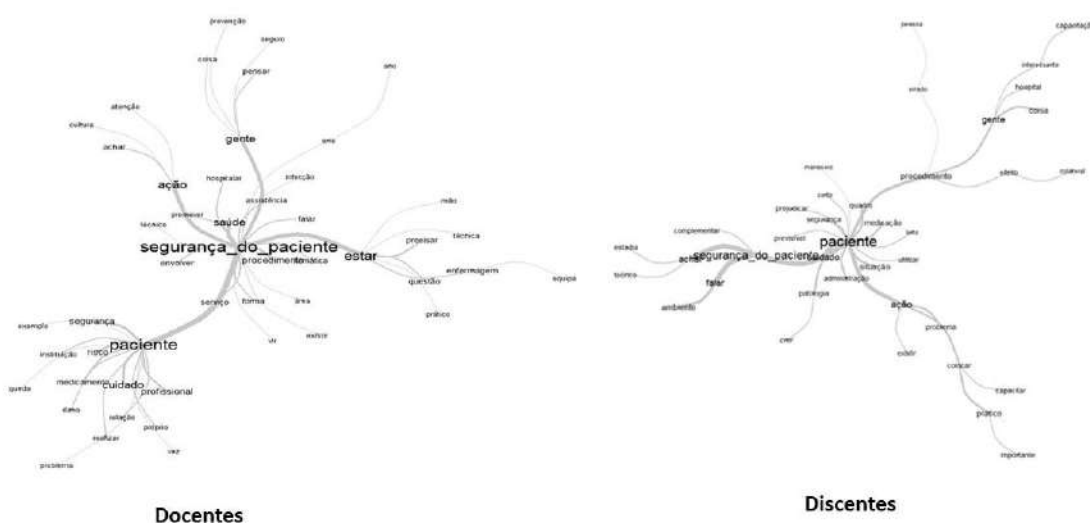


Figura 2. Análise de similitude das percepções e vivências docentes e discentes sobre a segurança do paciente.

Destaca-se que para os docentes as percepções que envolve o termo *segurança do paciente* estão descritas de forma a promover uma assistência segura e que envolve uma questão técnica, cultural e de prevenção. No que se refere as vivências, representado pela palavra *paciente*, destacam-se os procedimentos e cuidado direcionado. A Figura 2 representa a análise de similitude do *corpus* transcrito das entrevistas com os discentes. É importante perceber que o termo *paciente* encontra-se relacionado a vivência dos participantes, enquanto o termo *segurança do paciente* relaciona-se com a concepção.

Cabe ressaltar, que apesar da análise de similitude apresentar os mesmos termos em destaque os conceitos relacionados as percepções e vivências são diferenciados. Enquanto, os docentes avaliam a segurança do paciente de forma a capacitar, envolver e de forma precisa os discentes avaliam de forma complementar aos procedimentos realizados. Já no

que se refere as vivências, ambos tiveram aspectos semelhantes, de que os procedimentos devem estar em primeiro lugar no que se refere a atenção voltada para a segurança do paciente.

Por conseguinte, podemos observar a partir da análise dos resultados, é visto que a percepção dos docentes e discentes é de que a segurança do paciente é uma temática que compreende estratégias com vistas a reduzir os eventos adversos além de evitar falhas ocasionadas através das práticas inseguras que colocam em risco a vida e a saúde dos pacientes.

4. DISCUSSÃO

Com relação a caracterização dos sujeitos do estudo, foi visto que a maioria dos docentes e estudantes são do sexo feminino. Fato, este, que reflete um padrão mundial da enfermagem. Uma vez que, por ser reconhecida como a profissão do cuidar há uma tendência de ter em seu perfil profissionais mulheres. Entretanto, observa-se que há um número crescente de homens ingressando na enfermagem, esta é uma realidade nacional conforme a pesquisa sobre o perfil da enfermagem no Brasil (Cofen, 2013).

Além disso, foi visto que os professores são adultos jovens em plena idade produtiva para a realização de suas atividades, isso demonstra que a força de trabalho da referida escola é primordialmente jovem (Giordano & Feli, 2017).

Já em relação aos discentes foi percebido que essa amostra é bastante diversificada, pois possui alunos que acabaram de sair do ensino médio e ingressaram no curso profissionalizante, como também discentes adultos jovens. Como também foi visto que esses metade dos alunos que participaram desse estudo já possuíam uma formação universitária anterior, fato este que refletiu nas discussões ocorridas no grupo focal.

No que se refere as percepções desses sujeitos quando se fala sobre a temática de segurança do paciente três aspectos básicos refletiram nas falas: a assistência de qualidade como elemento fundamental para o cuidado; a técnica realizada embasada em conceitos teóricos consistentes e o conhecimento que permeia todo esse campo como um elemento essencial para a realização de um cuidado seguro.

Neste ínterim, com base nas falas dos sujeitos é imprescindível que o ensino esteja consolidado em ações voltadas para os princípios da segurança do paciente, afim de que os

profissionais já sejam formados com os direcionamentos das boas práticas na assistência em saúde e implementações de aspectos teóricos que fundamentem a cultura voltada para a segurança do paciente.

Sobre a qualidade da assistência, é imprescindível que os técnicos de enfermagem, estejam comprometidos e instrumentalizados sobre o real sentido da segurança do paciente, e que busquem melhorias constantes em sua prática profissional, o que pode ser representado pelo incentivo a educação permanente desses profissionais.

Nesta perspectiva, é de fundamental importância a participação efetiva do profissional técnico de enfermagem na garantia do cumprimento de normas e protocolos estabelecidos no ambiente de saúde acerca da segurança do paciente. Dentre as boas práticas podem ser citados, o cumprimento de ações através dos protocolos de segurança do paciente que estabelece base para as práticas de saúde e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde tendo como referencia os temas prioritários (Brasil, 2013).

Foi reconhecido ainda, pelos entrevistados que a assistência em saúde é por si só é um possível fator gerador de falhas. Afinal, podem afetar diretamente a saúde do paciente quando submetidas a cuidados inseguros. Sobre esse aspecto um estudo de Gomes et al. (2019) cita que eventos adversos podem acontecer e vão desde de uma comunicação ineficaz entre a equipe até a baixa continuidade da atenção prestada, o que pode gerar o comprometimento da assistência e com isso incidentes aos pacientes. Com isso, existem falhas referente a ambiência dos serviços de saúde ocasionadas pela grande demanda de pacientes na estrutura do serviço de saúde, assim como pela quantidade insuficiente de materiais e equipamentos para atender a necessidade do serviço, comprometendo também a qualidade da assistência e a segurança do paciente (Silva et al., 2016).

Diante do exposto, os discentes e os docentes desta pesquisa corroboram com a importância de que a falha na assistência pode ser vista como fonte de ensinamento e aprendizado para o trabalho em equipe, o que consolida assim, aspectos da cultura de segurança do paciente. Segundo Gomes (2019), a falha na assistência pode ser vista como uma oportunidade de adquirir uma visão holística do processo de trabalho e um espaço para mudanças que permitam contribuir para um modelo assistencial pautado na integralidade do paciente, com medidas de aprendizado contínuo e mudanças curriculares nos cursos de formação dos profissionais de saúde.

Os entrevistados ainda destacaram, a necessidade de condutas que resultem numa assistência segura, como o uso de protocolos e *checklist*, uma vez que os profissionais são responsáveis pelo planejamento e intervenção apropriada com o objetivo de assegurar a redução do risco de danos desnecessários a saúde do paciente/cliente.

Segundo o estudo de Silva (2016) o cumprimento das ações da assistência à saúde reduziu significativamente o surgimento de doenças e agravos decorrentes do tempo de permanência dos pacientes submetidos ao cuidado, como também despesas desnecessárias ao hospital. Em contrapartida, verificou-se a importância da utilização de *checklist*, como uma medida simples, eficiente, eficaz e segura para a realização de procedimentos cirúrgicos proporcionando a equipe maior confiabilidade nas ações, pois permite a confirmação dos dados e informações necessárias do paciente (Silva et al., 2016).

Verifica-se, ainda, a importância dos profissionais da enfermagem nas ações de promoção, prevenção e no monitoramento com o objetivo de minimizar os riscos de danos aos pacientes associados ao cuidado em saúde. Por ser a categoria profissional com maior envolvimento na assistência do cuidado, faz-se necessário o comprometimento e adesão as boas práticas de segurança, bem como promover um atendimento humanizado assegurando a saúde do paciente (Teixeira et al., 2018).

Além disso, também foi relatado pelos participantes a importância da educação permanente na prática da segurança do paciente representada na classe I do corpus dos docentes e discentes, uma vez que o aprendizado possibilita uma reflexão crítica acerca das práticas de atenção à saúde, bem como proporciona aos profissionais a oportunidade de mudanças no processo de conhecimento no âmbito da segurança do paciente favorecendo um cuidado seguro.

5. CONCLUSÕES

Avaliou-se nesta pesquisa a percepção de docentes e discentes sobre a segurança do paciente. Foi visto que os sujeitos compreendem o real significado de promover uma cultura de segurança do paciente, sendo necessário que o profissional técnico de enfermagem além de possuir a habilidade técnica, precisa dispor do referencial técnico científico em benefício das boas práticas assistências visando a redução dos eventos adversos.

Foi visto pelos docentes e discentes a importância de se instrumentalizar para melhor fazer o cuidado seguro na assistência, e que isso deve ser iniciado a partir da formação desse profissional. Ressalta, ainda, a relevância do técnico em enfermagem como um elemento fundamental no processo do cuidar, sendo essencial para a categoria aprimorar suas habilidades a fim de contribuir para uma assistência segura e de qualidade. Como limitação do estudo, destaca-se a dificuldade de marcação das entrevistas com os docentes, em virtude da carência de tempo hábil na agenda destes. Entretanto, ressalta-se que grande maioria aceitou participar voluntariamente da pesquisa.

Agradecimentos. Conselho Nacional de Pesquisa Científica – CNPq por subsidiar este estudo.

6. REFERÊNCIAS

- Cavalcante, A. N., Rocha, R.C., Nogueira, L.T. Avelino, F.V.S.D., Rocha, S.S. (2015). Cuidado Seguro ao paciente: contribuições da enfermagem. *Revista Cubana de Enfermería*, 32(4), 1-13. Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/907>
- Camargo, B. V. Justo, A. M. (2013). Iramuteq: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em psicologia*, 21(2), 513-518. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.2-16>
- Conselho Federal de Enfermagem, Brasil. Perfil da enfermagem no Brasil (2013). Disponível em: http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/blocoBr/QUADRO%20RESUMO_Brasil_Final.pdf
- Duarte, S. C. Stipp, M. A. C. Silva, M. M. Oliveira, F. T. (2015). Eventos adversos e a segurança do paciente na assistência em enfermagem. *Revista Brasileira de enfermagem*. 68(11), 1-11. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120p>
- Gomes, A. T. D. L., Ferreira Junior, M. A., Salvador, P. T. O. C., Bezerril, M. S., Chiavone F. B. T., Santos, V. E. P. (2019) Segurança do paciente em situação de emergência: percepções da equipe de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(3), 752-759. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0544>
- Ministério da Saúde (2014). Documento de referência para o programa nacional de segurança do paciente. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
- Silva A., Carmelo, S. H. H., Terra F. S., Dázio, E. M. R., Sanches, R. S., Resk, Z. M. R. (2018) Segurança do paciente e a atuação do enfermeiro em hospital. *Revista de Enfermagem UFPE-on-line*. 12(6), 1-7. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i6a234593p1532-1538-2018>
- Silva, A. T., Alves, M. G., Sanches, R. S., Terra, F. S., Resck, Z. M. R. (2016) Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro. *Saúde e debate*, 40(111), 292-301. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611123>
- Tong, A., Sainsbury, P., Craig, J. (2007) Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*; 19(6), 349 – 357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Wegner, W., Silva, S. C., Kantorski, K. J. C., Predbon, C. M., Sanches, M. O., Pedro, E. N. (2016) Educação para a cultura de segurança do paciente: implicações para a formação profissional. *Revista da Escola de Enfermagem Ana Nery*. 20(3), 1-8. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160068>

A VALORIZAÇÃO DA PRECEPTORIA PARA FORTALECIMENTO DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: UM ESTUDO QUALITATIVO

Francisco José Passos Soares¹, Helga Maria Teixeira Cassiano¹, Jorge Artur Peçanha de Miranda Coelho¹

¹Universidade Federal de Alagoas, Brasil. francisco_passos01@hotmail.com; enfahelga@hotmail.com; jorge.coelho@famed.ufal.br

Resumo. Introdução: O exercício da preceptoria tem sido uma realidade a partir das mudanças advindas na política governamental de formar profissionais de saúde com foco nos princípios e demandas do Sistema Único de Saúde. Após dez anos de reforma curricular houve a necessidade de identificar as fortalezas e fragilidades na efetivação da Integração Ensino-Serviço. Objetivos: Compreender as motivações para a adesão, permanência e evasão ao exercício da preceptoria. Métodos: Estudo de caso de natureza qualitativa. Foram entrevistados dezessete preceptores em Unidades Básicas de Saúde da Família sobre a experiência no exercício da preceptoria abrangendo responsabilidades institucionais, fatores determinantes à adesão, permanência ou desistência do papel de preceptor. As falas foram analisadas por meio do software Iramuteq. Resultados: A pesquisa revelou como fatores dificultadores para a adesão e permanência dos preceptores a fragilidade na gestão da integração ensino-serviço, interferência do modelo hegemônico liberal do trabalho em saúde na prática da preceptoria; precariedade dos serviços; inexistência de política de formação pedagógica e de incentivos institucionais e financeiros. Conclusões: Há a necessidade de reconhecimento oficial da função de preceptor pela academia e serviço redimensionando a importância dos estágios em saúde da família para a formação médica.

Palavras-chave: Preceptoria; Atenção Primária em Saúde; Educação; Medicina.

VALUING THE PRECEPTORY FOR STRENGTHENING EDUCATION-SERVICE INTEGRATION: A QUALITATIVE STUDY

Abstract. Introduction: The exercise of preceptorship has been a reality based on the changes resulting from the government policy of training health professionals with a focus on the principles and demands of the Unified Health System. After ten years of curricular reform there was a need to understand the strengths and weaknesses in the effectiveness Teaching-Service Integration. Objectives: To understand the motivations for adherence, permanence and evasion to the exercise of preceptorship. Methods: Qualitative case study. Seventeen preceptors were interviewed in Basic Family Health Units about the experience in the exercise of preceptorship, covering institutional responsibilities, factors determining adherence, permanence or giving up the role of preceptor. The speeches were analysed using the Iramuteq software. Results: The research revealed as factors that hinder the adherence and permanence of the preceptors the fragility in the management of the teaching-service integration, interference of the liberal hegemonic model of health work in the preceptorship practice; precariousness of services; lack of pedagogical training policy and institutional and financial incentives. Conclusions: There is a need for official recognition of the role of preceptor by the academy and service, redimensioning the importance of internships in family health for medical training.

Keywords: Preceptorship; Primary Health Care; Education; Medicine.

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) consolidou-se com a Constituição Federal de 1988 e foi regulamentado pela Lei nº 8.080 (1999). O Decreto nº 7.508 (2011) veio dispor sobre a organização relativa às ações de planejamento e de assistência à saúde, com articulação

interfederativa, despontando o setor saúde como corresponsável pela formação de profissionais de saúde, em parceria com o setor educação.

O Art. 27 da Lei nº 8.080/90 prevê que os serviços públicos integrantes do SUS sejam espaços de vivência prática e de pesquisa, movimentando a dinâmica de Integração Ensino-Serviço (IES). O Ministério da Saúde (MS, 2005), na perspectiva de fortalecer o SUS implementou ações para a reestruturação do modelo de atenção à saúde, elegendo a atenção básica e a formação profissional.

Nesse sentido, a formação emergiu se contrapondo a antiga construção de saberes baseados em estruturas rígidas e práticas corporativistas, advindas do modelo flexneriano, incorporadas no Brasil, exigindo um processo de mobilização interinstitucional capaz de promover a formação em saúde pautada em novos paradigmas (Cyrino, Pinto, Oliveira, & Figueiredo, 2015).

Esforços de cunho macropolítico foram determinantes para as mudanças: em 2001 e 2014, foram propostas e atualizadas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) pelo Conselho Nacional de Educação (CNE), fortalecendo a atenção básica como cenário de formação médica (Ministério da Educação e Cultura [MEC], 2001; Ministério da Educação e Cultura [MEC], 2014); políticas estratégicas instrumentalizaram as mudanças na formação com o Pró- Saúde em 2005 e o Pet-Saúde em 2008 (Lima & Rozendo, 2015; Rodrigues, Juliano, Melo, Beck, & Prestes, 2012).

Com as DCN os cursos desenharam propostas com o compromisso ético de formar indivíduos com senso crítico sobre seu papel frente à sociedade, instigar o aluno a adquirir habilidades em comunicação, liderança, administração e gerenciamento dos serviços e da própria aprendizagem.

O MS indica os serviços públicos de saúde como locus principal do processo ensino aprendizagem onde as ações políticas ganham materialidade plena e expressam possibilidades de criação e de apropriação de produção/reprodução no cotidiano social, e nesse aspecto a preceptoria adquire importância e valor (Pinheiro & Luz, 2003).

A importância da IES reside, principalmente, na preocupação com o perfil e o papel do preceptor no contexto da formação médica, tendo o referencial de competência como norteador de uma identidade coletiva (Missaka & Ribeiro, 2011).

A reordenação da formação médica sob a égide da política de educação permanente do SUS foi iniciada fortalecida com o Pro-Pet-Saúde, em 2012, caracterizando-se pela

perspectiva interprofissional e eleição da preceptoria como estratégia essencial à efetivação da IES e alicerce à aprendizagem significativa para promover a inserção do aluno na realidade do SUS (Trajman, Assunção, Venturi, Tobias, & Brant, 2009).

São atributos dos preceptores o compromisso com a aprendizagem, o conhecimento de seu papel como educador e a capacidade de instigar o aluno para a aprendizagem (Bentes et al., 2013; Cavalheiro & Guimarães, 2011).

Diante da relevância da preceptoria na formação em saúde, fez-se necessário ouvir os preceptores de um curso público de medicina do nordeste, como estes se percebem na relação com o serviço, com a academia, no exercício da preceptoria. Foram verificados os determinantes da adesão do preceptor ao exercício da preceptoria, bem como da permanência e desistência.

2. METODOLOGIA

Estudo de caso, analítico, de natureza qualitativa, utilizando-se a entrevista semiestruturada, com sete perguntas norteadoras a respeito do exercício da preceptoria na atenção básica:

1) Como você percebe a formação médica? 2) Como você percebe os estágios na rede de atenção básica? 3) Como você percebe o compromisso e a responsabilidade da gestão municipal e federal para com a formação médica? 4) Como você percebe o papel da Universidade? 5) O que faria você desistir/retornar ao exercício da preceptoria? 6) Como você percebe a sua vivência na preceptoria? 7) O que você sugere para melhorar/adequar o exercício da preceptoria?

Participaram do estudo 17 médicos da rede de atenção básica, que atuam ou atuaram na preceptoria médica. Foram considerados como critérios de inclusão, ser médico lotado nas UBSF do 5º e 7º distrito sanitário de Maceió e ter atuado ou estar atuando como preceptor. O critério de exclusão adotado foi estar afastado das atividades laborais por licença ou aposentadoria, ou ainda a recusa à assinatura do TCLE.

A coleta de dados foi realizada por única pesquisadora, com entrevistas individualizadas que duraram entre trinta e oito e setenta minutos. Foram realizados contatos prévios com os participantes da pesquisa, informando-os sobre o projeto e agendando dia e hora para as entrevistas. Foi lido o TCLE e solicitadas assinatura e permissão para gravação das falas, que, transcritas, foram analisadas por meio do software IRAMUTEQ (Camargo & Justo, 2013; Ratinaud, 2014).

O software apoia-se em cálculos sobre a co-ocorrência de palavras em segmentos de texto, reunindo-os em classes, de acordo com sua semelhança e dessemelhança. O processo objetiva alcançá-las por meio da classificação estatística de enunciados simples do corpus considerado. No entanto, a definição final das categorias foi realizada por dois pesquisadores, independentes, considerando após leitura de todas as transcrições. A discussão foi apoiada na produção científica, nacional, recente, sobre a formação médica orientada para o SUS.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, com o número de certificado de apresentação para apreciação ética 49704115.8.0000.5013.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos resultados, constituída pelo corpus de 118 textos, apresentou um número de 1076 segmentos de texto. Destes, foram aproveitados 1064, correspondendo a 98,88% do total corpus. Considera-se tal resultado como um significativo aproveitamento do corpus, tendo em vista que foi superior a 75%. A análise permitiu a identificação de três classes distintas, porém complementares: Classe 1 – Desafios à integração da gestão ensino-serviço; Classe 2 – A precariedade do trabalho; Classe 3 – A valorização da atenção básica como cenário de ensino-aprendizagem.

3.1 Classe 1: Desafios à Integração da Gestão Ensino-Serviço

Nas falas dos entrevistados, identificam-se aspectos objetivos e subjetivos relativos à vivência da preceptoria na rede de atenção básica de Maceió. Estes convergem e dão visibilidade aos desafios que permeiam a baixa efetividade e que contribuem para fragilidade da IES: as condições atuais de como se dá a interação, a comunicação, a corresponsabilidade das instituições e seus gestores (universidade, secretarias de saúde, coordenadores de serviços e diretores de unidade) envolvidos no apoio à preceptoria, que se expressam na indefinição de papéis e formalidade na relação academia-serviço. Os laços desta relação ainda não são suficientes para criar e assegurar condições de viabilidade ao exercício da preceptoria nas UBSF.

“Eu vejo como uma grande responsabilidade dos poderes tanto principal federal e acho que nesse aspecto nós vivemos um momento desafiador, porque assim nós estamos enfrentando muitas carências, eu acho que falta nessa relação com a gestão com o serviço uma comunicação efetiva”.

“Então, eu acho que devia haver uma interação maior da rede municipal com a federal na formação médica”.

O entendimento dos entrevistados corrobora com o relato de Sisson (2009) que ao descrever sobre o desafio de conduzir as mudanças na formação dos profissionais de saúde sob a égide do princípio da integralidade, apregoa a necessidade de um repensar político-social, uma revisão de papéis e poderes, e construção de diálogo em todos os níveis de gestão. Ademais, aponta os setores da educação e saúde detentores do domínio legal, técnico e político para ordenar a formação de profissionais de saúde (Sisson, 2009).

Cavalheiro e Guimarães (2011) relatam que a partir das mudanças na formação de recursos humanos (RH) para o SUS, inicia-se o movimento da IES. A academia e o serviço são desafiados em suas especificidades e potencialidades: a universidade por ser lócus privilegiado da construção do saber, reconhecer que o serviço produz conhecimento, e o serviço, por sua vez, compreender que a parceria com a academia qualifica esta produção. Segundo os relatos dos preceptores, é tímida a contribuição da universidade e do serviço ao movimento para mudanças no perfil do egresso de medicina para atender as demandas sociais. Essa tendência de reorientação do perfil com alianças para mudanças na formação é recente, em que pese o reconhecimento da necessidade de mudanças ser algo urgente. Esforços macropolíticos têm apontado estratégias para legitimar e apoiar o compromisso dos setores de educação e saúde (Pinheiro & Luz, 2003).

Iniciativas isoladas dos setores de saúde e educação não são suficientes para responder às necessidades da formação de recursos humanos. A efetivação da integração ensino-serviço demanda medidas mais abrangentes na relação entre as duas instâncias. Diante disso, os Ministérios da Educação e Saúde, através de Portaria Interministerial de nº 1.127 (2015), instituem o Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde (COAPES), para fortalecer a IES no âmbito do SUS, iniciativa que não obteve sucesso.

Os preceptores apontam de forma persistente para a falta de diálogo e compromisso entre gestores do serviço e da universidade frente à preceptoria. Referindo-se à deficiência na preparação para a vivência da preceptoria, eles responsabilizam a academia. Em relação ao serviço, relatam que há pouco envolvimento no processo ensino-aprendizagem, uma vez que apenas oferecem as UBSF, sem o compromisso de verificação e adequação destes cenários.

“Na verdade há falta de compromisso da gestão municipal com a preceptoria, eles simplesmente levam o aluno para lá, mas eles não têm nenhum compromisso e essa preparação da Universidade, que eu acho seria importantíssima”.

“Eu percebo assim: que em questão tem que haver uma estruturação melhor tanto a respeito da preparação dos preceptores como o envolvimento maior da Secretaria Municipal de Saúde junto à Universidade”.

As falas dos preceptores concordam com o que defendem Lins, Soares e Coelho (2016), ser o preceptor um detentor de conhecimentos, capaz de desempenhar uma pluralidade de competências. Estas condições requerem investimento para o desenvolvimento de competências pedagógicas com vistas à melhoria do processo ensino-aprendizagem.

Peduzzi, Norman, Germani, Silva e Souza (2013) e Missaka e Ribeiro (2011) situam a preceptoria como condição estratégica no atual processo de ensino-aprendizagem, fazendo-se necessário o apoio da gestão acadêmica bem como municipal para a oferta contínua de cursos voltados à qualificação para a docência, em uma lógica emancipatória.

Nesta pesquisa, identificou-se ainda que, apesar de não liderar o ranking de demandas, o incentivo financeiro, motiva para o exercício da preceptoria. Observa-se nas falas a crítica por não haver uma política financeira estruturante capaz de dar respostas à efetivação da preceptoria.

“A falta de incentivo, incentivo com uma bolsa, incentivo nos aspectos da responsabilidade com o aluno e gente não viu um suporte tanto da parte da Secretaria Municipal como da própria universidade. Eu acho que tinha que melhorar todo esse contexto, melhorar essa relação entre o aluno e o preceptor”.

“A universidade junto à gestão municipal deveria formalizar a bolsa porque seria um estímulo para um determinado profissional se interessar em ser preceptor além de que eu acho que tem que ter uma reformulação no atendimento da unidade”.

Esses relatos demonstram insatisfação com a gestão do processo de trabalho tornando evidente a necessidade de reconhecimento da adição da função pedagógica, não contratual, às atividades laborais, exigindo do médico novas responsabilidades. A falta de reconhecimento e valorização, quer seja financeira e/ou do desempenho, provoca desestímulo, descrédito, afastamento, desistência da preceptoria (Bentes et al., 2013).

O poder exercido de forma verticalizada pela gestão no serviço, sobre o processo de trabalho, ignora as especificidades da preceptoria, e descuida da exigência de relações horizontalizadas para o êxito no trabalho em equipe, cooperativo e solidário (Cavalheiro & Guimarães, 2011).

Trajman et al. (2009) consideram a redução na produção diária e melhorias na infraestrutura como mais importantes do que o incentivo financeiro.

Há entendimento pelos preceptores entrevistados de que existe a intenção por parte da academia e do serviço em estreitar o vínculo da IES, com necessidade de revisão dos compromissos e responsabilidades.

“Eu acho que eles têm a intenção, tem que ter o compromisso tanto da gestão municipal como da federal para a formação médica.”

“Espero que esse seu trabalho seja uma mudança junto à universidade e gestão municipal na preceptoria, porque elas precisam acontecer. O aluno precisa ir à unidade de atenção básica, eles precisam ter esse respaldo, aí eu acho que o seu trabalho vem melhorar tudo isso aí.”

Missaka e Ribeiro (2011) afirmam que a preceptoria colabora com a construção de saber significativo para uma formação humanizada e orientada pelos princípios do SUS. Por sua vez, a academia vê-se compelida a rever interfaces entre mercado de trabalho e adequação curricular.

Lins et al. (2016) inferem que a formação dos profissionais de saúde com vistas a atender aos princípios da atenção primária em saúde (APS) exige vivência da realidade do SUS e apropriação dos conhecimentos produzidos nos campos das práticas, com abordagens pedagógicas inovadoras.

Souza (2013) descreve a preceptoria como atividade complementar à formação, garantidora da experiência com a realidade social, devendo ser instrumentalizado com as competências necessárias para o compromisso da aprendizagem mútua com o aluno.

Nesse sentido, uma política para mudança tem que ser capaz de ir além das previsões legais, das proposituras formais, das declarações de intenção, e das instâncias, para que adquira materialidade social. Para isso, deve provocar o pensamento crítico em todos os atores inclusos no processo da IES (Ceccim & Feuerwerker, 2004).

3.2 Classe 2: A Precariedade do Trabalho

Esta classe expõe as falhas da gestão do ensino no trabalho em saúde, bem como seus efeitos e consequências no trabalho individual e no exercício da preceptoria, dependentes do fluxo organizacional da assistência.

Ao preceptor é imposta a responsabilidade da formação do aluno sem consideração à multiprofissionalidade e ao trabalho em equipe. Propiciar ao aluno uma vivência prática pautada em relações precárias, sem reconhecimento da integralidade assistencial, é relegar ao discente uma visão fragmentária e insuficiente do trabalho em saúde, na contramão dos ordenamentos e princípios do SUS.

“A gente consegue fazer alguma coisa antes do exame chegar ou antes mesmo do especialista me dar uma resposta, mas acho que essa rede que cerca a atenção básica precisa ser melhor estruturada”.

“Veja, vou atender os pacientes e peço o mínimo possível de exames, aí chegam aqui no CORA, não está com a internet, nem tem previsão de quando vamos marcar”.

Essas falas denotam preocupação com a qualidade de um ensino associado a fragmentação e insuficiência na assistência. Lins et al. (2016) afirmam que tais comprometimentos não invalidam a presença do aluno nas UBSF, uma vez que os próprios discentes consideram válida a experiência.

Segundo Trajman et al. (2009) o processo de trabalho imerso na precariedade do serviço subjuga a produção criativa das ações de saúde a uma lógica de insatisfação. Em contrapartida a essa lógica o preceptor deve despertar para a crítica sobre o processo de trabalho, e elevar sua formação profissional e ética.

Os preceptores relatam dificuldades para o trabalho em equipe: falhas na gestão política e organizacional, dos ambientes e processos de trabalho, dificultam a interação entre os profissionais.

"Porque aí você vai discutir cada caso, mas aqui a gente não tem isso, teve tempos de paciente fazer pré-natal todinho comigo e não ter um exame de sangue, isso é angustiante."

"Ficou dentro da meta dos médicos, a gente tirou uma meta plausível para que eles vejam, eles têm que ver x pacientes hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças, mas um número bem mais reduzido do que o profissional médico, até porque ele tem que acompanhar os demais profissionais da equipe".

A interprofissionalidade organizadora de um trabalho em equipe efetivo, surge como um novo princípio da APS, dificultado pelo estado atual de fragmentação do trabalho e dissociação da formação entre os distintos cursos da saúde (Peduzzi, Norman, Germani, Silva, & Souza, 2013).

Os relatos dos participantes do estudo apontam que aspectos da precariedade da rede de atenção básica, relacionados à atividade laboral, como as exigências de cumprimento de metas de produtividade e as péssimas condições de trabalho associadas à experiência da preceptoria são, de fato, condições cruciais à desistência do papel de preceptor.

Percebe-se nas falas que as funções cumulativas de profissional e preceptor imprimem a ideia de exploração da força de trabalho, com exigências de produtividade, sem redução de metas, e sem o adicional financeiro, correspondente, induzindo ao deficiente exercício da preceptoria. A sobrecarga laboral faz o profissional temer uma avaliação negativa de sua imagem pelo aluno.

"Porque eu gostava de ser preceptora. O fator financeiro não influenciava tanto, foi mais a questão física mesmo, não tinha condição de atender o aluno aqui na unidade, se eu tivesse um local adequado para receber meus alunos aí com certeza aceitaria."

“Se eu o deixasse atender só, eu não podia atender a mesma quantidade de pacientes, mas a mim sempre foi exigido a mesma quantidade de pacientes de quem não é preceptor, de quem não estava ali com o aluno.”

Para Trajman et al. (2009) as UBSF como espaços de construção do saber e de promoção à saúde necessitam alocação de recursos suficientes para manter adequada estrutura física, condições de trabalho, fluxo organizacional e prática de saúde com perspectivas na integralidade e interdisciplinaridade, para fortalecimento do SUS.

Há preocupação por parte do preceptor em ter sua imagem profissional vinculada à realidade de precariedade na qual estão imersas as UBSF.

Sisson (2009) e Missaka e Ribeiro (2011) afirmam que a identidade profissional é adquirida na vivência do aluno no campo das práticas. É neste universo que o aluno e o preceptor põem seus conhecimentos a serviço de uma prática assistencial, a qual fortalece valores relativos ao modo de pensar e atuar, individual e/ou coletivamente. O preceptor exerce influência no discente, e isto implica desenvolver no aluno valores sociais a partir de suas experiências vivenciadas no estágio.

3.3 Classe 3: A Valorização da Atenção Básica como Cenário de Ensino-Aprendizagem.

Esta classe demonstra elementos positivos vivenciados pelos preceptores. Estes reconhecem que a formação na rede de atenção básica, desde o primeiro ano de graduação, vem provocando no discente o desenvolvimento gradual de segurança, autonomia, e identidade social e profissional.

Constata-se o reconhecimento da contribuição dos estágios nas UBSF para o desempenho do aluno no futuro exercício da medicina.

“Então, essa nossa formação, creio que, os nossos alunos já saem mais seguros, eles passam dois anos em prática e isso a gente tem uma fala de nossos colegas preceptores do rural, o estágio no interior”.

“Eu acho que esses estágios na rede de atenção básica são necessários para o aluno de medicina, tanto o estágio inicial no 1º ano de medicina como o estágio no final do curso”.

Barreto, Monteiro, Magalhães, Almeida e Souza (2011) afirmam que a coprodução da autonomia é o foco de todas as relações existentes na produção do cuidar mediadas pelo ensino. A rede de atenção básica como campo potencial de práticas necessárias e o profissional como preceptor são, portanto, fundamentais para a formação em saúde.

O preceptor reflete sobre a importância política de seu papel para a formação médica atual, demonstrando conhecimento sobre o projeto político pedagógico do curso de medicina.

“Eu acho bastante válido, importante, principalmente porque o aluno inserido na unidade de atenção básica ele vai vivenciar a realidade da medicina brasileira, e principalmente porque eu tenho uma paixão específica pelo ensino.”

“Chegam as DCN e diminuem a fase de conhecimento para quatro anos, deixa dois anos finais para o internato, ou seja, onde estão os estágios, e aí um deles é o estágio na atenção básica.”

As falas revelam a valorização da atenção básica como espaço de construção de saberes e de mudanças na formação médica. De acordo com Barreto et al. (2011) a aprendizagem na APS acontece em um cenário privilegiado para o ensino médico, pois inserida no contexto social real, com possibilidades de observar, acompanhar e identificar os determinantes sociais do processo saúde-doença.

Cavalcante, Soares e Correia (2014) sugerem que o processo ensino-aprendizagem em estágios nas UBSF provoca no discente a capacidade crítico-reflexiva sobre o processo de trabalho, com reconhecimento das limitações impostas aos profissionais e início de um processo de aquisição de atributos que conferem saber, competências, habilidades e autonomia. Para esses autores a qualidade dos cenários de ensino-aprendizagem em Maceió, nas UBSF, com foco nos atributos próprios à atenção primária, contribui, instiga e desenvolve no estudante de graduação características profissionais adequadas às necessidades da população.

Apesar da frágil relação academia-serviço servir como desestímulo, e da preocupação de ser identificado como não qualificado para a função, no exercício de um processo de trabalho desestruturado e fragmentado, os preceptores remanescentes ainda têm a esperança de solução aos entraves nessa relação.

“Hoje, alguns desses colegas são preceptores e recebem esses novos alunos e veem que a formação deles está mais completa, isso veio fortalecer muito esses dois anos de internato, dedicados, especificamente aos estágios. A prática dos estágios melhorou muito, melhorou muito essa formação médica.”

As reflexões dos preceptores de Maceió confirmam e ampliam resultados de estudo anterior que identificou aspectos relevantes para a satisfação no exercício da preceptoria: capacitação pedagógica, reconhecimento e regulamentação da função do preceptor junto à universidade no processo ensino-aprendizagem, apoio para a aprendizagem de metodologias de ensino referenciadas nas correntes críticas da educação, e valorização da

função do preceptor com ênfase na mobilização das capacidades individuais e sociais de transformação das práticas assistenciais e educacionais (Jesus & Ribeiro, 2012).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na compreensão dos preceptores entrevistados, a atenção básica tem contribuído para a formação dos discentes de medicina, bem como o exercício da preceptoria tem impulsionado o processo ensino-aprendizagem, provendo conhecimento dos atributos da APS e promovendo a autonomia, apesar da gestão ineficiente da IES para garantir direitos.

Os preceptores reconhecem a importância da atenção básica na formação profissional médica, em todas as etapas de formação, com ênfase na experiência prática durante o internato. Esses têm consciência que a presença do aluno tem contribuído para maior reflexão sobre o processo de trabalho. No entanto, a IES continua fragilizada, os preceptores percebem-se isolados, a comunicação academia-serviço é falha e insuficiente, não havendo planejamento conjunto. A indefinição de responsabilidades e seus respectivos papéis entre as partes envolvidas também tem contribuído para que os profissionais relatem a sensação de vazio, de não pertencimento no processo.

O método qualitativo com apoio no software iramuteq foi útil para definição de categorias e seleção de conteúdos discursivos para análise. O software acelerou os processos de análise e permitiu aos pesquisadores comparar os elementos selecionados com suas leituras subjetivas individuais e ampliar o foco da interpretação. Os limites ao método encontram-se na impossibilidade de apresentar para publicação todos os gráficos gerados, muito interessantes, e auxiliares à interpretação dos resultados.

5. REFERÊNCIAS

- Barreto, V. H., Monteiro, R. O. S., Magalhães, G. S. G., Almeida, R. C. C., & Souza, L. N. (2011). Papel do preceptor da atenção primária em saúde na formação da graduação e pós-graduação da Universidade Federal de Pernambuco: Um termo de referência. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35(4), 578-583.
- Bentes, A., Leite, A. J. M., Montenegro, A. P. D. R., Paiva Junior, B. R., Medeiros, S. F. C., Gomes, J. M. A., Afonso, D. H. (2013, Outubro). Preceptor de residência médica: Funções, competência e desafios. A contribuição de quem valoriza porque percebe a importância: Nós mesmos! *Cadernos da Associação Brasileira de Educação Médica*, 9, 32-38.
- Camargo, B., & Justo, A.M. (2013). Iramuteq: Um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*, 21(2), 513-18.
- Cavalcante, J. K., Soares, F. J. P., & Correia, D. S. (2014). Desenvolvimento discente no estágio em estratégia saúde da família. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 38(1), 15-24.
- Cavalheiro, M. T. P., & Guimarães, A. L. (2011, Dezembro). Formação para o SUS e os desafios da integração ensino serviço. *Caderno do Fórum nacional de educação das profissões na área da saúde*, 1, 19-27.
- Ceccim, R. B., & Feuerwerker, L. C. M. (2004). Mudança na graduação dos profissionais de saúde sob o eixo da integralidade. *Cadernos de saúde pública*, 20(5), 1400-1410.

- Cyrino, E. G., Pinto, H. A., Oliveira, F. P., & Figueiredo, A. M. (2015). O Programa Mais Médicos e a formação no e para o SUS: por que a mudança? *Escola Anna Nery*, 19(1), 5-10.
- Decreto nº 7.508 (2011, Junho). Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/1028206/decreto-7508-11>
- Jesus, J. C. M., & Ribeiro, V. M. B. (2012). Uma avaliação do processo de formação pedagógica de preceptores do internato médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 36(2), 153-161.
- Lei nº 8.080. (1999, Setembro). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, Seção 1.
- Lima, P. A. B., & Rozendo, C. A. (2015). Desafios e possibilidades no exercício da preceptoria do Pró-PET-Saúde. *Interface - Comunicação, saúde, educação*, 19(1), 779-91.
- Lins, T. S., Soares, F. J. P., & Coelho, A. P. M. (2016). Avaliação dos atributos em atenção primária à saúde no estágio em saúde da família. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 40(3), 355-363.
- Ministério da Educação e Cultura. (2001, Novembro). Resolução CNE/CES nº 4, de 07/2001. diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Brasília, Brasil: Ministério da Educação e Cultura.
- Ministério da Educação e Cultura. (2014, Junho). Resolução CNE/CES nº 3/2014. diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Brasília, Brasil: Ministério da Educação e Cultura.
- Ministério da Saúde. (2005). *Pró -saúde: Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde*. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde.
- Missaka, H., & Ribeiro, V. M. B. (2011). Preceptoria na formação médica: Subsídios para integrar teoria e prática na formação profissional – o que dizem os trabalhos nos congressos brasileiros de educação médica 2007-2009. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35(3), 303-310.
- Peduzzi, M., Norman, I. J., Germani, A. C. C. G., Silva, J. A. M., Souza, G. C. (2013). Educação interprofissional: Formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(4), 977-983.
- Pinheiro, R., & Luz, M. T. (2003). Práticas eficazes x modelos ideais: Ação e pensamento na construção da integralidade. In *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde* (pp. 1-25). Rio de Janeiro, Brasil: Associação Brasileira de Saúde Coletiva.
- Portaria interministerial nº 1.127. (2015, Agosto). Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Ratinaud, P. (2014). Iramuteq: Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (Version 0.7 alpha 2) [Windows, GNU/Linux, Mac OS X]. Consulté à l'adresse <http://www.iramuteq.org>
- Rodrigues, A. A., Juliano, I. A., Melo, M. L. C., Beck, C. L. C., & Prestes, F. C. (2012). Processo de interação ensino, serviço e comunidade: a experiência de um PET-Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 36(1), 184-192.
- Sisson, M. C. (2009). Implantação de programas e redefinição de práticas profissionais. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33(1), 92-103.
- Sousa, D. P. (2013). *Preceptoria em saúde bucal na atenção básica no município de Goiânia sob a perspectiva do preceptor* (Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Brasil).
- Trajman, A., Assunção, N., Venturi, M., Tobias, D., Toschi, W., & Brant, V. (2009). A preceptoria na rede básica da secretaria municipal de saúde do Rio de Janeiro: Opinião dos profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33(1), 24-32.

REFLEXÕES TEÓRICAS SOBRE O CUIDAR DE SI À LUZ DO INTERACIONISMO SIMBÓLICO: UM ESTUDO DE REVISÃO INTEGRATIVA

Sheilane da Silva Santos¹, Glaucia Valente Valadares¹, George Luiz Alves Santos¹, Ligia Santana Rosa¹, Jussara Regina Martins¹ e Paulo Joaquim Pina Queirós²

¹Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, Brasil. sheilane_silva@hotmail.com; gvvufrrj@gmail.com; georgealvesrad@hotmail.com; lilimatipo@gmail.com; jussaramartinsjf@gmail.com

²Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal. pauloqueiros@esenfc.pt

Resumo. Introdução: É necessário o investimento no desenvolvimento profissional do enfermeiro, estimulando-o para a prática do cuidar de si, não só proporcionando ao outro um cuidado mais consciente e seguro, mas, também, para proporcionar um nível satisfatório de bem-estar no que tange a sua saúde. Objetivo: discutir os principais achados acerca do cuidado de si em enfermagem à luz do Interacionismo Simbólico. Métodos: revisão integrativa de literatura realizada nas bases de dados LILACS, BDENF, MEDLINE/PubMed e SCIELO, de estudos publicados entre 2014 e 2019, em inglês, português e espanhol. Resultados: foram analisados 12 estudos que abordavam o cuidado de si de forma conceitual, teórica e prática nos diversos cenários que compõem a enfermagem, revelando as relações interpessoais estabelecidas na construção do cuidado fundamental. No que se refere à discussão dos estudos à luz do Interacionismo Simbólico, nenhum artigo utilizou-se deste referencial em suas análises. Conclusão: a presente revisão traz à discussão como o enfermeiro se percebe na perspectiva do cenário de cuidado e como este tem percebido esta relação quando o objeto em questão são suas próprias necessidades de autoconhecimento, revelando aspectos que claramente se relacionam com os conceitos do Interacionismo Simbólico.

Palavras-chave: Enfermagem; Equipe de Enfermagem; Relações Interpessoais.

THEORETICAL REFLECTIONS ON TAKING CARE OF ONESELF IN THE LIGHT OF SYMBOLIC INTERACTIONISM

Abstract. Introduction: It is necessary to invest in the professional development of nurses, encouraging them to practice taking care of themselves, not only providing others with more conscious and safe care, but also to provide a satisfactory level of well-being in what they do. Objective: to discuss the main findings about nursing self-care in the light of Symbolic Interactionism. Methods: integrative literature review conducted in the LILACS, BDENF, MEDLINE/PubMed and SCIELO databases, of studies published between 2014 and 2019, in English, Portuguese and Spanish. Results: 12 studies were analysed that addressed self-care in a conceptual, theoretical and practical way in the different scenarios that make up nursing, revealing the interpersonal relationships established in the construction of fundamental care. With regard to the discussion of studies in the light of Symbolic Interactionism, no article has used this framework in its analyses. Conclusion: this review brings to discussion how nurses perceive themselves in the perspective of the care scenario and how they perceive this relationship when the object in question is their own needs for self-knowledge, revealing aspects that clearly relate to the concepts of Symbolic Interactionism.

Descriptors: Nursing; Nursing, Team; Interpersonal Relations.

1. INTRODUÇÃO

O cuidado em enfermagem, segundo Sharovsky et al. (2014, p. 101) representa a “essência da profissão e pertencente a duas esferas distintas: uma objetiva, relacionada ao desenvolvimento de técnicas, bem como procedimentos específicos; e outra esfera, que é a subjetiva, baseada na sensibilidade, criatividade do profissional e das relações intersubjetivas estabelecidas pelo mesmo”. Refletindo sobre o cuidado, talvez seja possível compreender que as atitudes dos profissionais de enfermagem precisam ser reavaliadas constantemente, pois, apesar de terem o cuidado como base da profissão, “ainda se deparam com atitudes e práticas que os tornam mecanicistas” (Santos et al., 2017, p.05).

Para tanto, de acordo com Soares, Zeitouni, Lisboa e Mauro (2011, p.42), existe “a real necessidade do investimento no desenvolvimento profissional do enfermeiro”, estimulando-o para a prática do cuidar de si, não só proporcionando ao outro um cuidado mais consciente e seguro, mas, também, para proporcionar um nível satisfatório de bem-estar no que tange a sua saúde.

Nessa caminhada podemos observar que a noção de bem-estar, seja ela posta na prática profissional ou no dia a dia pessoal e particular do enfermeiro, reflete o significado que o cuidar de si tem no contexto em que o mesmo se insere. Desta forma, permite-nos discutir sobre este significado com base nos conceitos do referencial teórico Interacionismo Simbólico, que tem sido amplamente utilizado nos estudos de enfermagem. O Interacionismo Simbólico é um referencial que aborda como premissa básica “a construção do significado através das interações sociais, esclarecendo que tais relações são totalmente moldáveis ao longo do tempo na medida em que se estabelecem novos processos interacionais” (Coulon, 1995, p.23).

De acordo com Gabatz, Schwartz e Milbrath (2016, p.369), o “Interacionismo Simbólico foca na natureza da interação social e nela a dinâmica e as atividades sociais tomam lugar entre os atores”. Os indivíduos interagem, sendo as sociedades construídas a partir das interações dos indivíduos. A sociedade desta forma sofre constantes mudanças geradas pelos processos interacionais da relação humana.

É importante ressaltar que o cuidado de si vai além de meros procedimentos ou atitudes voltadas para o autocuidado, já que envolve relações que são construídas a partir de dimensões simbólicas que podem ser compreendidas como ações, interações e comportamentos claramente caracterizados pelos preceitos do Interacionismo Simbólico.

Portanto, é fundamental evidenciar o cuidado de si na perspectiva do seu dinamismo a ser construído através das múltiplas interações num determinado contexto social.

Podemos perceber que existe uma conexão teórica entre o conceito central de significado revelado pelo Interacionismo Simbólico e o conceito de cuidado de si a ser trabalhado em diversas áreas da pesquisa em saúde. Baseado no que aqui foi exposto, temos como objetivo deste artigo: discutir os principais achados acerca do cuidado de si em enfermagem à luz do Interacionismo Simbólico.

2. MÉTODOS

Trata-se de um estudo realizado através da revisão integrativa da literatura sobre o cuidado de si na enfermagem. Assim, a revisão integrativa de literatura é um método que tem como finalidade sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira sistemática, ordenada e abrangente. É denominada integrativa porque fornece informações mais amplas sobre um assunto/problema, constituindo, de tal modo, um corpo de conhecimento. Deste modo, no que afirma Ercole, Melo e Alcoforado (2014, p.255), “o revisor/pesquisador pode elaborar uma revisão integrativa com diferentes finalidades, podendo ser direcionada para a definição de conceitos, revisão de teorias ou análise metodológica dos estudos incluídos de um tópico particular”.

Para a construção da revisão integrativa é preciso percorrer seis etapas distintas, sendo elas: a identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados; e apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

Para responder a primeira etapa da revisão integrativa, elaborou-se a questão norteadora como direcionadora do estudo, a saber: como se revelam as produções científicas acerca do cuidado de si em enfermagem?

Em cumprimento a segunda fase da revisão, com finalidade relacionada a amostragem da literatura, foram realizadas buscas nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Bases de Dados de Enfermagem (BDENF), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE/ PubMed) e na biblioteca

eletrônica Scientific Eletronic Library Online (SciELO) através dos descritores controlados pelos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) “*enfermagem*”, “*equipe de enfermagem*”, “*cuidados de enfermagem*” e o descritor não controlado “*cuidado de si*”. Estes termos foram utilizados de forma conjunta e isolados.

No que se refere à coleta dos dados correspondente a terceira fase de revisão, as obras pesquisadas foram publicadas no período de 2014 a 2019, sendo eleito este recorte temporal para os estudos com a intencionalidade de abarcar as produções mais recentes acerca do tema. A coleta do material para a pesquisa foi realizada de outubro a dezembro de 2019. Os critérios de inclusão para seleção dos artigos foram: estudos publicados na íntegra entre 2014 e 2019, em português, inglês e espanhol sobre a temática cuidado de si na área de enfermagem.

Excluíram-se os editoriais, resumos de anais, trabalhos de conclusão de curso, boletins epidemiológicos, relatórios de gestão, documentos oficiais de programas nacionais e internacionais, livros, teses e dissertações, publicações que não se enquadraram no recorte temporal estabelecido e estudos que não respondiam ao objetivo proposto inicialmente. Estudos encontrados em duplicidade nas bases de dados foram considerados uma única vez.

Em levantamento bibliográfico preliminar com os descritores elencados, foram reunidos um total de 94 artigos que se assemelhavam a temática descrita para análise. Após leitura de seus títulos e resumos, 36 estudos foram excluídos após terem sido identificadas duplicações dos seus textos, restando um total de 58 artigos.

Nestes foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão, onde 27 estudos foram dispensados, restando um total de 31 para leitura de seus textos na íntegra. Então, após leitura dos textos e paralela aplicação da questão norteadora desta pesquisa, tivemos como resultado final 12 estudos para análise e construção desta revisão, conforme ilustra o diagrama abaixo representado pela Figura 1. Este estudo teve sua avaliação crítica realizada por dois de seus autores, de forma independente.

Para a avaliação dos estudos referente à quarta fase do método elaboramos um quadro sinóptico com os principais atributos dos estudos selecionados onde podemos destacar os autores, ano, base indexada e principais benefícios, como demonstrado abaixo no Quadro 1.

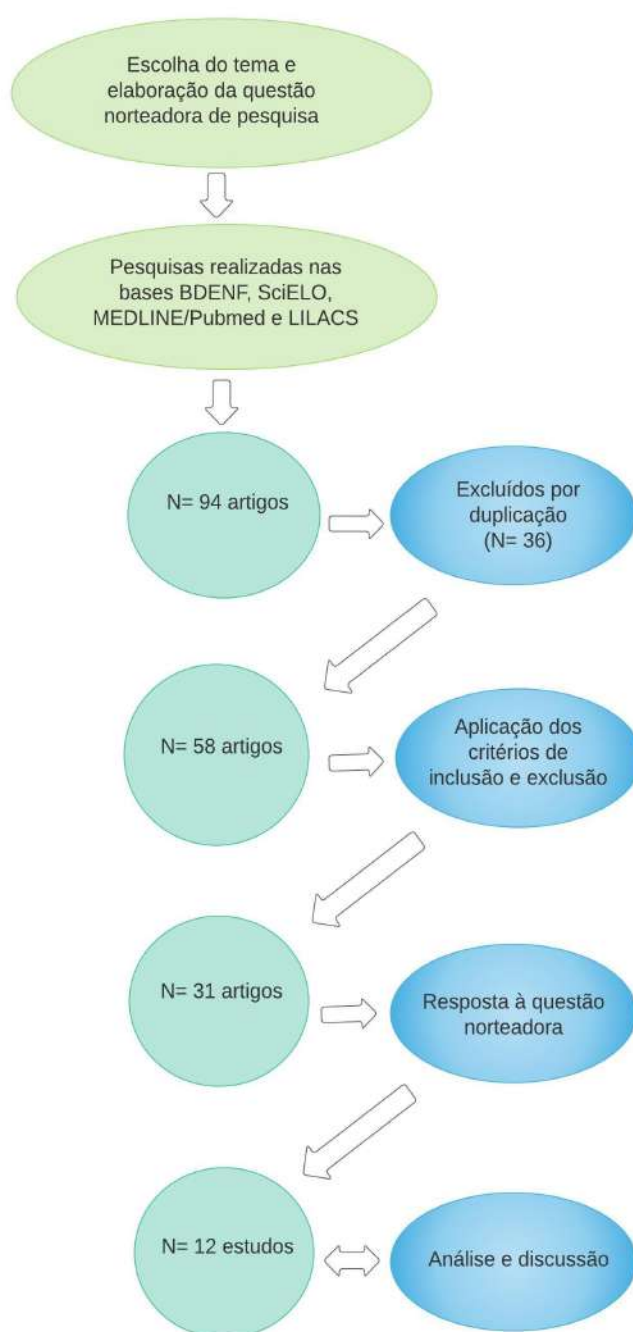


Figura 1. Diagrama das etapas de busca dos estudos.

Quadro 1. Distribuição das principais características encontradas nos estudos publicados entre 2014 a 2019.

Autores/Ano	Base indexada	Principais Benefícios
Silva A. A., Terra M. G., Gonçalves M. O., Souto VT./2014	SciELO	Demonstra um cuidado prestado ao outro deslocado de si mesmo.
Elias E. A., Souza I. E. O., Vieira L.B./2014	LILACS	Expõe o cuidar do outro em detrimento de si por mulheres.
Blum C. A./2014	MEDLINE/ PubMed	Reforça a importância do combate ao estresse no cuidado de si.
Oliveira R. K. M., Maia C. A. A. S., Queiroz J. C./2015	LILACS	Trata o ambiente de trabalho como (des)favorecedor do cuidar de si.
Ferreira E. S., Souza M. B., Souza N. V. D. O., Tavares K. F. A., Pires A. S./2015	BDENF	Trabalha o cuidado de si sob a ótica do bem-estar e da busca a qualidade de vida.
Tomasschewski-Barlem J. G., Piexak D. R. , Barlem E. L. D., Lunardi V. L., Ramos A. M. /2016	BDENF	Destaca os aspectos biopsicossociais do cuidar de si e a importância ao bem-estar do profissional.
Sebold L. F., Kempfer S. S., Girondi J. B. R., Prado M.L./2016	SciELO	Destaca o cuidado sob a lógica da empatia.
Crane P. J., Ward S.F./2016	MEDLINE/ PubMed	Revela técnicas para o enfermeiro conhecer-se e cuidar de si.
Xavier A.P., Barreto D.M., Alóchio K. V., Sá S. P. C., Silva Júnior D. I./ 2017	BDENF	Destaques aos principais impeditivos para o enfermeiro postergar o cuidado de si.
Andrade E.O., Givigi L.R.P., Abrahão A.L./ 2018	LILACS	Contribui para a discussão das práticas de produção do cuidado de si pautadas pelo desafio de se deslocarem da hegemonia dos referenciais prescritivos e homogeneizantes no campo da Saúde.
Silva M .A., Teixeira E. R., Pereira E. R., Silva R. M. C. R. A., Rocha R. C. N. P., Rondon S. O. B./ 2019	SciELO	Analisa a saúde como direito na perspectiva do cuidado de si, na concepção dos profissionais de enfermagem.
Gomes, I. D./ 2019	LILACS	Discuti sobre a enfermagem contar com o cuidado de si, como um saber que lhe é próprio, sendo a aplicação deste saber em atuação concreta e visível.

Na quinta fase da revisão, apresentamos no desenvolvimento do estudo, os principais atributos dos artigos selecionados onde podemos destacar os autores, ano, base indexada e principais benefícios e, posteriormente, a sexta e última fase, onde realizamos a síntese do conhecimento elucidado e sua análise sob a ótica do referencial Interacionismo Simbólico. Isto respondendo ao objetivo proposto inicialmente, além de demonstrar algumas lacunas sobre a produção científica acerca o cuidado e si em enfermagem analisadas com base nos conceitos centrais deste referencial.

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O cuidado, em sua essência na construção conceitual, pode ser percebido como uma forma de agir. Soares e Zeitoune (2012, p.44) afirmam que este é “produzido como experiência do encontro específico e delineado por subjetividades que abarcam diferentes aspectos, a saber: sociais, políticos, culturais, históricos, dentre muitos outros”; que acabam por revelar as interações entre cidadãos em uma determinada sociedade. Um aspecto fundamental do cuidado é tentar compreender a realidade do outro; envolve sair da própria estrutura referencial e buscar a compreensão do outro. Ou seja, é um sentir-se com o outro.

O cuidado que queremos afirmar, de acordo com Andrade, Givigi e Abrahão (2018, p.69):

Aponta para a possibilidade de uma produção singular da/na existência que se abra para diferentes modos de ver, ouvir, pensar, sentir e cuidar. De um cuidado que provoque, nas relações com o outro, possibilidades de deslocamentos, de transformações seja no trabalhador, seja no usuário, de modo que o que vai nortear o cuidado será menos o protocolo, a norma e a regra, e mais a possibilidade de criação que se abre no fazer em saúde a partir de cada encontro.

As ações do cuidar “são reconhecidas socialmente e associadas à natureza do ser humano, portanto, no âmbito sociocultural do exercício do cuidar, percebe-se que o mesmo sempre exigiu o acolhimento de uma individualidade” (Xavier et al., 2017, p.1182). Nesta relação de empatia, o cuidado de enfermagem se revela por agregar fatores que em sua essência vão além das técnicas e práticas “*automatizadas*”. Não pode ser apenas o resultado de um processo de trabalho puramente técnico, bem como nas expertises pessoais segmentadas. Há de tal modo, uma urgente necessidade de revisão que busque fortalecer o cuidado, cada vez mais, na construção do saber profissional, enquanto ciência em contínua evolução.

Como processo de trabalho da enfermagem, o cuidado relacionado às ações de promoção e proteção à saúde deve estar também interligado às questões inerentes ao profissional, a sua percepção sobre o significado do “ser saudável”, no âmbito de aspectos que perpassam a manutenção de sua própria saúde, do seu estilo de vida e da compreensão sobre os cuidados voltados a si. Enfim, tem-se um plano filosófico do cuidar como ato essencial a manutenção da vida de todos os partícipes do mesmo que precisa garantir a sua própria existência.

O enfermeiro tem como essência a arte do cuidar, sendo este um cuidado integral e holístico, que se dá através da compreensão da vida humana e do compartilhamento de informações e de sentimentos, que advêm do contato com o cliente no momento em que cuida (sempre único, portanto, cuidado arte). O cuidar, como afirmam Elias, Souza e Vieira (2014, p.416)

“exige preocupação, conhecimento, dedicação ao próximo e a si mesmo, devendo o cuidador exercitar antes do cuidado do outro o cuidado de si”.

O cuidado de si não designa simplesmente uma preocupação, mas todo um conjunto de ocupações ou, também, uma ocupação regrada, um trabalho com procedimentos e objetivos. Sendo assim, Silva et al. (2019, p.163) descreve esse cuidado de si como um “labor que resulta em tempo para praticá-lo em um exercício de si mesmo, e em toda a filosofia antiga, o cuidado de si foi considerado como dever e técnica, contendo um grau de obrigação fundamental”.

Considerando tal contexto, o cuidado de si passa a ser entendido “como um processo de subjetivação, no qual estão envolvidos uma variedade de situações e ações que ajudam os trabalhadores no que tange o alcance do bem-estar” (Ferreira et al., 2015, p.979). Numa reflexão mais ampliada, “o exercício de cuidar de si compreende os cuidados apreendidos como imprescindíveis para que os profissionais de enfermagem promovam o equilíbrio social, físico e emocional no desenvolvimento de suas atividades” (Tomasschewski-Barlem, 2016, p. 4630).

Nesse sentido, “o cuidado de si está relacionado com a própria existência, ou o modo de ser dos enfermeiros. Assim, é através deste que os mesmos se revelam nas diferentes realidades de atuação, funções e responsabilidade” (Crane & Ward, 2016, p. 390). Não obstante, é real e iminente a necessidade dos enfermeiros se reconhecerem como parte do objeto de cuidado, resguardando as necessidades pessoais na construção das práticas voltadas ao seu próprio cuidado, conhecendo seus limites e respeitando-se como ser semelhante ao outro, porém com necessidades e desejos particulares, individuais e distintos.

A prática do cuidar de si deve ser incorporada sistematicamente em todas as áreas de atuação da enfermagem para que este profissional minimize os desgastes físico, emocional e mental. Assim, não podemos entender o cuidado de si como algo a ser prescrito, mas algo a ser conquistado pela busca do conhecimento interior, pois o cuidado de si “é particularmente uma busca individual, sobretudo que se dá no encontro consigo e com o outro, evidenciando o ser humano como um ser das relações, que se constrói e que se reconstrói” (Oliveira, Maia, & Queiroz, 2015, p. 2108).

As relações humanas são o ponto chave para a compreensão do cuidado de si. Os profissionais não se cuidam sozinhos, dependem do outro no convívio. O cuidado de si é

igualmente entendido como possuidor de dimensões pessoais e coletivas, que se expressam na forma como os seres humanos se relacionam consigo mesmos e uns com os outros em suas interações diárias.

Este cuidar de si, segundo Gomes (2019, p. 09):

Não significa que as pessoas fiquem entregues a si próprias; o que pretende é dar ênfase ao processo reflexivo que deve ser promovido na pessoa, para que esta possa ter autonomia e tomar decisões com base em informação esclarecida, qualquer que seja a sua condição de cuidado, no contexto da sua existência.

Num cenário de ampliação e fundamentação da análise das questões inerentes ao cuidado de si e seus componentes, podemos utilizar o referencial denominado Interacionismo Simbólico. O mesmo busca compreender os aspectos principais da conduta humana, a forma como os indivíduos interagem e como essas relações influenciam na formação dos aspectos sociais e na visão de mundo dos sujeitos, agentes sociais continuamente. “Os estudos, por meio desse referencial, devem analisar os processos pelos quais os agentes determinam suas condutas, baseados em suas próprias interpretações do mundo que os rodeiam” (Coulon, 1995, p. 32).

O Interacionismo Simbólico valoriza o sentido que as coisas têm para o comportamento humano. O sentido emerge do processo de interação entre as pessoas e envolve uma interpretação que ocorre em duas etapas. Na primeira instância, de acordo Moura, Kimura e Praça (2010) “o indivíduo mostra para si o sentido das coisas, indicando um processo de interação consigo mesmo. Na segunda instância, o indivíduo seleciona, reavalia e classifica, transformando os sentidos à luz da situação do momento e da direção de sua ação”. O significado deste processo de interpretação das relações sociais na construção e valorização do cuidado de si tem ancoragem nas premissas do Interacionismo Simbólico descritas por Blumer em 1937, sociólogo, discípulo de Mead, que deu escopo a este referencial como hoje assim é denominado.

Blumer define as premissas do Interacionismo Simbólico como sendo (Carvalho, Borges, & Rego, 2010, p.145):

O ser humano orienta seus atos em direção às coisas em função do que estas significam para ele, o significado dessas coisas surge como consequência da interação social que cada qual mantém com seu próximo e os significados se manipulam e se modificam mediante um processo interpretativo desenvolvido pela pessoa ao defrontar-se com as coisas que vão encontrando em seu caminho.

A partir desta compreensão, percebe-se que o mundo de significados que cada enfermeiro faz de si como objeto de próprio de cuidado físico, mental e social; está intimamente ligado ao relacionamento com o outro, numa relação existencial complexa. Por fim, através de uma análise interpretativa, o Interacionismo Simbólico cunha o processo de cuidar de si como resultado da rede de significados construídas pelos enfermeiros no cenário social, onde as relações que os mesmos estabelecem com seus pares irão influenciar na sua percepção de mundo, construindo então suas verdades, evidentemente provisórias, com base na significação social, símbolos e significantes.

4. CONCLUSÃO

Na síntese dos achados que cunharam a base da construção deste estudo, tem-se destaque as vivências e experiências pessoais dos enfermeiros como condutoras à prática do cuidado de si, quando estas se estabelecem a partir de um processo de autoconhecimento de suas necessidades individuais, de bem-estar e na relação com o outro. Desta forma, possibilita-se a análise destes achados à luz do Interacionismo Simbólico uma vez que a partir de um processo interpretativo, conjugam-se as ações de cuidado numa relação de troca onde os sujeitos passam a interpretar a realidade de si e definir suas prioridades a partir do significado atribuído a realidade social em que se insere.

No que concerne a aplicação deste estudo para o desenvolvimento das investigações qualitativas, observa-se o desafio de caracterizar e aprofundar as discussões sobre o cuidado de si na conjunção dos seus aspectos subjetivos e objetivos na enfermagem, com rigor e método, contudo partindo de uma análise específica deste objeto, no qual se alicerça em ações dialógicas e contextuais.

Torna-se relevante a reflexão analítica do cuidado de si com base nas premissas do Interacionismo Simbólico de forma a preencher as lacunas existentes nas produções científicas no que se refere ao significado de cuidar de si à luz deste referencial de forma a gerar novas discussões e bases para o aprofundamento desta temática, uma vez que não foram encontrados materiais publicados com esta articulação.

5. REFERÊNCIAS

- Andrade E. O., Givigi L. R. P., & Abrahão A. L. (2018). The ethics of self-care as a way of creating possibles for work in Health. *Interface (Botucatu)*, 22(64), 67-76.
- Carvalho V. D., Borges L. O., & Rêgo D. P. (2010). Interacionismo simbólico: origens, pressupostos e contribuições aos estudos em Psicologia Social. *Revista psicologia, ciência e profissão*, 30(1), 146-61.

- Coulon, A. (1995). *A Escola de Chicago*. Campinas.
- Crane P. J., & Ward S. F. (2016) Self-healing and self-care for nurses. *AORN journal*, 104(5), 386-400.
- Elias E. A., Souza I. E. O., & Vieira L. B. (2014). Meanings of themselves-care of nursing professional women in a emergency unit. *Escola Anna Nery*, 18(3), 415-20.
- Ercole F. F., Melo L. S., & Alcoforado C. L. G. C. (2014). Integrative review versus systematic review. *Revista Mineira de Enfermagem*, 18(1), 251-260.
- Ferreira E. S., Souza M. B., Souza N. V. D. O., Tavares K. F. A., & Pires A. S. (2015). The importance of self care for nursing professionals. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 14(1), 978-85.
- Gabatz R. I. B., Schwartz E., & Milbrath V. M. (2016). O Interacionismo Simbólico no estudo da criança institucionalizada com o seu cuidador. *Atas CIAIQ*, 2(1), 366-75.
- Gomes, I. D. (2019). Promover o cuidado de si: patrimônio da enfermagem para o desenvolvimento sustentado, bem-estar e saúde das populações. *Pensar Enfermagem*, 23(2), 7-15.
- Moura E. L., Kimura A. F., & Praça N. S. (2010). Ser gestante soropositivo para o Vírus da Imunodeficiência Humana: uma leitura à luz do Interacionismo Simbólico. *Acta Paulista Enfermagem*, 23(2), 206-11.
- Oliveira R. K. M., Maia C. A. A. S., Queiroz J. C. (2015). Self-care in nursing: an integrative review. *Revista Cuidado é fundamental*, 7(1), 2104-12.
- Santos A. G., Monteiro C. F. S., Nunes B. M. V. T., Benício C. D. A. V., & Nogueira L.T. (2017). O cuidado em enfermagem analisado segundo a essência do cuidado de Martin Heidegger. *Revista cubana de enfermagem*, 33(3), 1-11.
- Sebold L. F., Kempfer S. S., Girondi J. B. R., & Prado M. L. (2016). Perception of nursing faculty on the care: Heidegger constructions. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(n.esp), 38-45.
- Sharovsky L. L., Fortes C., Biliu F., Floriano M., & Foglino T. (2014). (Des) cuidando de si: como auxiliares de enfermagem percebem a tarefa de cuidar. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 5(2), 96-112.
- Silva M. A., Teixeira E. R., Pereira E. R., Silva R. M. C. R. A., Rocha R. C. N.P., & Rondon S. O. V. (2019). Health as a right and the care of the self: conception of nursing professionals. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72, 159-65.
- Soares R. J. O., & Zeitoune R. C. G. (2012). O cuidado de si e suas dimensões: subsídios para o cuidar de si de docentes de enfermagem. *Revista cuidado é fundamental*, 41-44.
- Soares R. J. O., Zeitoune R. C. G., Lisboa M. T. L., & Mauro M. Y. C. (2011). Fatores facilitadores e impeditivos no cuidar de si para docentes de enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 20(4), 758-65.
- Tomasschewski-Barlem J. G., Piexak D. R., Barlem E. L. D., Lunardi V. L., & Ramos A. M. (2016) Scientific production of nursing about self-care: an integrative review. *Revista cuidado é fundamental*, 8(3), 4629-35.
- Xavier A. P., Barreto D. M., Alóchio K. V., Sá S. P. C., & Silva Júnior D. I. (2017). Resignifying nursing care: perceptions of a team. *Revista de enfermagem da UFPE on line*, 11(3), 1179-88.

A COMUNICAÇÃO EM SAÚDE APROXIMANDO TRABALHADORES DA SAÚDE E ESTUDANTES DE MEDICINA: UMA ESTRATÉGIA PARA O CONTROLE DA DENGUE NO BRASIL

Edlaine Faria de Moura Villela, Wanderson Sant'ana de Almeida, Wallace Antunes Damásio do Nascimento, Luana Kronit Bastos, Gabriel Gonçalves Dutra e Fábio Morato de Oliveira

Escola de Medicina, Unidade de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Jataí, Goiás, Brasil. edlaine@ufg.br, wandersonalmeida98@gmail.com, damasio.ufg@gmail.com, luanakronit@gmail.com, gdutra.gabriel@gmail.com, fabiomorato@ufg.br

Resumo. Introdução: É pouco conhecido o processo de orientação e formação dos agentes comunitários de saúde (ACS) para tratar de epidemias. Neste contexto, salienta-se a importância da aproximação entre estudantes de Medicina e ACS para o fortalecimento da educação permanente dos ACS. Objetivo: Promover a educação permanente dos ACS sobre dengue por meio da participação efetiva dos estudantes de medicina para desenvolver habilidades de comunicação dos envolvidos. Método: O método adotado foi o grupo focal com seis ACS de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em Jataí, Goiás, Brasil. O grupo focal foi conduzido por estudantes de medicina, seguido da Análise de Conteúdo. Resultados: Os estudantes observaram que os ACS acreditam que as estratégias comunicacionais adotadas são efetivas e acessíveis. Entretanto, constataram que há falhas comunicacionais a serem sanadas, pois a comunidade continua relutante em por em prática seus conhecimentos, encontrando assim um desafio a ser trabalhado com os ACS ao longo de sua formação acadêmica. Os alunos já começaram a elaborar suas estratégias de ação, com base em conhecimentos construídos sobre comunicação e saúde coletiva. Conclusões: Acredita-se que este trabalho é de grande importância para desenvolver habilidades comunicacionais nos estudantes e para fortalecer seu compromisso com a responsabilidade social.

Palavras-chave: Educação Médica; Habilidades de Comunicação; Agentes Comunitários de Saúde; Grupo Focal.

HEALTH COMMUNICATION APPROACHING HEALTH WORKERS AND MEDICAL STUDENTS: A STRATEGY FOR DENGUE CONTROL IN BRAZIL

Abstract. Introduction: The way how Community Health Workers (CHW) receive training to manage epidemic is almost unknown. In this context, this project addresses the importance of bringing together medical students and CHW in order to strengthening continuing education of CHW. Objective: To promote the continuing education of CHW on dengue through the effective participation of medical students to develop communication skills of those involved. Method: The method adopted was the conduction of a focus group with six CHW in a primary health care centre in a mid-size town of Brazilian Midwest. The focus group was conducted by tutor and students previously trained on dengue prevention and management. Results: Students identified communicational gaps based on what was told by CHW as correct actions related to dengue control, allowing them to start developing action strategies. This approach not only contributed for continuing education of CHW but also became a effective transdisciplinary and interprofessional education opportunity for the students involved in the process. CHWs believed their communication strategies about dengue are effective and affordable, however the students detected communication failures and created opportunities to address these misconceptions. Students have already started developing strategies based on knowledge acquired on public health and experienced practices in medical school. Conclusion: We believe this project also offers a great importance for the development of students 'communication skills and increase commitment and social accountability.

Keywords: Medical Education; Communication Skills; Community Health Workers; Focal Group.

1. INTRODUÇÃO

A dengue se tornou um grande problema de saúde pública no Brasil, assim como em outros países. Sua transmissão é essencialmente urbana, onde encontra todos os fatores favoráveis para a sua ocorrência. No Brasil, as condições socioambientais foram favoráveis para a expansão do *Aedes aegypti*, o qual teve sua reintrodução em 1976 onde não conseguiram de maneira efetiva controlar a propagação (Costa & Natal, 1998).

A doença foi observada pela primeira vez no estado de Goiás em 1987, no sul do estado. O comportamento sinantrópico e antropofílico desse vetor possibilitou sua expansão geográfica e, em 1990, foi descrito pela primeira vez na capital do estado. Após cinco anos, 59 municípios registravam epidemias de dengue. A partir daí, a doença mostrou uma tendência ascendente, mesmo com as atividades de controle. A transmissão apresenta comportamento cíclico, intercalando anos com altas e baixas incidências (Souza, Silva, & Silva, 2010).

O Estado de Goiás é constituído de 246 municípios, nos quais as atividades de controle são realizadas de forma descentralizada, em ações do Sistema Único de Saúde (SUS). A expansão da dengue aponta para a necessidade da reestruturação da vigilância epidemiológica, mudança das políticas de controle, inclusão das realidades municipais, gestão ambiental e integração de outros setores da sociedade.

Outra epidemia importante de dengue em Goiás aconteceu em 2005, com 16.725 casos, em 101 municípios. Isso significou um aumento de casos de 307,6% em relação ao ano anterior, e de 11% do número de municípios. A transmissão foi contínua em Goiânia, Aparecida de Goiânia, Trindade, Senador Canedo, Rio Verde e Uruaçu (Souza, Silva, & Silva, 2010).

A prevenção e o controle das doenças transmissíveis indicam a necessidade de uma abordagem interdisciplinar e de inovação estratégica de políticas públicas de saúde. A educação em saúde passa a ser vista não apenas uma mudança de hábitos, ideais e incorporações de conceitos, mas sim como um instrumento para desencadear e fortalecer posturas mais autônomas e politicamente mais efetivas, principalmente nas classes mais desfavorecidas. No trabalho diário das equipes de saúde, são os agentes comunitários de saúde (ACS) que possuem um papel de tradutores do universo científico para o popular, sendo assim importantes facilitadores do acesso da população aos cuidados de saúde,

aumentando o alcance da educação em saúde como instrumento modificador de posturas e hábitos (Mialhe, 2011).

O ACS hoje é uma força de trabalho com mais de 200 mil profissionais em todo o país, mas ainda são pouco conhecidas as suas atividades como membro de uma equipe de saúde, sendo que este medeia a relação da equipe com a comunidade. A educação em saúde é uma de suas atividades, mas que nem sempre se mostra clara ou evidente a concepção de educação empregada por esses agentes (Mialhe, 2011). Nota-se então a importância dos ACS em atuação conjunta com a equipe de controle de endemias, não somente efetuando o encaminhamento de casos suspeitos à unidade de atenção primária, mas também nas atuações junto aos domicílios, informando e orientando os moradores sobre a doença, sintomas e riscos, o agente transmissor e medidas de prevenção, chamando a atenção para os criadouros mais comuns na sua área de atuação, na tentativa de estimular os moradores a adotarem ações de prevenção de forma espontânea e rotineira, garantindo o acesso dos agentes de controle de endemias (Brasil, 2009).

No caso específico da Saúde Pública, compreender como as informações chegam aos indivíduos e às comunidades, como elas circulam, como são interpretadas e apropriadas, torna-se um aspecto fundamental na construção de estratégias de prevenção e controle de doenças, como a dengue.

A expansão da dengue aponta para a necessidade da reestruturação da vigilância epidemiológica, mudança das políticas de controle, inclusão das realidades municipais, gestão ambiental e integração de outros setores da sociedade, como o setor comunicacional. Os programas essencialmente centrados em combate químico, com quase nenhuma participação da comunidade, mostraram-se incapazes de conter o vetor, que possui uma alta capacidade de adaptação a novos ambientes. A prevenção e o controle das doenças transmissíveis, como a dengue, indicam a necessidade de uma abordagem interdisciplinar e de inovação estratégica de políticas públicas de saúde.

Ademais, estudos apontam para a contribuição significativa do desenvolvimento de habilidades de comunicação durante a graduação e residência na área da saúde, em contrapartida de uma educação em saúde sem enfoque na comunicação, prejudicando até mesmo para a evolução positiva do quadro clínico do paciente (Curtis et al., 2013).

Salienta-se assim a importância da aproximação entre os discentes do curso de graduação em Medicina e os agentes comunitários de saúde para que haja o fortalecimento da formação acadêmica. Diante do exposto, justifica-se a realização deste trabalho, pois viabilizará o acompanhamento das intervenções dos ACS na comunidade pelos discentes e futuras estratégias de ação a serem desenvolvidas por esses alunos no município de Jataí/GO, contribuindo assim para a formação dos alunos, incluindo o desenvolvimento de habilidades de comunicação.

2. METODOLOGIA

2.1 População e período de estudo

A população de estudo foram: os ACS em exercício de sua função no ano de 2018/2019 em uma Unidade Básica de Saúde no município de Jataí/GO; os estudantes de Medicina da Universidade Federal de Jataí, GO, Brasil foram os participantes na execução do grupo focal e análise dos dados, juntamente com a equipe de professores.

2.2 Grupo focal

O método adotado para a realização desse estudo foi o grupo focal. A escolha desse método de pesquisa qualitativa pode ser explicada pela intenção de ampliar o olhar do pesquisador e propiciar maior riqueza informacional, conduzindo ao encontro de diferentes percepções acerca de uma prática em educação em saúde que carrega consigo inquietações. Além disso, é um método simples e rápido que consegue ultrapassar a perspectiva individual e atingir uma perspectiva do grupo social (Carlini-Cotrim, 1996). O trabalho foi realizado com agentes comunitários de saúde, os quais ganharam grande importância como agentes de estratégias de linha direta, atuando na vigilância e promoção da saúde.

O grupo focal é bastante popular em pesquisas atualmente, devido à flexibilidade que possui. Esse método apresenta uma literatura substancial sobre como conduzir o estudo em várias disciplinas, como, por exemplo: educação, comunicação, estudos de mídia e psicologia social. No entanto, a literatura é escassa quando a questão é como se analisar os dados resultantes (Silverman, 2004). Essa técnica consiste de pequenos grupos que participam de uma entrevista com um tópico específico entre trinta minutos e duas horas, na qual o entrevistador deverá estimular os participantes da entrevista para obter suas

respostas (Flick, 2009). Nessa pesquisa, o grupo foi composto por seis ACS. O início da discussão no grupo focal deu-se por meio de um desdobramento do problema dengue, seguido dos tópicos escolhidos.

Os participantes do estudo deram suas dimensões de conhecimento, intervenções e orientações, e os dados foram registrados e gravados para os fins da pesquisa. Em seguida, foi feita a transcrição literal do material verbal coletado durante a discussão em grupo para análise e interpretação dos dados obtidos.

Preparação do roteiro do grupo focal.

No momento de elaboração do roteiro para execução do grupo focal, de acordo com Gil (2009), alguns cuidados devem ser tomados:

- As instruções para o mediador devem ser elaboradas com clareza (como se inicia a entrevista, quanto tempo terá para realiza-la e onde será realizada);
- As questões devem ser elaboradas de forma simples para facilitar a compreensão tanto mediador quanto dos participantes;
- Questões que podem ser vistas como ameaçadoras devem ser elaboradas de maneira que se evite o constrangimento;
- As questões devem conduzir ao engajamento dos participantes, mantendo o interesse no desenvolvimento do grupo focal.

Uma questão importante a ser considerada é a manutenção do foco, evitando discussões de assuntos estranhos aos objetivos do grupo focal. Caso aconteça esse desvio, é necessário mostrar respeito e interesse, mas concluir o tópico e prosseguir com o tema de interesse, lembrando que o mediador deve estimular a conversação, mas não ser o que fala mais no decorrer do processo (Gil, 2009).

Com base nessa fundamentação teórica, foi elaborado um roteiro para condução do grupo focal proposto nesse trabalho, o qual se encontra composto por cinco questões-chave condutoras do grupo focal, baseado no objetivo proposto. Dessas cinco questões-chave, possíveis desdobramentos foram elencados, considerando tópicos que seriam interessantes aparecerem no decorrer da realização do grupo focal. A seguir, encontra-se o roteiro elaborado:

1. O que é educação em saúde para vocês?
 - a. Quais são os procedimentos que vocês consideram essenciais para que se alcance a educação em saúde?
 - b. A teoria encontra-se distante da prática?
2. Quais os temas mais tratados com a comunidade?
 - a. Qual o vocabulário adotado para se aproximar do público?
 - b. O ciclo de transmissão da doença é explicado?
3. Como vocês abordam o tema dengue com a comunidade?
 - a. A abordagem é diferente para cada bairro?
 - b. A abordagem é feita considerando a idade e o sexo dos moradores?
4. Como enxergam a dengue nos distritos do município?
 - a. Há diferença de um distrito para outro?
 - b. Há relação com o nível sócio-econômico?
5. O que vocês acham das campanhas feitas para prevenção e combate da dengue?
 - a. Quais são os meios de comunicação mais utilizados?
 - b. O que é mais abordado nas campanhas?
 - c. São eficientes? São viáveis?

2.3 Análise dos dados

A análise e interpretação dos dados foi feita por meio da análise de conteúdo, desenvolvida por Laurence Bardin. Bardin (2010) explica que a análise de conteúdo é a reunião de técnicas de investigação que permitem a interpretação de comunicações presentes em diversas situações cotidianas. Essa interpretação dá-se diante da realização de um trabalho descritivo, objetivo e sistemático, capacitando a compreensão e exploração do tema pelo pesquisador.

Neste trabalho, foi adotada a análise de conteúdo temática para interpretação do material coletado, pois essa parte da contagem de temas ou itens de significação em uma unidade de codificação, ou seja, pode-se dividir o material verbal em temas principais que emergiram da análise.

Neste trabalho, foi adotada a análise de conteúdo temática para interpretação do material coletado, pois essa parte da contagem de temas ou itens de significação em uma unidade de codificação, ou seja, pode-se dividir o material verbal em temas principais que emergiram da análise. Consiste em salientar núcleos de sentido de uma comunicação existente que signifique de fato alguma coisa para a análise da pesquisa (Silva & Assis, 2010).

A análise de conteúdo, para melhor compreensão e execução, é feita em três processos: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados/interpretação (Bardin, 2010). Segue apenas uma breve explanação de cada processo:

- Pré-análise: realização da leitura flutuante (reconhecimento do conteúdo do material), da constituição do corpus (organização para atender quesitos de validade na pesquisa) e reformulação de hipóteses e objetivos (definição da unidade de registro, delimitação do contexto, recortes, categorização, codificação e teorias que embasarão a análise);
- Exploração do material: análise do texto mediante as categorias formadas na pré-análise;
- Tratamento dos resultados e interpretação: os resultados são tratados para serem válidos e significativos, operações estatísticas podem ser aplicadas. As interpretações geradas podem conduzir a novos olhares teóricos.

2.4 Aspectos éticos

O estudo foi enviado, antes de sua execução, à Secretaria Municipal de Saúde de Jataí/GO e ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFG Regional Jataí, obtendo aprovação para execução.

Os ACS que concordaram em participar do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, nos termos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa.

3. DESENVOLVIMENTO

Diante da realização deste trabalho, obtiveram-se informações que permitiram aos pesquisadores envolvidos estabelecer uma aproximação do universo dos ACS que

convivem diariamente com a problemática dengue. A partir da descrição dos saberes coletados, foi feita uma análise temática e interpretação para compreender a evolução do quadro da doença no município e como os ACS podem contribuir de maneira mais efetiva.

As informações coletadas pelos estudantes durante todo esse processo foram: falas, opiniões, discursos, atitudes, comportamentos e conhecimentos sobre dengue. Os participantes do estudo expuseram suas dimensões de conhecimento, e os dados foram registrados e gravados para fins de pesquisa. Em seguida, foi feita a transcrição literal do material verbal coletado durante a discussão em grupo para análise e interpretação dos dados obtidos.

Quanto à categorização, foram formuladas três categorias:

Categoria 1: A comunicação frente o desinteresse comunitário

- Curiosidade em saberes sobre a dengue
- A perda do medo epidemiológico
- A eficácia comunicacional das campanhas
- Ausência de ações práticas de prevenção

Categoria 2: Dificuldades encontradas na rotina de combate à dengue

- Falta de comprometimento qualitativo no serviço prestado (perfil quantitativo, periodicidade)
- Falta de profissionais e integração entre eles
- Relação médico-sociedade-ACS
- Sugestão de ações punitivas e a impessoalidade entre agentes e população

Categoria 3: Agravantes e problemas secundários observados

- Falta de esgoto
- Consequências ambientais do uso do fumacê

A categoria 1, "A comunicação frente o desinteresse comunitário", chamou atenção durante a execução do projeto. Os ACS afirmaram que a comunicação sobre dengue é efetiva para a comunidade jataiense, como as campanhas pontuais que são realizadas, por exemplo. No entanto, os ACS mencionaram que não há o desenvolvimento contínuo de ações efetivas de prevenção da dengue, apenas de controle.

Outro aspecto relevante que foi salientado pelos trabalhadores de saúde é o desinteresse dos cidadãos sobre o tema, e ainda relataram que este desinteresse se deve ao fato das pessoas não mais se sentirem amedrontadas quando o assunto é a doença em questão.

Cabe nesse contexto a corroboração de Araújo (2007), a qual afirma que a presença de muita informação não é garantia de saúde, visto que as pessoas recebem informações variadas sobre dengue, mas nem sempre conseguem se apropriar das mesmas para uso em seu cotidiano, por estar em uma linguagem inacessível ou por simplesmente não ser uma informação útil para a população aprimorar comportamentos e hábitos em relação à prevenção.

A divulgação rápida geralmente baseia-se em informação incompleta ou incorreta. Essa informação pouco fundamentada acaba por reduzir a credibilidade das instituições governamentais. Conforme WHO (2004), para que isso não ocorra, é preciso que a gestão conquiste a confiança do público, comunicando a complexidade do caso, incertezas e riscos à saúde possíveis.

Os estudantes observaram que os ACS acreditam que as estratégias comunicacionais adotadas são efetivas e acessíveis. Entretanto, constataram que há falhas comunicacionais a serem sanadas, pois a comunidade continua relutante em por em prática seus conhecimentos, encontrando assim um desafio a ser trabalhado com os ACS ao longo de sua formação acadêmica, em busca de novas estratégias de ação para o combate da doença. Donalizio (1999) traz que nenhuma municipalização pode apresentar bons resultados no controle de uma epidemia se a instância regional não estiver solidificada e equipada suficientemente, ou seja, é necessário garantir nesse processo que haja recursos suficientes para que as esferas regionais consigam identificar perfis epidemiológicos de maneira rápida e efetiva para comunicar as equipes locais.

Os alunos já elaboraram suas estratégias de ação, com base em conhecimentos construídos sobre comunicação e saúde coletiva na universidade e nas práticas vivenciadas nas UBS. A primeira estratégia, já executada, foi a organização de um encontro pelos alunos do curso de Medicina, destinado para os ACS e para a comunidade atendida pela UBS em questão, além de profissionais de saúde interessados em participar.

O evento foi composto das seguintes atividades: palestra, roda de conversa, teatro, barraca tira-dúvidas. Ademais, foi construído um mural informativo sobre a doença para fixação na

UBS (via de transmissão, sintomas, tratamento) e situações-problema sobre o tema foram elaboradas para os ACS proporem estratégias de ação. Todas as atividades foram previamente elaboradas e executadas pelos alunos, sob supervisão do professor responsável.

Percebe-se assim que o objetivo proposto foi alcançado, pois a parceria entre estudantes de Medicina e ACS contribuiu principalmente: para a formação adequada dos estudantes, no que tange ao desenvolvimento das habilidades de comunicação; e para a educação permanente dos ACS por meio do trabalho conjunto dos estudantes de medicina envolvidos sobre o tema dengue e outras problemáticas relevantes que vieram à tona.

4. CONCLUSÕES

Os alunos de medicina adquiriram competências e habilidades comunicacionais ao elaborarem estratégias de intervenção de acordo com as lacunas comunicacionais identificadas no grupo focal com os ACS, com o propósito de apresentar para estes trabalhadores da saúde novas possibilidades de abordagem sobre o tema Dengue, considerando possíveis desdobramentos para outros temas que envolvem problemas de saúde coletiva, enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Com o encontro realizado pelos professores e estudantes para os ACS, os estudantes puderam ser capazes de aprender metodologias ativas para trabalhar temas relevantes na área de saúde com os trabalhadores de saúde, de forma efetiva e horizontal. O próximo passo foi avaliarmos como o acompanhamento do trabalho dos ACS pôde contribuir para a formação dos estudantes de Medicina. Por fim, trazemos uma citação de Yach (1992, p. 611), feita por Carlini-Cotrim (1996), que fundamenta a escolha da metodologia e da técnica de interpretação apresentadas neste trabalho:

“O profissional da ‘nova’ saúde pública seria aquele treinado em países em desenvolvimento numa perspectiva integrada, onde assuntos como antropologia, sociologia e epidemiologia, entre outros, seriam intrinsecamente articulados num mesmo armamentário.”

Essa pessoa estaria então apta a usar a melhor mistura de métodos e disciplinas quando requisitada a abordar problemas. Para se alcançar isso, no entanto, será necessário esforço considerável, desde que seja percebido por vários ‘territorialistas’ das disciplinas como uma ameaça. Mas os ganhos à saúde pública devem ser enfatizados”. Assim, será possível transpor os resultados positivos em metodologias de novos projetos com enfoque em temas

relevantes de saúde coletiva, trazendo à tona a valorização do desenvolvimento das habilidades de comunicação durante a graduação e a importância de se fortalecer o compromisso com a educação permanente em saúde para se alcançar, de fato, a socialização de conhecimento construído e a famigerada responsividade social.

5. REFERÊNCIAS

- Araújo, I. S., Cardoso, J. M. (2007). *Comunicação e saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Bardin, L. (2010). *Análise de conteúdo*. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. (2009). *Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.saude.caop.mp.pr.gov.br/arquivos/File/dengue/livroDiretrizes.pdf>>. Acesso em: 04.jun.2011.
- Carlini-Cotrim, B. (1996). Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. *Revista de Saúde Pública*, 30(3), 285-293.
- Costa, A. I. P., & Natal, D. (1998). Distribuição espacial da dengue e determinantes socioeconômicos em localidade urbana no Sudeste do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 32(3), 232-6. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v32n3/p232-236.pdf>>. Acesso em: 04.jun.2011.
- Curtis, J. R. et al. (2013). Effect of Communication Skills Training for Residents and Nurse Practitioners on Quality of Communication With Patients With Serious Illness. *JAMA*, 310(21), 2271-2281.
- Donalísio, M. R. (1999). *O dengue no espaço habitado*. São Paulo: HUCITEC.
- Flick, U. (2009). *Introdução a pesquisa Qualitativa*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Gil, A. C. C. (2009). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas.
- Mialhe, F. L. (2011). *O agente comunitário de saúde: praticas educativa*. Campinas: Editora da Unicamp.
- Silva, J. R. de S., & Assis, S. M. B. (2010). Grupo focal e análise de conteúdo como estratégia metodológica clínica-qualitativa em pesquisas nos distúrbios do desenvolvimento. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, 10(1), 146-152.
- Silverman, D. (2004). *Qualitative research – theory, method and practice*. 2. ed. Sage: London.
- Souza, S. S., Silva, I. G., & Silva, H. H. G. (2010). Associação entre incidência de dengue, pluviosidade e densidade larvária de *Aedes aegypti*, no Estado de Goiás. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 43(2), 152-15.
- WHO. (2004). Outbreak communication – best practices for communicating with the public during an outbreak. Singapura: WHO. Disponível em: <http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO_CDS_2005_32web.pdf>. Acesso em: 21.jul.2015.

GÉNERO, SIGNIFICADOS E CONSUMO DE PORNOGRAFIA EM PORTUGAL: UM ESTUDO MISTO

Rita Castro¹ e Samuel Lins¹

¹Universidade do Porto, Portugal. a.r.f.c@hotmail.com; samuellins@fpce.up.pt

Resumo. Introdução: O consumo de pornografia é uma realidade e tem vindo a crescer. Objetivo: O objetivo deste estudo foi compreender se os significados da pornografia são influenciados pelo género e analisar se o género está relacionado com o consumo e atitudes face à pornografia. Método: Este estudo adotou um método misto. Para conhecer os significados da pornografia, utilizou-se a técnica de associação livre de palavras, e para mensurar as atitudes face à pornografia, utilizou-se a Escala de Atitudes Face ao Uso de Materiais Pornográficos. Os dados qualitativos foram tratados com o programa informático IRaMuTeQ, e os quantitativos com o Statistical Package for the Social Sciences. Resultados: Os resultados revelaram que os significados da pornografia se agrupam em três classes distintas: 1) Indústria pornográfica e aspetos negativos; 2) Categorias pornográficas; e 3) Propósitos do uso e aspetos positivos, e que as classes estavam associadas a diferentes géneros. Os resultados também mostraram que há diferenças no consumo e nas atitudes face a pornografia em função do género. Conclusão: Assim, tanto a análise qualitativa como a análise quantitativa coincidiram, revelando resultados semelhantes.

Palavras-chave: Pornografia; Género; Métodos Mistos; Portugal; Sexualidade.

GENDER, MEANINGS AND CONSUMPTION OF PORNOGRAPHY IN PORTUGAL: A MIXED STUDY

Abstract. Introduction: The consumption of pornography is a reality and has been growing. Objective: The aim of this study was to understand whether the meanings of pornography are influenced by gender and to analyze whether gender is related to consumption and attitudes towards pornography. Method: This study adopted a mixed method. In order to know the meanings of pornography, the technique of free word association was used, and to measure attitudes towards pornography, the Attitudes Scale towards the Use of Pornographic Materials was used. Qualitative data were treated with the computer program IRaMuTeQ, and quantitative data with the Statistical Package for the Social Sciences. Results: The results revealed that the meanings of pornography are grouped into three distinct classes: 1) Porn industry and negative aspects; 2) Pornographic categories; and 3) Purposes of use and positive aspects, and that the classes were associated with different genders. The results also showed that there are differences in consumption and attitudes towards pornography based on gender. Conclusion: Thus, both the qualitative analysis and the quantitative analysis coincided, revealing similar results.

Keywords: Pornography; Gender; Mixed-Methods; Portugal; Sexuality.

1. INTRODUÇÃO

O consumo de pornografia é muito comum na nossa sociedade (Blais-Lecours, Vaillancourt-Morel, Sabourin, & Godbout, 2016). A tecnologia, a Internet, alavancou o acesso aos conteúdos pornográficos, com a facilidade de acesso, disponibilidade, e anonimato conferido (Cooper, 1998). De facto, hoje é mais fácil do que nunca aceder a conteúdos pornográficos (Cooper, Morahan-Martin, Mathy, & Maheu, 2002).

Contudo, a investigação sobre pornografia na população em geral escasseia (Alarcón, Iglesia, Casado, & Montejo, 2019; Morgan, 2011). Em Portugal, as investigações são poucas. Uma pesquisa realizada em fevereiro de 2020 com os termos “*pornography*” e “Portugal”, nas bases de dados EBSCOhost, Scopus e SciELO, encontrou apenas sete publicações focalizadas no estudo da pornografia.

Ademais, a definição de pornografia ainda é inconsistente (Short, Black, Smith, Wetterneck, & Wells, 2012). Esta difere entre culturas (Watson & Smith, 2012) e entre indivíduos da mesma cultura (Brown, Durtschi, Carroll, & Willoughby, 2017; Hald, Seaman, & Linz, 2014). Portanto, nesta investigação, adotou-se a seguinte definição: pornografia é qualquer material que veicule imagens sexualmente explícitas, como exposição da genitália e/ou representações de comportamentos sexuais, com intento de provocar excitação sexual ou fantasia (Morgan, 2011; Rasmussen, 2016; Short et al., 2012).

A consciência do impacto das considerações sociais e culturais, como estigmas e estereótipos presentes na sociedade relativamente à sexualidade (Alves, Amâncio, & Alferes, 2008; Blais-Lecours et al., 2016; Tarrant, 2016) impele à consideração do género na investigação sobre pornografia.

Assim, esta investigação, através de um método misto, objetivou compreender se os significados da pornografia são influenciados pelo género e analisar se o género está relacionado com o consumo e atitudes face à pornografia.

1.1 Consumo de pornografia

O consumo de pornografia tem crescido. Em 2019, o maior site pornográfico do mundo, o Pornhub, registou 42 mil milhões de visitas (Pornhub, 2019). E, este crescimento tenderá a manter-se, devido à evolução da tecnologia, com o cinema pornográfico 5D e a realidade virtual (Medium, 2017).

Em Portugal, o consumo de pornografia é uma realidade. As últimas estatísticas do Pornhub mostram que, em 2018, Portugal ocupou a 39^a posição no *ranking* mundial, sendo 29% dos visitantes mulheres (Público, 2019).

1.2 Género

O género é uma variável de relevo no estudo da sexualidade. Por exemplo, estudos mostram que o género masculino tem atitudes mais permissivas face ao sexo do que o género feminino (Alferes, 1997; Gomes, Fernandes, Ribeiro, & Cardoso, 2018; Lam & Chan, 2007; Lo & Wei, 2005; Luquis, Brelsford, & Rojas-Guyler, 2012). E, no consumo de pornografia, as diferenças de género têm emergido de forma regular (Hald et al., 2014). Os homens revelam mais consumir materiais pornográficos, sobretudo na Internet (Blais-Lecours et al., 2016; Brown et al., 2017; Cooper et al., 2002; Gomes, Fernandes, Ribeiro, & Cardoso, 2018; Gomes, Fernandes, Ribeiro, Cardoso, & Ramos, 2018; Lo & Wei, 2005; Morgan, 2011; Raposo, 2018; Træen et al., 2006). Contudo, alguns estudos indicam inexistência de diferenças entre os géneros (Carvalho, Czop, Rocha, Nobre, & Soares, 2018; Carvalho et al., 2013; Guerra, Gouveia, Sousa, Lima, & Freires, 2012).

Portanto, os resultados não são claros quanto ao papel do género no consumo de pornografia. Por um lado, o facto do consumo aparecer, maioritariamente, associado ao homem pode dever-se às diferentes preferências de estímulos sexuais entre homens e mulheres. Os homens excitam-se mais com estímulos eróticos visuais, encontrados nos sites pornográficos, revelando corpos e sexo explicitamente, e as mulheres excitam-se mais com estímulos textuais, escritos, que traduzem interações relacionais (Cooper et al., 2002; Esteves, 2018). Por outro lado, as mulheres podem não assumir o consumo de pornografia tanto quanto os homens, devido aos estereótipos e estigmas que ainda existem na sociedade (Alves et al., 2008; Blais-Lecours et al., 2016; Tarrant, 2016). Por exemplo, através do duplo padrão sexual, ou seja, de normas sociais que determinam comportamentos sexuais distintos em função do género (Reiss, 1964), havendo um julgamento diferenciado para o mesmo comportamento sexual, com favorecimento da permissividade e liberdade sexual do género masculino (Alves et al., 2008; Zaikman & Marks, 2017).

2. MÉTODO

A presente investigação recorreu ao método misto, usando metodologias de investigação qualitativa e quantitativa. A utilização do método misto permite mais robustez na análise, através da confirmação e complementaridade que oferece para a compreensão dos fenómenos. Através da integração de metodologias qualitativas e quantitativas, é possível maior segurança nas conclusões derivadas, do que apenas com uma metodologia unilateral

(quantitativa ou qualitativa) (Small, 2011). A metodologia mista também tem sido utilizada em outros estudos na área da sexualidade (Lorvick et al., 2012; Pachankis, Battenwieser, Bernstein, & Bayles, 2013).

2.1 Participantes

Recolheu-se uma amostra por conveniência de 665 adultos portugueses (406 do género feminino, 253 do género masculino e seis de outro género), com uma média de idade de 25.72 anos [$DP = 8.85$, mínimo = 18 ($n = 93$), máximo = 75 ($n = 1$)]. A maioria dos participantes reportou orientação heterossexual ($n = 540$: 81.20%), e encontrar-se num relacionamento amoroso ($n = 393$: 59.10%). Ademais, tratou-se de uma amostra, maioritariamente, estudante ($n = 375$: 56.39%), com habilitações ao nível do ensino superior ($n = 418$: 62.86%), e rendimentos mensais até 1000€ ($n = 509$: 76.54%).

2.2 Materiais

Os dados foram recolhidos através de um questionário de autorrelato composto por quatro secções, a seguir detalhadas. Todos os participantes responderam ao questionário na íntegra.

2.2.1 Significados da Pornografia

Utilizou-se a técnica de associação livre de palavras. Esta técnica projetiva permite recolher de forma livre e simples os construtos latentes associados a um objeto (Abric, 2003). Pediu-se aos participantes que enumerassem as cinco primeiras palavras/expressões que lhes surgiam na mente ao pensar em pornografia. E, pediu-se que notassem a positividade de cada expressão/palavra numa escala tipo Likert de cinco pontos (1 = muito negativa; 5 = muito positiva).

2.2.2 Posicionamento Face ao Consumo de Pornografia

Solicitou-se aos participantes que seleccionassem uma opção de entre as seguintes: Eu sou contra o consumo de pornografia; Eu sou a favor do consumo de pornografia; e Eu sou indiferente.

2.2.3 Consumo de Pornografia

Colocaram-se duas questões: 1) Alguma vez consumiu materiais pornográficos (e.g., revistas, livros, sites pornográficos)? (sim; não); e 2) Quão frequentemente consome materiais pornográficos? (1 = nunca; 10 = mais de uma vez por dia).

2.2.4 Atitudes Face à Pornografia

Usou-se a Escala de Atitudes Face ao Uso de Materiais Pornográficos (Guerra, Andrade, & Dias, 2004), com 27 itens, que mede as atitudes face à pornografia através de duas escalas. A escala de atitudes de diferencial semântico, com três itens, num contínuo de cinco pontos, com as palavras Nocivo-Benéfico; Desagradável-Agradável; e Imprudente-Prudente ($\alpha = .87$). E, a escala de efeitos positivos, com 12 itens (e.g., É certo aumentar o prazer recorrendo a pornografia; $\alpha = .92$), e efeitos negativos, com 12 itens (e.g., A utilização de pornografia é prejudicial, pois vicia; $\alpha = .87$), respondida numa escala tipo Likert de cinco pontos (1 = discordo totalmente; 5 = concordo totalmente).

2.2.5 Questionário Sociodemográfico

Recolheram-se informações como idade, género, orientação sexual, se estava num relacionamento, situação profissional, habilitações académicas e rendimento mensal.

2.3 Procedimento

Nesta investigação, a metodologia qualitativa, com a técnica de associação livre de palavras, revelava-se importante, por permitir conhecer mais aberta e espontaneamente as dimensões associadas à pornografia. A metodologia quantitativa complementou a abordagem qualitativa com a análise da relação entre os significados da pornografia e o género, consumo e atitudes face à pornografia.

2.3.1 Ética e Deontologia

Apresentou-se aos participantes o consentimento informado. Pedia-se que respondessem a um questionário sobre o consumo de pornografia e ressaltava-se a garantia de confidencialidade e anonimato, a participação voluntária e a possibilidade de desistência sem qualquer penalização a qualquer momento. Deixou-se ao dispor um e-mail para eventuais contactos.

2.3.2 Recolha de Dados

O processo de recolha de dados decorreu *online*, entre setembro de 2018 e fevereiro de 2019, através da plataforma *SurveyMonkey*. O questionário foi divulgado via e-mail institucional para várias universidades e institutos superiores do país, bem como, organizações relacionadas com a área da sexualidade humana e divulgado nas redes sociais (*Facebook* e *LinkedIn*).

2.3.3 Análise Qualitativa

A análise qualitativa iniciou-se com a realização da redução de palavras por três juízes independentes. A redução de palavras (i.e., eliminar artigos/proposições, transformar verbos na forma infinitiva, adotar para palavras similares a mais frequente) é um procedimento habitual na técnica de associação livre de palavras (Rosenberg & Jones, 1972).

Finda a etapa da redução de palavras, recorreu-se ao *software* de análise textual IRaMuTeQ (Ratinaud, 2009). Este *software* apresenta elevada precisão estatística e oferece uma ampla variedade de análises lexicais. Nomeadamente, a análise da frequência das palavras e, posterior, organização através da Classificação Hierárquica Descendente (Camargo & Justo, 2013).

Para a análise da frequência das palavras, criou-se a nuvem de palavras. Esta ilustra através de uma imagem a frequência com que as palavras ocorrem, sendo maiores as palavras mais evocadas.

Para compreender a organização dos significados da pornografia, realizou-se a Classificação Hierárquica Descendente, que organiza os segmentos textuais semelhantes em classes. E, desta organização resulta um dendrograma indicando a quantidade e a composição lexical das classes através do agrupamento das palavras, tendo cada palavra um valor de Chi-quadrado (χ^2), que quanto maior mais significativa é a associação da palavra com a classe que integra (Camargo & Justo, 2013).

Ainda se analisou se as classes estariam associadas com o género (feminino, masculino ou outro); com o posicionamento face ao consumo de pornografia (a favor, contra ou indiferente); e com a frequência de consumo de pornografia. Para analisar a relação da frequência de consumo de pornografia com os significados da pornografia transformou-se a variável frequência de consumo, inicialmente ordinal, numa variável categorial. Tomando a

Classe 1 Indústria pornográfica e aspectos negativos (45.64%) 220 ST		Classe 2 Categorias pornográficas (17.84%) 86 ST		Classe 3 Propósitos do uso e aspectos positivos (36.51%) 176 ST	
Palavras	χ^2	Palavras	χ^2	Palavras	χ^2
Dinheiro	34.65	Anal	111.21	Prazer	81.88
Internet	30.63	Vagina	106.15	Excitação	78.27
Falso	24.35	Pênis	104.38	Orgasmo	40.02
Nojo	20.49	Mamas	103.37	Masturbação	39.74
Indústria	19.22	Oral	55.35	Diversão	23.23
Atores	18.69	Rabo	51.83	Mulheres	20.25
Filmes	18.44	MILF	42.23	Amor	17.75
Vergonha	18.44	Broche	42.23	Relaxamento	14.14
Vídeos	17.68	Ménage	31.81	Proibido	12.35
Exposição	16.55	Gangbang	26.93	Sexo	11.83
Sites	12.16	Foder	24.07	Privado	9.12
Negócio	12.16	Blowjob	18.57	Tesão	8.78
Doenças	12.16	Pornhub	18.13	Fantasia	8.63
Abuso	10.92	Fisting	13.90		
Imagem	9.69	dupla penetração	13.90		
Exploração	8.46	Amador	13.90		
Estereótipo	8.46	Esperma	13.32		
Revistas	8.10	Bruto	13.32		
		Loira	8.99		
*Gênero feminino	28.89	*Gênero masculino	16.88	*Posic. a favor	20.16
*Posic. Indiferente	25.74	*Gênero outro	8.99	*Consumo menos freq.	12.88
*Posic. Contra	14.81	*Posic. a favor	10.17		
*Consumo menos freq.	14.75	*Consumo mais freq.	17.28		

Fig. 2. Classificação Hierárquica Descendente (N = 665).

3.1.1 Classe 1 – Indústria pornográfica e aspectos negativos

A primeira classe é a maior, com 45.64% do corpus, focando aspectos relativos a propagação, acesso e consumo de pornografia e seus potenciais aspectos negativos. Palavras desta classe foram enunciadas, sobretudo, por indivíduos do gênero feminino, com um posicionamento indiferente ou contra o consumo de pornografia e que consomem menos pornografia.

3.1.2 Classe 2 – Categorias pornográficas

A segunda classe é a menor, com 17.84% do corpus, referindo-se às secções presentes nos sites pornográficos, incluindo práticas sexuais e zonas corporais erógenas. Palavras desta classe foram referidas, sobretudo, por indivíduos do gênero masculino ou de outro gênero,

com um posicionamento a favor do consumo de pornografia, e que consomem mais pornografia.

3.1.3 Classe 3 – Propósitos do uso e aspetos positivos

A última classe, com 36.51% do corpus, corresponde às finalidades do consumo de pornografia e potenciais aspetos positivos. Palavras desta classe foram indicadas, sobretudo, por indivíduos com um posicionamento a favor do consumo de pornografia, e que consomem menos pornografia.

Os resultados mostraram que as pessoas pensam em pornografia de diferentes formas. Pensam nos meios de consumo e potenciais consequências negativas (Classe 1), na diversidade de práticas e preferências sexuais presentes nos sites pornográficos (Classe 2), e nas finalidades do seu uso e potenciais aspetos positivos (Classe 3). A positividade das palavras foi moderada ($M = 3.40$, $DP = 0.94$). As correlações revelaram que a positividade estava correlacionada positivamente com as atitudes favoráveis, $r = .62$, $p < .001$, e concordância com os efeitos positivos da pornografia, $r = .50$, $p < .001$; e, correlacionada negativamente com a concordância com os efeitos negativos da pornografia, $r = -.44$, $p < .001$. Ao comparar a positividade em função do género encontrou-se diferenças significativas, $t(657) = -7.58$, $p < .001$, $d = 0.61$, 95 % IC [0.45, 0.77], com o género masculino ($M = 3.74$, $DP = 0.90$) a conotar mais positivamente as palavras mencionadas do que o género feminino ($M = 3.19$, $DP = 0.91$).

3.2 Consumo

A análise descritiva do posicionamento face ao consumo de pornografia revelou que a maioria dos participantes é a favor ($n = 341$: 51.28%) ou indiferente ($n = 279$: 41.95%). Apenas uma diminuta percentagem se afirmou contra o consumo de pornografia ($n = 45$: 6.77%). A análise descritiva do item sobre consumo de pornografia indicou que a maioria, quase 88% dos participantes já consumiu pelo menos uma vez pornografia ($n = 581$: 87.37%), e que apenas 12.63% dos participantes indicou nunca ter consumido ($n = 84$). De entre os que já consumiram pornografia ($n = 581$), a frequência de consumo é, na maioria, até duas/três vezes por mês ($n = 335$: 57.66%).

Tabela 1. Média da Frequência de Consumo e das Atitudes Face à Pornografia em Função do Género

Variáveis	Género ¹		<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i> de Cohe n	95% IC	
	Feminino <i>M</i> (<i>DP</i>)	Masculino <i>M</i> (<i>DP</i>)					Inf.	Sup.
Frequência de consumo ²	4.63 (2.01)	7.07 (1.86)	15.02	552	< .001	1.26	1.08	1.44
Atitudes face à pornografia ³	3.27 (0.90)	3.67 (0.83)	5.73	657	< .001	0.46	0.31	0.62
Efeitos positivos ³	3.26 (0.86)	3.45 (0.74)	3.03	591	.003	0.24	0.09	0.39
Efeitos negativos ³	2.90 (0.74)	2.85 (0.75)	0.98	657	.327	-	-	-

Nota. Os valores em negrito indicam a maior média entre os grupos.

M = média; *DP* = desvio padrão

Quanto à relação entre o género e o consumo de pornografia, verificaram-se diferenças significativas. Com o género masculino a consumir pornografia com maior frequência do que o género feminino.

Quanto ao papel do género nas atitudes face à pornografia, também se encontraram diferenças significativas, com o género masculino a apresentar atitudes mais favoráveis e maior concordância com os efeitos positivos da pornografia do que o género feminino. Não emergiram diferenças significativas na concordância com os efeitos negativos da pornografia (Tabela 1).

4. Discussão

O recurso ao método misto, pelo entendimento multidimensional, abrangência e profundidade que oferece, permitiu melhor compreender como os significados, consumo e atitudes face à pornografia se relacionam com o género. A complementaridade dos dados qualitativos e quantitativos tornou a análise e conclusões derivadas mais completas e robustas. A análise qualitativa, através da técnica de associação livre de palavras, permitiu compreender os significados da pornografia ao captar as construções latentes da pornografia de forma profunda e pouco refletida. Percebeu-se o modo diferenciado como a pornografia é significada, o que corrobora que o significado da pornografia não é transversal (Brown et al., 2017; Hald et al., 2014). Ainda assim, sexo e nudez, bem como, masturbação e prazer foram aspetos centrais, o que vai ao encontro da definição de pornografia adotada.

¹ Dado o número de participantes desproporcional, analisamos apenas o género feminino (*n* = 403) e masculino (*n* = 206).

² Comparação realizada com os participantes que indicaram já ter consumido pornografia (*n* = 581).

³ Comparação realizada com todos os participantes (*N* = 665).

A análise mista permitiu analisar o papel do género na significação da pornografia, consumo e atitudes face à pornografia. Evidenciou-se que os significados diferem consoante o género. Assim como, o consumo e atitudes face à pornografia, o que vai ao encontro de investigações anteriores (Alferes, 1997; Brown et al., 2017; Cooper et al., 2012; Gomes, Fernandes, Ribeiro, & Cardoso, 2018; Gomes, Fernandes, Ribeiro, Cardoso et al., 2018; Hald et al., 2014; Lam & Chan, 2017; Lo & Wei, 2005; Luquis et al., 2012; Raposo, 2018). Tais resultados podem espelhar considerações sociais ainda vigentes em Portugal, como o duplo padrão sexual e a veiculação de diferentes papéis de género, que impactam a expressão e vivência da sexualidade. Não obstante as diferenças de género, concluiu-se que o consumo de pornografia é uma realidade, o que vai ao encontro das estatísticas do Pornhub (Público, 2019).

5. CONCLUSÃO

O método misto permitiu obter conhecimento diferenciado sobre pornografia, revelando-se uma mais-valia na compreensão de fenómenos complexos. Concluiu-se que os significados, o consumo e atitudes face à pornografia estão relacionados com o género. Assim, importa integrar na abordagem da sexualidade e na educação sexual as questões de género, de modo a consciencializar, desconstruir estigmas e quebrar o duplo padrão sexual e mitos sexuais prejudiciais perpetuados, promovendo a vivência sexual saudável e igualitária entre os géneros. Apesar das limitações da amostra, jovem e muito escolarizada, este estudo contribuiu com investigação numa área onde esta escasseia e que importa continuar a aprofundar, pois o consumo de pornografia é uma realidade e tenderá a crescer. Futuramente, é relevante aprofundar as questões de género, por exemplo, através de grupos focais, na vivência do consumo de pornografia, desde significados a padrões de consumo e efeitos percebidos. E, continuar a investigar o modo como as considerações sociais prevalentes, como o duplo padrão sexual, impactam não só o consumo de pornografia como também a sexualidade globalmente. Recomenda-se, ainda, para estudos futuros, verificar se o género também estará relacionado com diferentes significados atribuídos a outros conceitos, como, por exemplo, “sexualidade”, “sexo”, “bom sexo” ou “satisfação sexual”.

6. REFERÊNCIAS

- Abric, J. C. (2003). L'analyse structurale des représentations sociales. In S. Moscovici & F. Buschini (Eds.), *Les méthodes des sciences humaines* (pp. 375–392). Paris: Presses Universitaires de France.
- Alarcón, R., Iglesia, J., Casado, N., & Montejo, A. (2019). Online porn addiction: What we know and what we don't – a systematic review. *Journal of Clinical Medicine*, 8(1), 91. doi:10.3390/jcm8010091
- Alferes, V. R. (1997). *Encenações e comportamentos sexuais: Para uma psicologia social da sexualidade*. Porto: Edições Afrontamento.
- Alves, M. P., Amâncio, L., & Alferes, V. R. (2008). Género e representações sociais: Duplo-padrão sexual em função da religião e da posição política. *Psicologia*, 22(2), 139-160. doi:10.17575/rpsicol.v22i2.351
- Blais-Lecours, S., Vaillancourt-Morel, M.-P., Sabourin, S., & Godbout, N. (2016). Cyberpornography: Time use, perceived addiction, sexual functioning, and sexual satisfaction. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 19(11), 649-655. doi:10.1089/cyber.2016.0364
- Brown, C. C., Durtschi, J. A., Carroll, J. S., & Willoughby, B. J. (2017). Understanding and predicting classes of college students who use pornography. *Computers in Human Behavior*, 66, 114-121. doi:10.1016/j.chb.2016.09.008
- Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2013). IRAMUTEQ: Um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*, 21(2), 513-518. doi:10.9788/TP2013.2-16
- Carvalho, J., Czop, O., Rocha, M., Nobre, P., & Soares, S. (2018). Gender differences in the automatic attention to romantic vs sexually explicit stimuli. *Journal of Sexual Medicine*, 15(8), 1083-1092. doi:10.1016/j.jsxm.2018.06.008
- Carvalho, J., Gomes, A. Q., Laja, P., Oliveira, C., Vilarinho, S., Janssen, E., & Nobre, P. (2013). Gender differences in sexual arousal and affective responses to erotica: The effects of type of film and fantasy instructions. *Archives of Sexual Behavior*, 42(6), 1011-1019. doi:10.1007/s10508-013-0076-2
- Cooper, A. (1998). Sexuality and the Internet: Surfing into the new millennium. *CyberPsychology & Behavior*, 1(2), 187-193. doi:10.1089/cpb.1998.1.187
- Cooper, A., Morahan-Martin, J., Mathy, R. M., & Maheu, M. (2002). Toward an increased understanding of user demographics in online sexual activities. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 28(2), 105-129. doi:10.1080/00926230252851861
- Esteves, M. (2018, abril). *Tecnologia e sexo*. At ShARE-UP, What can technology change? – Perspetivas, Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto, Porto.
- Gomes, A., Fernandes, A., Ribeiro, R., & Cardoso, J. (2018). Ciberpornografia e atitudes sexuais em estudantes universitários: Estudo exploratório. In I. Leal, S. V. Humboldt, C. Ramos, A. Ferreira-Valente, & J. L. P. Ribeiro (Eds.), *12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Actas* (pp. 33-42). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Gomes, A., Fernandes, A., Ribeiro, R., Cardoso, J., & Ramos, C. (2018). Perceived addiction to online pornography and sexual attitudes in Portuguese college students. *Journal of Sexual Medicine*, 15(3), 390-390. doi:10.1016/j.jsxm.2018.04.586
- Guerra, V. M., Andrade, F. C. B., & Dias, M. R. (2004). Atitudes de estudantes universitários frente ao consumo de materiais pornográficos. *Estudos de Psicologia*, 9(2), 269-277. doi:10.1590/S1413-294X2004000200008
- Guerra, V. M., Gouveia, V. V., Sousa, D. M., Lima, T. J., & Freires, L. A. (2012). Sexual Liberalism-Conservatism: The effect of human values, gender, and previous sexual experience. *Archives of Sexual Behavior*, 41(4), 1027-1039. doi:10.1007/s10508-012-9936-4
- Hald, G. M., Seaman, C., & Linz, D. (2014). Sexuality and pornography. In D. Tolman, L. Diamond, J. Bauermeister, W. George, J. Pfaus, & M. Ward (Eds.), *APA Handbook of sexuality and Psychology: Contextual approaches* (Vol. 2, pp. 3-35). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lam, C. B., & Chan, D. K. S. (2007). The use of cyberpornography by young men in Hong Kong: Some

- psychosocial correlates. *Archives of Sexual Behavior*, 36(4), 588-598. doi:10.1007/s10508-006-9124-5
- Lo, V., & Wei, R. (2005). Exposure to Internet pornography and Taiwanese adolescents' sexual attitudes and behavior. *Journal of Broadcasting & Electronic Media*, 49(2), 221-237. doi:10.1207/s15506878jobem4902_5
- Lorvick, J., Bourgois, P., Wenger, L. D., Arreola, S. G., Lutnick, A., Wechsberg, W. M., & Kral, A. H. (2012). Sexual pleasure and sexual risk among women who use methamphetamine: A mixed methods study. *International Journal of Drug Policy*, 23(5), 385-392. doi:10.1016/j.drugpo.2012.07.005
- Luquis, R. R., Brelsford, G. M., & Rojas-Guyler, L. (2012). Religiosity, spirituality, sexual attitudes, and sexual behaviors among college students. *Journal of Religion and Health*, 51(3), 601-614. doi:10.1007/s10943-011-9527-z
- Medium. (2017, 19 de fevereiro). *How big is the porn industry?* Disponível em https://medium.com/@Strange_bt_True/how-big-is-the-porn-industry-fbc1ac78091b
- Morgan, E. M. (2011). Associations between young adults' use of sexually explicit materials and their sexual preferences, behaviors, and satisfaction. *Journal of Sex Research*, 48(6), 520-530. doi:10.1080/00224499.2010.543960
- Pachankis, J. E., Battenwieser, I. G., Bernstein, L. B., & Bayles, D. O. (2013). A longitudinal, mixed methods study of sexual position identity, behavior, and fantasies among young sexual minority men. *Archives of Sexual Behavior*, 42(7), 1107-1368. doi:10.1007/s10508-013-0090-4
- Pornhub. (2019, 11 de dezembro). *The 2019 Year in Review*. Disponível em <https://www.pornhub.com/insights/2019-year-in-review>
- Público. (2019, 3 de abril). *Pornhub: Portugal é um dos 40 países que mais vêem pornografia*. Disponível em <https://www.publico.pt/2019/04/03/p3/noticia/portugal-40-paises-ve-pornografia-1867936>
- Raposo, E. (2018). *Relationship between pornography consumption and sexual health* (dissertação de mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Rasmussen, K. (2016). A historical and empirical review of pornography and romantic relationships: implications for family researchers. *Journal of Family Theory and Review*, 8, 173-191. doi:10.1111/jftr.12141
- Ratinaud, P. (2009). *IRAMUTEQ: Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires [Computer software]*. Disponível em <http://www.iramuteq.org>
- Reiss, I. (1964). The scaling of premarital sexual permissiveness. *Journal of Marriage and the Family*, 26, 188-198
- Rosenberg, S., & Jones, R. (1972). A method for investigating and representing a person's implicit theory of personality: Theodore Dreiser's view of people. *Journal of Personality and Social Psychology*, 22(3), 373-386. doi:10.1037/h0032891
- Short, M. B., Black, L., Smith, A. H., Wetterneck, C. T., & Wells, D. E. (2012). A review of Internet pornography use research: Methodology and content from the past 10 years. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 15(1), 13-23. doi:10.1089/cyber.2010.0477
- Small, M. L. (2011). How to conduct a mixed methods study: Recent trends in rapidly growing literature. *Annual Review Sociology*, 37, 57-86.
- Tarrant, S. (2016). *The pornography industry: What everyone needs to know*. Oxford: Oxford University Press.
- Træen, B., Nilsen, T. S., & Stigum, H. (2006). Use of pornography in traditional media and on the Internet in Norway. *The Journal of Sex Research*, 43(3), 245-254. doi:10.1080/00224490609552323
- Watson, M. A., & Smith, R. D. (2012). Commentary – Positive porn: Educational, medical, and clinical uses. *American Journal of Sexuality Education*, 7(2), 122-145. doi:10.1080/15546128.2012.680861
- Zaikman, Y., & Marks, M. (2017). Promoting theory-based perspectives in sexual double standard research. *Sex Roles*, 76, 407-420. doi: 10.1007/s11199-016-0677-z

DEFINIÇÃO DE COMPETÊNCIAS EM CUIDADOS PALIATIVOS NA FORMAÇÃO DO MÉDICO GENERALISTA

Kátia Macário Santos Quintiliano¹ e Francisco José Passos Soares¹

¹Universidade Federal de Alagoas, Brasil. kalmacario@hotmail.com; francisco_passos01@hotmail.com

Resumo. Introdução: A matriz curricular de uma escola médica deve concordar com a prática profissional e ser pautada pelas necessidades da sociedade. No Brasil, a formação médica apresenta deficiência na abordagem dos cuidados paliativos. Objetivo: Definir as competências em cuidados paliativos necessárias para a formação do médico generalista. Metodologia: Pesquisa descritiva e exploratória utilizando-se da técnica *Delphi*. A amostra foi constituída por 11 médicos onde suas especialidades permitem ter área de atuação em cuidados paliativos. Na primeira rodada de perguntas foram elencadas competências que os profissionais consideraram necessárias para o médico generalista; na segunda os participantes escolheram as competências após o compilado da primeira rodada, com o acréscimo de algumas competências citadas no *Libro Blanco*; e na terceira rodada foi validada a matriz de competências elaborada por consenso. Resultados: As recomendações mais votadas pelos painelistas foram: conhecimento sobre cuidados paliativos, cuidados paliativos na atenção básica, controle de sintomas, trabalho interprofissional, habilidades de comunicação e bioética. Uma matriz com 30 competências foi desenvolvida. Conclusões: A técnica *Delphi* é uma importante ferramenta de pesquisa qualitativa que proporcionou a elaboração de uma matriz de competências em cuidados paliativos, a qual poderá contribuir na qualificação da formação médica e na assistência à saúde da população.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Medicina; Competência; Currículo Médico.

COMPETENCES ON PALLIATIVE CARE IN THE TRAINING OF GENERAL PRACTITIONERS

Abstract. Introduction: The curricular matrix of a medical school should agree with the professional practice and based on social necessities. In Brazil, the medical undergraduate has deficiencies in the palliative cares approach. Objective: To define the necessary skills and palliative cares at the general practitioner's formation. Method: Descriptive and exploratory research using the *Delphi* technique. The sample was composed of 11 medical doctors where the specialty allows the practice in the palliative care field. At the first round of questions, the skills listed were that the professionals considered necessary to the general practitioner; at the second round, the participants choose the skills before the list of the first turn, with the skills cited on *White Book* added; the third round the skills matrix was elaborate and validated by the consensus. Results: The panellist's most voted recommendations were: palliative care knowledge, palliative care in basic attention, symptom control, interprofessional work, communication skills and bioethics. A matrix with 30 skills in palliative care was developed. Conclusions: The *Delphi* technique is an important qualitative research tool that provided the elaboration of skills in the palliative care matrix, that can contribute to the medical undergraduate qualification and the people's health assistance.

Keywords: Palliative Care; Medicine; Skills; Medical Curriculum.

1. INTRODUÇÃO

O Brasil apresenta uma mudança demográfica similar à de outros países em desenvolvimento, com redução das taxas de natalidade e mortalidade, indicando prolongamento da expectativa de vida e envelhecimento da população (Carvalho & Garcia, 2003; Ministério da Saúde [MS], 2007).. Com o aumento da população idosa aumentam

também as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que têm respondido por cerca de 75% das mortes e perda de qualidade de vida (Souza, Malta, França, & Barreto, 2018).

Para cuidar destes pacientes, estão sendo estudados e desenvolvidos os cuidados paliativos, que consistem na atenção promovida de forma multidisciplinar e interdisciplinar com o objetivo de melhorar a qualidade de vida do paciente e de seu familiar diante de uma doença ameaçadora da vida, com prevenção e alívio do sofrimento, tratamento impecável da dor e de outros sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (World Health Organization, 2002).

Estudos feitos em diferentes países apontam a necessidade da presença dos cuidados paliativos no currículo de Medicina, reconhecendo o envelhecimento populacional como principal justificativa e a consideração das competências em cuidados paliativos, ambos fundamentais para os médicos generalistas (Denney-Koelsch, Horowitz, Quill, & Baldwin, 2018; Horowitz, Gramling, & Quill, 2014; Cheng & Teh, 2014).

Desde o ano 2000, várias instituições de ensino nos Estados Unidos incluíram no currículo médico aspectos importantes sobre o cuidado no fim da vida desde o início do curso, enquanto outras apresentam palestras ou conteúdos menos estruturados (Horowitz et al., 2014)

O Conselho das Recomendações Europeias para os Estados Membros sobre a organização dos cuidados paliativos (Council of Europe, 2003) destaca a necessidade de incorporação de programas estruturados de educação não somente na formação de médicos, mas de todos os profissionais envolvidos nos cuidados de saúde. Em 2013, a Associação Europeia em Cuidados Paliativos (EAPC) desenvolveu um documento com as competências centrais para atuar em cuidados paliativos direcionado aos médicos e outros profissionais da saúde na Europa (Associação Europeia de Cuidados Paliativos [EAPC], (2013).

Em outubro de 2018, o Ministério da Saúde do Brasil publicou a Resolução nº 41 (2018), normatizando os cuidados paliativos no SUS. O documento, em seu artigo 3º – que versa sobre os objetivos da organização dos cuidados paliativos no SUS –, menciona no parágrafo IV o objetivo de fomentar a instituição de disciplinas e conteúdos programáticos de cuidados paliativos no ensino de graduação e especialização dos profissionais de saúde.

No entanto, o conhecimento profissional insuficiente para atuar na área de cuidados paliativos tem acarretado dificuldades para uma assistência adequada (Floriani & Schramm, 2007). Apesar da literatura existente sobre bioética e cuidados paliativos, a pesquisa sobre o ensino nesta área é insuficiente e a maioria dos cursos de Medicina no Brasil ainda não adota formação orientada para os cuidados paliativos (Oliveira, Ferreira, & Rezende 2013).

Com a insuficiência teórico-prática e metodológica no ensino sobre os cuidados paliativos nos cursos de Medicina, colocou-se a perspectiva de investigação para a definição das competências necessárias para a composição do perfil do médico generalista.

2. METODOLOGIA

Estudo exploratório-descritivo, realizado entre os meses de dezembro de 2018 e junho de 2019, utilizando-se da técnica de *Delphi*. A adoção dessa técnica exigiu abordagens qualitativa e quantitativa.

A referida técnica é útil quando faltam evidências empíricas, limitadas ou contraditórias, baseando-se na premissa de que uma avaliação precisa e confiável pode ser melhor alcançada consultando um painel de especialistas e aceitando o consenso do grupo. O método *Delphi* envolve seis etapas: 1) identificação de um problema de pesquisa; 2) conclusão de uma pesquisa na literatura; 3) elaboração de um questionário de declarações; 4) realização de roteiros interativos anônimos ou rodas de questionários; 5) fornecimento de *feedback* individual e/ou em grupo entre rodadas; e 6) resumindo os resultados. Este processo é repetido até que o melhor nível possível de consenso seja alcançado ou um número predeterminado de rodadas seja completado. Os participantes nunca se encontram ou interagem diretamente. É uma maneira de estruturar um processo de comunicação em grupo, permitindo que este lide com um problema complexo. (Humphrey-Murto, Varpio, Gonsalves, & Madeira, 2017; Linstone & Turoff, 2002).

A amostra populacional foi constituída por doze docentes e preceptores médicos vinculados a um curso público de Medicina no nordeste do Brasil. Como requisito básico para a participação, os profissionais deveriam ser de especialidades médicas que possuísem área de atuação em cuidados paliativos, conforme definido pela Resolução nº 1.973 do Conselho Federal de Medicina (2011). As oito especialidades convidadas foram: clínica médica, medicina intensiva, geriatria, oncologia, cirurgia de cabeça e pescoço, medicina de família e comunidade, pediatria e anestesiologia.

O convite para participar da pesquisa foi feito através de contato telefônico e, posteriormente, presencial para entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os primeiros questionários foram enviados através do correio eletrônico (*e-mail*). Visto que o envio das respostas não estava acontecendo no tempo esperado, a estratégia de envio foi alterada e passou-se a utilizar o aplicativo de mensagens *WhatsApp* com um questionário feito no Formulários Google.

Na primeira etapa o questionário contava com questões abertas e se dividia em duas partes. Na parte I as perguntas serviram para conhecer o perfil profissional do participante: 1. Qual seu nome e data de nascimento?; 2. Há quantos anos exerce a medicina?; 3. Qual sua especialidade?; e 4. Qual o grau de titulação?

A parte II versava sobre experiência pessoal com os cuidados paliativos, bem como sobre o conhecimento e a importância para a formação médica: 1. Você já desenvolveu ou desenvolve práticas de cuidados paliativos na sua rotina de trabalho?; 2. Você identifica no currículo do curso de medicina da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) conteúdos ou práticas de cuidados paliativos? Se sim, em qual(is)?; 3. Quais os conteúdos e práticas em cuidados paliativos que você considera importante para a formação médica em Alagoas?; 4. Quais as competências em cuidados paliativos você considera necessárias para a formação do médico generalista?

Com as respostas da primeira rodada de perguntas foi possível elaborar uma lista com as competências citadas pelos participantes. Fez-se necessário adaptar algumas palavras em frases dentro do contexto de competências e retirar as sugestões duplicadas, resultando numa lista com 25 opções.

Neste estudo, a definição de competência foi orientada sob a ótica das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), conforme Resolução CNE/CES nº 3 (2014), as quais descrevem que a articulação de conhecimentos, habilidades e atitudes requeridos para o exercício profissional objetivam desenvolver uma prática competente pautada nos princípios da atenção à saúde, gestão à saúde e educação em saúde, proporcionando a capacidade do médico mobilizar diferentes recursos para solucionar com sucesso os problemas da prática profissional.

Na segunda etapa houve desinteresse de um participante, que não respondeu em tempo esperado. Logo, 11 participantes se comprometeram com a pesquisa até o final.

Estudos indicam que um número ótimo de participantes na técnica *Delphi* não deve ser inferior a 10, devido ao comprometimento da relevância das informações, não devendo ultrapassar um total de 30, considerando o maior grau de complexidade (Marques & Freitas, 2018). Nesta fase da pesquisa foram elaboradas, sem ordem de prioridade, duas listas com 25 temas elencados na primeira etapa pelos participantes da pesquisa.

Nessa lista foram inclusos ainda 15 conteúdos não citados pelos participantes, mas considerados importantes na formação médica, estando presentes no *Libro Blanco* (Agência Nacional de Avaliação de Qualidade e Credenciamento [ANECA], 2005) – produto da Agência Nacional de Avaliação de Qualidade e Credenciamento (ANECA), que é membro do Comitê Executivo da Associação Européia de Garantia da Qualidade no Ensino Superior (ENQA).

O questionário tinha forma de *checklist*, possibilitando aos participantes a marcação de quantos itens desejassem em cada lista; o instrumento também contava com uma alternativa que negava todas as sugestões. Uma lista apresentava temas relacionados ao *Conhecimento* sobre cuidados paliativos, e outra com temas relacionados às *Habilidades*.

O alto número de itens dificulta a realização da escala Likert, comum no estudo *Delphi*, mas possibilita elaborar matriz melhor detalhada.

A terceira rodada só foi possível após elaboração da matriz de competências para que os painelistas validassem e fizessem alguma ressalva, caso achassem necessário.

Para elaborar a matriz foi necessário encontrar o consenso entre os participantes da pesquisa sobre os temas elencados na segunda rodada. Foram definidas como competências apenas aquelas escolhidas por mais de dois terços dos painelistas (Marques & Freitas, 2018; Humphrey-Murto et al., 2017).

O estudo foi submetido e aprovado no Comitê de ética em Pesquisa (CEP/UFAL) com o parecer número 2.769.217. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); para preservar o sigilo dos entrevistados, foi atribuída codificação correspondente a uma letra do alfabeto.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

De uma amostra esperada de 16 participantes, 02 de cada especialidade, na primeira etapa houve adesão de somente 12 especialistas: 02 de clínica médica, 02 geriatras, 01 oncologista, 01 especialista em cirurgia de cabeça e pescoço, 02 médicos de família, 02 pediatras e 02 anestesiológicos. Destes, 10 desenvolvem ou já desenvolveram práticas de cuidados paliativos em sua rotina de trabalho.

Sobre identificar no currículo de Medicina da UFAL alguns conteúdos e práticas, apenas 5 dos 12 participantes citaram alguns momentos: em uma aula no internato, no estágio na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com discussões esporádicas, dentro do módulo de oncologia e hematologia, disciplina eletiva de cuidados paliativos e na enfermagem de cuidados paliativos no estágio de clínica médica.

A primeira rodada do questionário resultou em vinte e cinco sugestões de competências, às quais foram adicionadas outras quinze presentes no *Libro Blanco* (ANECA, 2005). Para a segunda rodada (Kang et al., 2013), utilizou-se a técnica *Delphi*, de modo semelhante, para desenvolver competências em cuidados paliativos: na primeira rodada foi apresentado um *checklist* com sugestões de competências; na segunda foram acrescentadas sugestões dos participantes na rodada anterior.

Na segunda etapa do estudo, os participantes identificaram a maioria das competências como necessárias para a formação médica (Tabela 1).

Das 40 competências sugeridas, apenas 10 não foram consenso entre os painelistas (menos de 70% de citação): saber particularidades do cuidado paliativo na pediatria; conhecer o papel da fisioterapia, principalmente pós-operatória; conhecer o tratamento das patologias dos pacientes em cuidados paliativos; saber montar uma equipe de cuidados paliativos com suporte à família e aos profissionais; manejar o estresse da equipe de saúde; realizar cuidados com a boca do paciente; manejo geral das reações transfusionais; realizar outras técnicas analgésicas; realizar Infiltração de anestésicos e /ou esteroides; e realizar bloqueio neural.

Tabela 1. Temas selecionados (%) para compor a matriz de competências em cuidados paliativos na graduação médica.

Conhecimentos	Frequência de respostas à segunda rodada do questionário (N = 11)
- Conhecer o conceito de cuidados paliativos. - Conhecer o critério de indicação para cuidados Paliativos. - Conhecer sobre cuidados paliativos na Atenção Básica. - Conhecer a atitude do médico diante da morte de seu paciente.	100%
- Conhecer o conceito de doença terminal - Compreender a relação da bioética com os cuidados paliativos.	91%
- Saber encaminhar para o internamento quando necessário. - Cuidados com a boca, mucosites, halitoses e infecções oral. - Conhecer o conceito de dor total. - Saber sobre a farmacologia e uso clínico de opioides em cuidados paliativos.	81,8%
- Reconhecer aspectos psicológicos, sociais e espirituais na abordagem de cuidados paliativos com o paciente e seu familiar. - Conhecer aspectos básicos da Atenção domiciliar. - Identificação do luto patológico. - Entender sobre alimentação em cuidados paliativos.	72,7%
- Saber Particularidades do cuidado paliativo na pediatria. - Conhecer o papel da fisioterapia, principalmente pós-operatória. - Conhecer o tratamento das patologias dos pacientes em cuidados paliativos.	63,6%
Habilidades	Frequência de respostas à segunda rodada do questionário (N = 11)
- Agir com paciência em cuidados paliativos. - Exercer a empatia. - Controlar a dor e outros sintomas mais comuns. - Comunicar-se adequadamente, incluindo a comunicação de má notícia. - Trabalhar em Equipe Multidisciplinar/Interdisciplinar. - Fazer a evolução da dor com uso de escalas.	100%
- Apresentar disponibilidade para atuar em cuidados paliativos. - Ter uma visão generalista. - Aplicar medicina baseada em evidência. - Fazer história clínica do paciente com doença terminal. - Fazer evolução médica dos paciente com doenças terminal.	91%
- Manejar o paciente em seus últimos dias de vida no domicílio ou no hospital. - Construir um projeto terapêutico singular. - Dominar situações de urgência em paciente oncológico terminal - Prescrever hemoderivados.	81,8%
- Articular com a rede de atenção à saúde o atendimento secundário.	72,7%
- Saber montar uma equipe de cuidados paliativos com suporte à família e aos profissionais. - Manejar o estresse da equipe de saúde. - Realizar cuidados com a boca do paciente.	63,6%
- Manejo geral das reações transfusionais. - Realizar outras técnicas analgésicas	45,4%
- Realizar Infiltração de anestésicos e /ou esteroides.	36,3%
- Realizar bloqueio neural.	18,2%

Houve algumas discordâncias destes resultados com a literatura. Das 15 competências acrescentadas do *Libro Blanco*, 6 não foram consenso entre os painelistas: realizar bloqueio neural, conhecer o papel da fisioterapia, realizar cuidados com a boca, infiltração de

analgésicos, manejo das reações transfusionais e o manejo do estresse na equipe de saúde. Magaña, Santamaría, Casanovas e López (2018), em estudo sobre universidades de El Salvador, recomendam o treinamento de novas equipes para o manejo de estresse, especialmente em cuidados paliativos.

Chenge e Teh (2014), em estudo na Austrália, recomendam trabalhar em cuidados paliativos com equipes eficazes e com profissionais capazes de exercitar o autoconhecimento, conscientes das forças pessoais e fragilidades, atentos ao *Burnout* (EAPC, 2013).

Desta forma, infere-se a importância da capacidade de gerenciamento do estresse por meio de equipe para auxiliar no controle dos sintomas dos pacientes e seus familiares, e do tema para a formação de profissionais de saúde.

Apesar deste estudo não avaliar a importância dada pelos painelistas a cada competência, como em outros estudos, foi possível observar uma abrangência a vários aspectos dos cuidados paliativos.

Em estudo realizado na Coreia (Kang et al., 2013), as competências médicas de mais importância foram semelhantes às mais votadas neste estudo: controle de sintomas em pacientes em cuidados paliativos e os cuidados no final de vida com o paciente e seu familiar.

Cuidados paliativos na pediatria não foi considerada competência necessária para o médico generalista neste estudo e, de forma semelhante, não teve importância como competência médica no estudo realizado na Coreia, sendo considerada competência para a enfermagem (Kang et al., 2013).

Uma matriz de competência é um instrumento importante na formação médica, visto que expressa o consenso coletivo e o conteúdo necessário a todo médico generalista, não necessariamente presente em uma disciplina específica ou no docente (Marques & Freitas, 2018).

A partir da análise das respostas da segunda rodada, foi possível elaborar a matriz de competência com as respostas que foram consenso (Quadro 1).

Quadro 1. Matriz de competências elaborada com as respostas que foram consenso (> 70%) entre os participantes

Conhecimentos	Habilidades
- Conhecer o conceito de cuidados paliativos. - Conhecer o critério de indicação para cuidados Paliativos. - Conhecer sobre cuidados paliativos na Atenção Básica. - Conhecer a atitude do médico diante da morte de seu paciente. - Conhecer o conceito de dor total. - Conhecer o conceito de doença terminal - Conhecer os aspectos básicos da atenção domiciliar, - Compreender a relação da bioética com os cuidados paliativos. - Saber sobre a farmacologia e uso clínico de opioides em cuidados paliativos. - Cuidados com a boca, mucosites, halitoses e infecções orais. - Entender sobre alimentação em cuidados paliativos. - Saber encaminhar para o internamento quando necessário. - Reconhecer aspectos psicológicos, sociais e espirituais na abordagem de cuidados paliativos com o paciente e seu familiar. - Identificação do luto patológico.	- Exercer a empatia. - Agir com paciência em cuidados paliativos. - Trabalhar em Equipe Multidisciplinar /Interdisciplinar - Ter uma visão generalista. - Aplicar medicina baseada em evidência. - Fazer história clínica do paciente com doença terminal. - Controlar a dor e outros sintomas mais comuns. - Articular com a rede de atenção à saúde o atendimento secundário. - Apresentar disponibilidade para atuar em cuidados paliativos. - Dominar situações de urgência em paciente oncológico terminal. - Prescrever hemoderivados. - Fazer evolução médica dos pacientes com doenças terminais. - Fazer evolução da dor com uso de escalas. - Comunicar-se adequadamente, incluindo a comunicação de má notícia. - Manejar o paciente em seus últimos dias de vida no domicílio ou no hospital. - Construir um projeto terapêutico singular.

Neste estudo, a definição de competência esteve orientada pela ótica das DCN, conforme Resolução CNE/CES nº 3 (2014), as quais articulam conhecimentos, habilidades e atitudes para a formação médica e têm por objetivo desenvolver uma prática profissional competente em três áreas: I - Atenção à saúde, II - Gestão à saúde e III - Educação em saúde, proporcionando ao médico condições para mobilizar diferentes recursos na resolução dos problemas do cotidiano profissional com sucesso.

Observa-se que a maior quantidade de competências (vinte e sete) elencadas pelos participantes está relacionada com a atenção à saúde. As competências relacionadas com a Gestão em Saúde foram: Trabalhar em Equipe Multidisciplinar/Interdisciplinar e Articular com a rede de atenção à saúde o atendimento secundário. Segundo a Resolução CNE/CES nº 3 (2014), dentro da área de Gestão em Saúde, para a formação médica é necessário

compreender a importância do trabalho colaborativo em equipes de saúde, respeitando normas institucionais dos ambientes de trabalho e agindo com compromisso ético-profissional, superando a fragmentação do processo de trabalho em saúde. Além disso, favorecer a articulação de ações de profissionais e serviços, apoiando a implantação de dispositivos e ferramentas que promovam a organização de sistemas integrados de saúde.

Apenas uma competência foi relacionada à Educação em Saúde: aplicar medicina baseada em evidência, compatível com o comportamento de valorização da pesquisa científica a favor da assistência à saúde. Entretanto, a área de Educação em Saúde poderia ser melhor representada neste estudo, caso identificada alguma competência mais especificamente voltada à área da pesquisa e promoção à saúde. Está explícita nas DCN a necessidade do graduando ser corresponsável pela sua formação, o que inclui favorecer o desenvolvimento científico e tecnológico voltado para a atenção das necessidades de saúde individuais e coletivas, por meio da disseminação das melhores práticas e do apoio à realização de pesquisas de interesse da sociedade. Outrossim, identificar a necessidade de produção de novos conhecimentos em saúde, a partir do diálogo com a própria prática, a produção científica e o desenvolvimento tecnológico disponíveis. Semelhante a este estudo, na pesquisa de Kang et al. (2013), os domínios educação e pesquisa tiveram menos importância que os demais na avaliação.

Nesta pesquisa foi possível identificar que as recomendações mais votadas pelos painelistas foram: conhecimento sobre cuidados paliativos, incluindo critérios de indicação; cuidados paliativos na atenção básica; controle de sintomas; trabalho multiprofissional e interprofissional; habilidades de comunicação e bioética. Semelhante a este estudo, também é possível verificar em outras pesquisas como principais recomendações: conhecimento sobre cuidados paliativos, controle da dor e outros sintomas, habilidade de comunicação e ética (Lehto, Hakkarainen, Kellokumpu, Pirkko, & Saarto, 2017; Fitzpatrick, Heah, Patten, & Ward, 2017; Nakamura et al., 2017) recomendam os assuntos acima citados como principais e que estejam presentes na medicina clínica desenvolvendo um currículo integrado. Além destas principais recomendações, Mutto et al. (2005) acrescentam a importância do apoio psicossocial aos pacientes e familiares.

Alguns estudos consideram a ética médica como uma das competências mais importantes. Horowitz et al. (2014) afirmam que a Associação das Faculdades Americanas recomenda a presença do conteúdo sobre consentimento informado e diretrizes antecipadas de vontade

no currículo para formação médica. Chenge e Teh (2014) não especificam os conteúdos específicos à ética, mas enfatizam a importância deste domínio no início do curso de Medicina; Suvarnabhumi et al. (2013) e Lehto et al. (2017) orientam de acordo com a recomendação da Associação Europeia de Cuidados paliativos relacionando ética e direito.

Um novo desafio se impõe após a elaboração da matriz de competências: onde, quando e como esta matriz poderá ser incorporada ao currículo médico? Esse é um desafio que deve considerar a contextualização epidemiológica e cultural da região onde o curso está implantado, além de estratégias inovadoras de gestão do ensino que considerem o SUS como referência de atenção, trabalho e formação em saúde.

4. CONCLUSÕES

A técnica *Delphi* é uma importante ferramenta de pesquisa qualitativa que objetiva o consenso de um grupo de especialistas a respeito de um determinado tema complexo e abrangente. Possibilita opiniões bem refletidas, pensamentos independentes, que convergem em uma melhor tomada de decisão para a elaboração de um cenário futuro e para transformação de uma realidade.

Diante do número crescente de pacientes em cuidados paliativos, reconhece-se a necessidade de ampliar a formação nesta área. Elaborar e implementar uma matriz de competência em cuidados paliativos é uma estratégia para garantir a reflexão e a vivência discente, sistemática, desde o início do curso.

A técnica *Delphi* proporcionou a elaboração de uma matriz de competências em cuidados paliativos de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Medicina, com a colaboração de médicos de diversas especialidades. Esta ferramenta pode ser considerada útil para o diagnóstico situacional, planejamento de ações e para auxílio à gestão institucional do ensino superior em saúde. Deve-se considerar, no entanto, o rigor científico para evitar possíveis vieses de seleção no uso da técnica.

O estudo possibilitou o desenvolvimento de uma matriz de competências em cuidados paliativos, necessária para a formação médica e suficiente para garantir a atenção humanizada à saúde de parcela significativa da população.

5. REFERÊNCIAS

- Agência Nacional de Avaliação de Qualidade e Credenciamento. (2005). *Libro Blanco: Título de médico*. Granada, Espanha: Agência Nacional de Avaliação de Qualidade e Credenciamento.
- Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC). (2013). Competências centrais em cuidados paliativos: Um guia orientador da EAPC sobre educação em cuidados paliativos: parte 1. *Jornal Europeu de Cuidados Paliativos*, 20(2), 86-91.
- Carvalho, J. A. M., & Garcia, R. A. (2003). O envelhecimento da população brasileira: Um enfoque demográfico. *Cadernos de saúde pública*, 19(3), 725-733. doi: 10.1590/S0102-311X2003000300005
- Cheng, R., & Teh, A. (2014). Palliative care in Australian medical student education. *Medical Teacher*, 36(1), 82-83. doi: 10.3109/0142159X.2013.818630
- Council of Europe. (2003). *Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care*. Spain, Europe: Council of Europe. Retrieved from [http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(2003\)24_en.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf).
- Denney-Koelsch, E. M., Horowitz, R., Quill, T., & Baldwin, C. D. (2018). An integrated, developmental four-year medical school curriculum in palliative care: A longitudinal content evaluation based on national competency standards. *Journal of Palliative Medicine*, 1(9), 1221-1233. doi: 10.1089/jpm.2017.0371
- Fitzpatrick, D., Heah, R., Patten, S., & Ward, H. (2017). Palliative care in undergraduate medical education - How far have we come? *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 34(8), 762-773. doi: 10.1177/1049909116659737
- Floriani, C. A., & Schramm, F. R. (2007). Desafios morais e operacionais na inclusão dos cuidados Paliativos na rede de atenção básica. *Cadernos de saúde pública*, 23(9), 2072-2080. doi: 10.1590/S0102-311X2007000900015
- Horowitz, R., Gramling, R., & Quill, T. (2014) Palliative care education in US medical schools. *Medical Education*, 48(1), 59-66. doi: 10.1111/medu.12292
- Humphrey-Murto, S., Varpio, L., Gonsalves, C., & Madeira, T. J. (2017). The use of the *Delphi* and other consensus group methods in medical education research: A review. *Academic Medicine*, 92(10), 1491-1498. doi: 10.1097/ACM.0000000000001812
- Kang, J., Kim, Y., Yoo, Y. S., Choi, J. Y., Koh, S. J., Jho, H. J. ... Jones, D. (2013). Developing competencies for multidisciplinary hospice and palliative care professionals in Korea. *Supportive Care in Cancer*, 21(10), 2707-2717. doi: 10.1007/s00520-013-1850-3
- Lehto, J. T., Hakkarainen, K., Kellokumpu, L., Pirkko, L., & Saarto, T. (2017). Undergraduate curriculum in palliative medicine at Tampere University increases students' knowledge. *BMC Palliative Care*, 16(13). doi: 10.1186/s12904-016-0182-8
- Linstone, H. A., & Turoff, M. (2002). *The Delphi method: Techniques and applications*. New Jersey Institute of Technology. Disponível em: <https://web.njit.edu/~turoff/pubs/delphibook/index.html>
- Magaña, M. A. F., Santamaría, K. P., Casanovas, J. G., & López, M. (2019). Teaching of palliative care in medical schools in El Salvador. *Educación Médica*, 20(1), 143-147. doi: 10.1016/j.edumed.2017.09.010
- Marques, J. B. V., & Freitas, D. (2018). Método *Delphi*: Caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. *Revista Pro-Posições*, 29(2), 389-415.
- Ministério da Saúde (2007). Integração de informações dos registros de câncer brasileiros. *Revista saúde pública*, 41(5), 865-868.

- Mutto, E. M., Bunge, S., Vignaroli, E., Bertolino, M., Villar M. J., & Wenk, R. (2014). Medical students' palliative care education in a latin american university: A three-year experience at austral university in Buenos Aires, Argentina. *Journal of palliative medicine*, 17(10), 1137-1142.
- Nakamura, Y., Takamiya, Y., Saito, M., Kuroko, K., Shiratsuchi, T., Oshima, K., ... Miyake, S. (2017). A survey of palliative medicine education in Japan's undergraduate medical curriculum. *BMC Palliative Care*, 16(1).
- Oliveira, J. R., Ferreira, A. C., & Rezende, N. A. (2013). Ensino de bioética e cuidados paliativos nas escolas médicas do Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 37(2), 285-290. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n2/17.pdf>
- Resolução CNE/CES nº 3. (2014, Junho). Institui as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina e dá outras providências. Brasília, Brasil: Ministério da Educação. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf
- Resolução nº 41. (2018, Outubro). Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, Brasil: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/novembro/23/RESOLUCAO-N41.pdf>
- Resolução CFM nº 1.973 (2011, Agosto). Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.845/08, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Brasília, Brasil: Conselho Federal de Medicina.
- Souza, M. F. M., Malta, D. C., França, E. F., & Barreto, M. L. (2018). Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1737-1750. doi: 10.1590/1413-81232018236.04822018
- Suvarnabhumi, K., Sowanna, N., Jiraniramai, S., Jaturapatporn, D., Kanitsap, N., Soorapanth, C., ... Phungrassami, T. (2013) Situational analysis of palliative care education in Thai medical Schools. *Palliative Care: Research and Treatment*, 7, 25–29. doi: 10.4137/PCRT.S12532
- World Health Organization. (2002). *National cancer control programmes: Policies and managerial guidelines*. 2 ed. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

RELEVÂNCIA DA INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA PARA A ELABORAÇÃO DE MATERIAIS EDUCATIVOS EM SAÚDE

Claudenisa Mara de Araújo Vieira¹, Sabrina Alaide Amorim Alves², Maria do Socorro Vieira Lopes³ e Marlene Menezes de Souza Teixeira⁴

^{1,2}Universidade Regional do Cariri (URCA), Brasil. mara28araujo@hotmail.com; sabrina1995amorim@gmail.com

³Universidade Regional do Cariri (URCA), RENASF/URCA, Brasil. socorrovieira@hotmail.com

⁴Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (UNILEÃO), Brasil. marlenesouza@leaosampaio.edu.br

Resumo. O estudo tem como objetivo discutir a relevância da investigação qualitativa na clarificação das necessidades dos usuários/cuidadores para elaboração de materiais educativos em saúde. Método: Pesquisa qualitativa a partir de um recorte da dissertação intitulada de cartilha educativa para o manuseio e descarte de resíduos de saúde produzidos no domicílio. Estudo realizado em um município do centro sul do Ceará-Brasil. Participaram do estudo vinte e três usuários/cuidadores. Para coleta de dados foi utilizada uma entrevista semiestruturada. A análise ocorreu mediante a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Resultados: O estudo evidencia que os usuários/cuidadores realizam de forma inadequada o manuseio e descarte dos resíduos de saúde. A pesquisa qualitativa permitiu uma maior aproximação com o fenômeno investigado, considerou as dúvidas e necessidades dos usuários/cuidadores, para que a cartilha elaborada possa ser de fácil compreensão, motivadora, adequada culturalmente a realidade dos cuidadores. Conclusão: A elaboração de material educativo balizada pelo método qualitativo permite maior clareza no material elaborado para que o mesmo favoreça a mudança de comportamento e adoção de hábitos de saúde, contribuindo para uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Pesquisa Qualitativa; Resíduos de Serviços de Saúde; Educação em Saúde.

RELEVANCE OF QUALITATIVE RESEARCH FOR THE PREPARATION OF HEALTH EDUCATIONAL MATERIALS

Abstract. The study aims to discuss the relevance of qualitative research in clarifying the needs of users / caregivers for the elaboration of educational health materials. Method: Qualitative research based on an excerpt from the dissertation entitled an educational booklet for the handling and disposal of health waste produced at home. Study carried out in a city in the south of Ceará-Brazil. Twenty-three users / caregivers participated in the study. For data collection, a semi-structured interview was used. Results: The analysis took place using the Collective Subject Discourse (CSD) technique. The study shows that users / caregivers inappropriately carry out the handling and disposal of health waste. The qualitative research allowed a greater approximation with the investigated phenomenon, considered the doubts and needs of users / caregivers, so that the elaborated booklet can be easy to understand, motivating, culturally appropriate to the reality of caregivers. Conclusion: The preparation of educational material based on the qualitative method allows for greater clarity in the material prepared so that it favors the change of behavior and the adoption of health habits, contributing to a better quality of life.

Keywords: Qualitative research; Medical Waste; Health education.

1. INTRODUÇÃO

Globalmente, a gestão dos Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) se apresenta como um desafio ambiental e de saúde pública, principalmente em países populosos e em desenvolvimento como o Brasil. Esta conjuntura deve-se, de forma especial, a elevada

demanda por procedimentos de saúde, o que acarreta uma maior produção desse tipo de material (Gallotti et al., 2017).

Compreende-se por Resíduos de Serviço de Saúde materiais produzidos em serviços de assistência médica humana ou animal, laboratórios analíticos, centro de zoonoses, necrotérios, funerárias, serviços de medicina em geral, drogarias, distribuidores farmacêuticos, estabelecimentos de ensino e pesquisa na área da saúde, assim como, aqueles provenientes do serviço de atenção domiciliar (Brasil, 2018).

Dessa forma, os desafios para o gerenciamento dos RSS deixaram de centralizar-se apenas no hospital e se estenderam a uma nova modalidade de assistência à saúde, que consiste na atenção domiciliar. A Atenção Domiciliar (AD), refere-se a uma modalidade de atenção à saúde substitutiva e complementar a internação hospitalar que objetiva a redução das extensivas demandas nos serviços de saúde, diminuição da permanência dos indivíduos no hospital e promoção da autonomia dos usuários (Brasil, 2016).

Em meio as dificuldades da atenção domiciliar, destaca-se a carência de conhecimento por parte dos usuários/cuidadores no que se refere ao manuseio e descarte dos RSS produzidos no domicílio, existindo assim, uma lacuna na produção do conhecimento no que se refere à esta temática.

Nesse contexto, ressalta à importância do uso de tecnologias educacionais na saúde como um importante recurso didático pedagógico, possibilitando maior autonomia dos usuários. Nesse prisma, tecnologias educacionais facilitam o processo de aprendizagem por utilizar uma série de recursos, a saber, como imagens, sons, narrativas que contribuem para uma maior absorção de informações (Silva, Carreiro, & Mello, 2017).

No que se refere a construção de um material educativo destaca-se à importância e necessidade da realização de uma investigação qualitativa, cuja finalidade é conhecer a percepção, dúvidas e carências do público alvo no que se refere aos fenômenos estudados. Permitindo assim, a produção de conhecimento científico, mediante à abordagem de informações diretas e assertivas que possa compreender a realidade vivenciada pelo objeto no seu contexto social (Silva, Carreiro, & Mello, 2017).

Sendo assim questiona-se: quais as necessidades, dúvidas e dificuldades que os usuários/cuidadores apresentam no que se refere ao armazenamento, manuseio e descarte

dos resíduos de saúde produzidos no domicílio? Para responder esta indagação é necessário uma maior aproximação com os usuários/cuidadores, com isso, objetivou-se discutir a relevância da investigação qualitativa na clarificação das necessidades dos usuários/cuidadores para elaboração de materiais educativos em saúde.

2. MÉTODO

Trata-se de um recorte de um trabalho dissertativo intitulado de “cartilha educativa para o manuseio e descarte de resíduos de saúde produzidos no domicílio”. O mesmo desenvolveu-se como um estudo metodológico, que de acordo com Polit e Beck (2011), consiste em um tipo de delineamento que possibilita investigar as formas de obtenção dos dados, promovendo uma avaliação sistemática acerca da organização, construção e validação de instrumentos confiáveis.

O percurso metodológico para a construção da cartilha fundamentou-se no modelo metodológico de Echer (2005), que postula quatro etapas para a construção de um material educativo, a saber: 1) Elaboração de um projeto; 2) Sistematização do conteúdo; 3) Construção da cartilha; 4) Validação da cartilha.

A segunda etapa para a construção da cartilha se referiu a sistematização do conteúdo, a mesma contemplou a realização de uma entrevista com o público alvo com a perspectiva de identificar suas dúvidas sobre o manuseio e descarte dos RSS, posteriormente foi realizada uma revisão integrativa de literatura, com o objetivo de identificar nas literaturas renomadas as recomendações para esses processos. Será descrito o desenvolvimento da investigação qualitativa, realizada por meio da entrevista.

Participaram desta etapa usuários/cuidadores que realizavam procedimentos de saúde no domicílio. Adotou-se como critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos; desenvolver ações de autocuidado que proporcione a geração de RSS; e está admitido no programa de atenção domiciliar ou ser cuidador de usuários que estão admitidos no mesmo. Por outro lado, foram excluídos do estudo, os usuários que apresentaram sanidade mental comprometida.

Participaram do estudo 23 usuários/cuidadores, durante o mês de junho de 2019, por meio da técnica da entrevista. Para a realização da entrevista seguiu-se um roteiro semiestrurado

direcionado aos usuários/cuidadores em que foi abordado aspectos referentes à percepção que esses têm do manuseio e descarte dos RSS.

A coleta dos dados pautou-se nas seguintes questões norteadoras: Como o senhor(a) realiza, o manuseio e descarte dos RSS? O senhor (a) utiliza alguma forma de proteção ao manusear os RSS? O senhor (a) tem alguma dúvida sobre o manuseio e descarte dos resíduos de saúde?

A aplicação da entrevista foi realizada pela pesquisadora. Inicialmente foi realizado contato prévio para agendamento das entrevistas que foram realizadas no domicílio. Cada entrevista durou em média 20 minutos e todas foram gravadas com o auxílio de um gravador, as respostas foram transcritas sempre ao final do dia de coleta, para que informações importantes para a compreensão dos fenômenos não fossem perdidas.

Para a análise dos dados foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), a qual segundo Lefevre e Lefevre (2014) fundamenta-se na teoria das representações sociais e busca incorporar a dimensão individual envolvendo-a na dimensão coletiva, sendo utilizado para expressar um pensamento coletivo.

O DSC utiliza três figuras metodológicas para a sua determinação, que são: Expressões Chaves (EC) que consistem em trechos dos discursos que revelam a essência destes, ou seja, aquilo que os participantes buscaram afirmar sobre a temática. As Ideias Centrais (ICs) que são expressões que revelam o sentido das expressões chaves, e as Ancoragens (AC) que são enunciados que contém uma ideologia, uma teoria ou um valor que está explicitamente apresentado (Figueredo, Chiari, & Goulart, 2013).

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com o estabelecido na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, referente às pesquisas envolvendo seres humanos (Brasil, 2012), e levou em consideração os princípios da ética em pesquisa, que garante a autonomia dos participantes, o direito de liberdade, escolha e privacidade das informações. A referida pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Regional do Cariri, sendo aprovada com o seguinte parecer 3.363.262.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Entrevista, possibilitou uma maior aproximação com os usuários/cuidadores, permitindo uma maior clareza do que precisa ser abordado no material educativo para que este

material produzido a partir de suas dúvidas e fragilidades possam de fato ser de fácil compreensão e colaborem com a aprendizagem destas pessoas para que os cuidados com os resíduos produzidos no domicílio sejam adequadamente manuseados. Entretanto, se faz necessário, antes da apresentação dos discursos a caracterização dos participantes em relação ao sexo e idade conforme aponta a Tabela 1.

Tabela 1. Demonstrativo dos participantes da entrevista de acordo com o sexo e idade.

SEXO	QUANTIDADE	PORCENTAGEM
MASCULINO	01	4%
FEMININO	22	96%
TOTAL DE PARTICIPANTES	23	100%
FAIXA ETÁRIA	QUANTIDADE	PORCENTAGEM
30 à 40 anos	05	22%
41 à 50 anos	07	30%
51 à 65 anos	11	48%
TOTAL DA AMOSTRA	23	100%

Fonte: Pesquisa direta, Crato-Ce, 2020

Nota-se predominância de participantes do sexo feminino correspondendo a 96% dos entrevistados, de acordo com o estudo de Souza, Pereira e Silva (2018) os cuidados em domicílio são desenvolvidos, majoritariamente, por mulheres no interior de suas famílias, esta realidade se estabelece por que social e culturalmente criou-se a ideia de que a mulher dispõe de habilidades “ínatas” para o cuidado como a delicadeza e organização, fazendo com que as mesmas sejam protagonistas nesse processo.

No que se refere a idade dos participantes, a mesma variou de 30 a 65 anos, havendo um predomínio de 48% da população na faixa etária entre 51 a 65 anos de idade. Esta realidade se desenvolve como reflexo do menor número de filhos das famílias contemporâneas, assim como, do processo de envelhecimento populacional, que faz com que a grande maioria dos cuidadores sejam os próprios cônjuges (Tomomitsu, Perracini, & Neri, 2014).

Os dados provenientes das entrevistas foram organizados através da técnica do DSC, a entrevista pautou-se na realização de três questões norteadoras, que se seguem:

- ❖ *Questão norteadora1: Como o senhor(a) realiza o armazenamento e descarte dos RSS? As respostas suscitaram duas ideias centrais e por conseguinte o desenvolvimento de dois DSC (Quadro 1 e 2).*

Quadro 1. Discurso do Sujeito Coletivo 1

IC 1- O descarte dos RSS ocorre através da coleta de lixo urbana

Discurso do Sujeito Coletivo 1

Eu separo as coisas dele das nossas, quando eu vou dá banho, trocar a fralda, aplicar a insulina, coloco tudo dentro de um saco separado das nossas coisas, depois, eu deixo no muro até o dia do carro do lixo passar para levar embora. Quando chega o dia, eu coloco tudo lá fora direito, mas é tudo bem amarrado, não faz perigo de se soltar.

Fonte: Pesquisa direta, Crato-Ce, 2020

Diante do discurso apresentado, percebe-se que os usuários/cuidadores não realizam uma importante etapa do processo de manejo dos RSS, que corresponde a segregação, já que, segundo o discurso todos os resíduos gerados são armazenados em um único recipiente. De acordo com a resolução 222/18 da ANVISA a segregação corresponde a primeira e mais importante etapa do manejo dos RSS, e deve ser realizada no momento e local de sua geração, pelo profissional ou pessoa responsável por sua produção.

De acordo com o DSC 1 o armazenamento dos RSS acontece no muro dos domicílios, no entanto, esse tipo de material não deve ser depositado em locais que permitam o alcance de crianças ou animais nem exposição a chuva, o recomendado pela resolução 222/18 é que esse tipo de resíduo seja armazenado em sacos fechados dentro de coletores tampados e em local com pouca movimentação de pessoas e com acesso restrito (Brasil, 2018).

Ainda de acordo com o discurso supracitado, o descarte dos RSS se faz por meio da coleta de lixo urbano, sendo, por conseguinte depositados em lixões a céu aberto. Esta prática vai contra o preconizado na legislação vigente, que postula que a maioria dos RSS devem passar por um tratamento prévio, para posteriormente serem descartados, na perspectiva de reduzir o grau de contaminação desses materiais (Brasil, 2018).

Além do mais, aponta-se que o descarte dos RSS por meio da coleta urbana está ancorada no desenvolvimento de riscos evitáveis de exposição dos trabalhadores da limpeza urbana,

assim como, do acometimento do meio ambiente pela deposição de material infectado em locais que não estão preparados para recebê-los (Sanches et al., 2018).

Quadro 2. Discurso do Sujeito Coletivo 2

IC 2- O descarte dos RSS é realizado através da devolutiva ao serviço de saúde

Discurso do Sujeito Coletivo 2

Eu separo as seringas e vou deixar no posto, separo só as seringas mesmo, o resto coloco tudo em um saco, as seringas eu coloco no descartex, eu mesmo improvisei um de plástico, por que eu acho melhor o de plástico do que aquelas caixas. Eu coloquei um saco nele, quando ele tá cheio eu tiro o saco e levo no posto.

Fonte: Pesquisa direta, Crato-Ce, 2020

Diante do exposto, ressalta-se que o DSC 2 (Quadro 2) está em partes de acordo com o preconizado na legislação vigente, visto que, realiza a separação dos resíduos de acordo com o seu grau de contaminação e capacidade de ocasionar acidentes. Assim como, desencadeia um descarte adequado com a devolução dos materiais perfuro cortantes para o serviço de saúde o que minimiza os agravos ao meio ambiente e reduz a incidência de contaminação (Brasil, 2018).

O Ministério do Trabalho determina que os materiais perfuro cortantes devem ser depositados em recipientes descartáveis ou reutilizáveis que podem ser de papelão, plástico ou metal. Os recipientes reutilizáveis devem ser de plástico ou metal, e devem ser identificados como coletores de perfuro cortantes (Sanches, 2018). De acordo com Matos (2018), as caixas de perfuro cortantes devem ser trocadas sempre que atingirem 2/3 da sua capacidade ou a cada 48 horas.

Entretanto, aponta-se uma fragilidade no comportamento mencionado no discurso, visto que, o discurso afirma retirar os sacos da caixa para realizar o transporte até o serviço de saúde, contudo, esta prática aumenta o risco de acidentes, visto que, facilmente os perfuro cortantes podem perfurar os sacos e contaminarem as pessoas, o recomendado é fazer o descarte de toda a caixa.

- ❖ *Questão norteadora 2: O senhor (a) utiliza alguma forma de proteção ao manusear os RSS? As respostas suscitaram duas ideias centrais e por conseguinte o desenvolvimento de dois DSC.*

Quadro 3. Discurso do Sujeito Coletivo 3

IC 1- O manuseio dos resíduos de saúde é feito com o uso dos EPI's

Discurso do Sujeito Coletivo 3

Não é sempre que utilizo alguma coisa, mas as eu uso luva e máscara para me proteger, as vezes uso álcool gel também. O mais importante que eu acho é a luva, sempre que posso não deixo faltar, mas quando não tem uso um saco mesmo, o importante é não se sujar, não é nojo, mas a gente tem que se proteger.

Fonte: Pesquisa direta, Crato-Ce, 2020

O DSC 3 (Quadro 3), evidencia que os usuários/cuidadores desencadeiam um posicionamento correto no que se refere a utilização dos EPI's durante o manuseio dos RSS, vale salientar, que a utilização dos mesmos mostra-se imprescindível para a proteção do usuário, e configura-se como um dos principais pilares de prevenção das doenças infectocontagiosas, visto que, estabelecem uma barreira mecânica que dificultam ou impedem o contato dos microrganismos (Vieira et al., 2015).

Além da utilização dos EPI's destaca a importância da incorporação de outras práticas de biossegurança como a higienização periódica das mãos, visto que, esta conduta protege tanto quem executa o procedimento de saúde quanto quem se beneficia do mesmo, reduzindo o risco de infecção (Vieira et al., 2015).

Quadro 4. Discurso do Sujeito Coletivo 4

IC 2- O manuseio dos resíduos de saúde é feito sem o uso dos EPI's

Discurso do Sujeito Coletivo 4

Não uso nada para me proteger, não tenho dinheiro para comprar e o serviço de saúde não disponibiliza, eu já tenho muitas despesas, compro fralda, remédio, fruta, infelizmente não sobra dinheiro pra isso.

Fonte: Pesquisa direta, Crato-Ce, 2020

Diante do exposto, nota-se que parte dos usuários/cuidadores ainda não fazem uso dos EPI's em seu cotidiano (Quadro 4). No universo da atenção domiciliar, o serviço de saúde é o responsável por ofertar os materiais necessários para a continuação da assistência de saúde, assim como, os EPI's para serem utilizados pelos usuários/cuidadores (Alves et al., 2012).

De acordo com a constituição federal de 1988, o estado tem o dever de garantir o atendimento de saúde a toda população brasileira conferindo os insumos básicos para o desenvolvimento das ações de saúde, no entanto, diante da demanda cada vez mais crescente e do sucateamento dos cofres públicos, os recursos financeiros não são suficientes para atender a população da maneira adequada, fazendo com que o usuário tenha que dispor da compra de utensílios, nesse sentido, afirma-se que o fator econômico está diretamente implicado na não utilização dos EPI's pelos usuários/cuidadores (Matos et al., 2018).

- ❖ *Questão norteadora 3: O senhor (a) tem alguma dúvida sobre como deve ser realizado o manuseio e descarte dos resíduos de saúde? A mesma suscitou uma ideia central, e um DSC, que correspondeu a:*

Quadro 5. Discurso do Sujeito Coletivo 5

IC 1- Dúvidas sobre o manuseio e descarte dos resíduos de saúde

Discurso do Sujeito Coletivo 5

Nunca tive orientação de como descartar esse tipo de lixo, queria saber se estou fazendo certo em colocar para o carro do lixo levar, e saber a forma correta de fazer esse descarte. Para falar a verdade nunca parei para pensar sobre isso, não tenho dúvida nenhuma, nem sabia que existia um jeito certo, por que na minha cabeça a única coisa que se faz com o lixo é jogar fora, mas eu acho que tá errado né, por que tem que colocar cada coisa no seu canto, mas não me preocupo com essas coisas.

Fonte: Pesquisa direta, Crato-Ce, 2020

O discurso acima citado (Quadro 5) aponta que a principal causa da prática inadequada no que se refere ao manuseio e descarte dos RSS consiste na falta de orientação e capacitação do público alvo. A educação em saúde configura-se como um processo político pedagógico que tem a finalidade de desenvolver um pensamento crítico e reflexivo nas pessoas. Assim como, busca levar a autonomia e emancipação dos indivíduos através do

aprendizado e da incorporação de ações que os fazem mais conscientes e responsáveis pelos seus atos (Falkenberg et al., 2014).

No referido discurso os participantes comparam os RSS a um simples lixo, demonstrando que não conhecem as particularidades e os riscos provenientes dos mesmos. De acordo com Cafure et al. (2015), os RSS representam um risco em potencial para a população, de maneira direta para aqueles que interagem com esse tipo de resíduo, assim como, de maneira indireta, pelo comprometimento do meio ambiente.

Esse discurso reforça a necessidade de se capacitar e sensibilizar os indivíduos que manuseiam e descarte dos RSS. O uso da entrevista possibilitou identificar as reais necessidades do público-alvo, pôde-se identificar que os mesmos apresentam dificuldades no que se refere a separação, acondicionamento e identificação dos resíduos, e de forma especial, ao descarte dos mesmos. Dessa forma, a referida cartilha foi construída com base nos achados, com o objetivo de ampliar o olhar advindo das falas dos participantes, buscando solucionar dificuldades por meio do que está previsto na literatura vigente.

4. CONCLUSÃO

Os materiais educativos se desenvolvem com a perspectiva de suprir necessidade de conhecimento, assim como, favorecer uma mudança de comportamento e adoção de hábitos saudáveis, com isso, a investigação qualitativa através de suas formas de coleta e análise dos dados possibilita a compreensão acerca das principais necessidade do público alvo, fazendo com que o material educativo seja assertivo e aborde aspectos que são relevantes para o processo de educação em saúde, logo, a investigação qualitativa mostra-se como um alicerce para a construção dos materiais educativos que sejam facilmente compreendidos, motivadores, que ajudem nos cuidados e que sejam adequados culturalmente.

5. REFERÊNCIAS

- Alves, S. B., Souza, A. C. S., Rezende, A. F. V. T. K. C., Rezende, F. R., & Rodrigues, E. G. (2012) Management of waste generated in home care by the Family Health Strategy. *Rev Bras Enferm*, 65(1), 128-34.
- Brasil, Ministério da Saúde (2016). *Portaria nº 825 de 25 de Abril de 2016*. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde (2018). *Resolução da Diretoria Colegiada-RDC nº 222 de 28 de Março de 2018*. Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde.

- Cafure, V. A., & Graciolli, S. R. P (2015). Residues of health services and their environmental impacts: a bibliographical revision. *INTERAÇÕES*, 16(2), 301-314.
- Escher, I. C (2005). Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. *Rev Latino-am Enfermagem*, 13(5), 754-757.
- Falkenberg, M. B., Mendes, T. P. L., Moraes, E. P., & Souza, E. M (2014). Health education and education in the health system: concepts and implications for public health. *Ciênc. saúde coletiva*, 19(3), 243-256.
- Figueiredo, M. Z. A., Chiari, B. M., & Goulart, B. N. G (2013). Discourse of Collective Subject: a brief introduction to a qualitativequantitative research tool*. *Distúrb Comun*, 25(1), 129-136.
- Galloti, F. C. M., Santos, A. T. S., Oliveira, C. B., Passos, & M. C., Andrade, A. S. A (2017). Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde: conhecimento da equipe de enfermagem. *Ciências Biológicas e de Saúde Unit.*, 4(2), 169-184.
- Lefevre, F., & Lefevre, A. M. C (2014). Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. *Texto Contexto Enferm*, 23(2), 502-507.
- Matos, M. C. B., Oliveira, L. B., Queiroz, A. A. F. L. N., Sousa, A. F. L., Valle, A. R. M. C., Andrade, D., & Moura, M. E. B (2018). Nursing professionals' knowledge regarding the management of waste produced in primary health care. *Rev Bras Enferm.*, 71(6), 113-118.
- Polit, D. F., Beck, C. T (2011). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem:avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 7. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Sanches, A. P. M., Mekaro, K. S., Figueiredo, R. M., & André, S. C. S (2018). Health-Care Waste: Knowledge of Primary Care nurses. *Rev Bras Enferm.*, 71(5), 2367-2375.
- Silva, D. M. L., Carreiro, F. A., & Mello. R (2017). Educational technologies in nursing assistance in health education: integrating review. *Rev enferm UFPE on line.*, 11(2), 1044-1051.
- Souza, I. D., Pereira, J. A., & Silva, E. M (2018). Entre o Estado, a sociedade e a família: o care das mulheres cuidadoras. *Rev Bras Enferm.*, 71(6), 2882-2890.
- Tomomitsu, M. R. S. V., Perracini, M. R., & Neri, A. L. (2014). Fatores associados à satisfação com a vida em idosos cuidadores e não cuidadores. *Ciênc Saúde Coletiva.*, 19(8), 429-3440.
- Vieira, A. N., Lima, D. W. C., Silva, F. T., & Oliveira, G. W.S (2015). Use of personal protective equipment for nursing professionals in primary health care. *Rev enferm UFPE on line*, 9(10), 1376-1383.

ASPECTOS CRÍTICOS DO USO DE CAQDAS NA PESQUISA QUALITATIVA: UMA COMPARAÇÃO EMPÍRICA DAS FERRAMENTAS DIGITAIS ALCESTE E IRAMUTEQ

Angela Canuto¹, Beatriz Bragal¹, Lucas Monteiro¹ e Rodrigo de Melo¹

¹Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas, Brasil. Angela_canuto@uol.com.br; beatriz.braga@famed.ufal.br; lucas.monteiro@famed.ufal.br; ropparanhos@gmail.com.

Resumo. Introdução: Atualmente, na metodologia da pesquisa qualitativa, o uso de Softwares de Análise de Dados Qualitativos Assistidos por Computador (CAQDAS) é vital para analisar dados, seja através do ALCESTE, IRAMUTEQ ou outras ferramentas. Contudo, assim como toda ferramenta, as CAQDAS apresentam pontos positivos e negativos. Assim, torna-se importante analisar o uso destes softwares na pesquisa qualitativa. Objetivos: Analisar funções e aplicação de CAQDAS como componentes da metodologia em pesquisas qualitativas. Métodos: Comparação entre as funções do ALCESTE e IRAMUTEQ e análise crítica do uso desses CAQDAS em artigos qualitativo e quali-quantitativo produzidos pelos autores. Resultados: Ambos os artigos tiveram resultados convincentes decorrentes do uso de CAQDAS. Ademais, o IRAMUTEQ apresenta mais funções, quando comparado ao ALCESTE. Discussão: O uso de CAQDAS na pesquisa qualitativa pode ser de suma importância, principalmente em trabalhos que lidam com grandes quantidades de textos. Além disso, a escolha do software a ser utilizado depende do tipo de resultado desejado. Conclusão: Percebe-se a utilidade do uso de CAQDAS em pesquisas qualitativas, garantindo dinamismo no processamento de dados textuais. O uso correto destas ferramentas é fundamental para a análise dos dados coletados e posterior reprodução científica de pesquisas na mesma linha de interesse.

Palavras-chave: Pesquisa Qualitativa; Análise de Dados; Software de Análise Qualitativa de Dados – QDA

CRITIC ASPECTS OF CAQDAS USAGE IN QUALITATIVE RESEARCH: AN EMPIRIC COMPARISON OF ALCEST AND IRAMUTEQ AS DIGITAL TOOLS

Abstract. Introduction: Recently, usage of Computer-assisted qualitative data analysis software (CAQDAS) became an important data-analysis strategy in qualitative research methodology, whether by ALCESTE, IRAMUTEQ or other analytic tool usage. However, as with any other device, positive and negative aspects will always be present. Knowing this, it is important to analyze the usage of those softwares in qualitative research. Objectives: Evaluate function and application of CAQDAS as part of methods in qualitative research. Methods: Function comparison between ALCEST and IRAMUTEQ, alongside critic analysis of CAQDAS in qualitative and quali-quantitative research papers produced by the present authors. Results: Both analysed papers had crucial usage of the chosen CAQDAS. Furthermore, IRAMUTEQ presents itself with a greater number of inner tools, when compared to ALCESTE. Discussion: CAQDAS usage can become crucial, specially in research requiring bigger amounts of text. Also, there is not a “superior software”, in qualitative analysis, as the software of choice depends on the expected results. Conclusion: The utility and importance of digital analytic tools is seen during article development and researches that demand skill and dynamism in textual data management. Its correct usage also provides credence in further methods reproduction.

Keywords: Qualitative Research; Data Analysis; Qualitative Data Analysis Software – QDA

1. INTRODUÇÃO

A pesquisa qualitativa é o tipo de abordagem metodológica que busca compreender o ponto de vista dos participantes, bem como seu contexto social, sobre determinado tema, sendo essa perspectiva individual então interpretada pelas experiências do pesquisador (Camargo, 2013). Inicialmente, o ramo qualitativo era visto como uma subdivisão da pesquisa quantitativa, entretanto, ela é considerada, atualmente, como sua própria vertente metodológica. Dessa forma, a gradativa evolução do método qualitativo atua como uma espécie de desmistificação da soberania estatística da análise quantitativa, que era tida, até meados da década de 1980, como a única forma confiável de coletar dados (Justo, 2014).

A análise de conteúdo de Bardin, popularizada a partir de 1977, considerada o método clássico de análise qualitativa, é uma técnica de descrição sistemática de termos e classes de equivalência. Ela é trabalhada em duas etapas: a primeira inclui a definição das classes de equivalência e identificação de suas ocorrências; já a segunda envolve a contagem de cada uma dessas classes e construção de uma tabela que sistematize a análise. Ainda que a técnica fosse primorosa e fácil de ser utilizada, apresentava certas limitações, como falta de rigor metodológico e dificuldade na análise de bancos de dados mais extensos (Justo, 2014).

Dessa forma, o surgimento de *softwares* voltados à essa vertente científica, no fim do século XX, permitiu, além da solução das limitações apresentadas na análise de Bardin, que houvesse maior confiabilidade e maiores possibilidades na análise de dados. Pois, a possibilidade de se usar um programa de computador para contar e agrupar dados, no lugar do pesquisador, permitiu que este pudesse investir mais tempo na interpretação dos dados gerados, expandindo a porção analítica da pesquisa, além de dar mais confiabilidade científica a seu trabalho com a automatização da coleta de dados, antes manual. Por conta disso, o método qualitativo digital vem se difundindo de maneira cada vez mais ampla e célere (Souza, 2018).

Esses programas são os *Softwares de Análise de Dados Qualitativos Assistidos por Computador* (CAQDAS) e permitem que os autores organizem, compilem, codifiquem e gerenciem vários tipos de dados, como áudios, imagens, vídeos e textos, de modo que sua ação sobre os dados coletados expanda-se e flexibilize-se. Tais programas computacionais possuem diversas vantagens sobre a pesquisa analógica, como a maior facilidade na busca de termos específicos, o aumento da velocidade de separação dos dados e codificação e

até a uniformidade caligráfica. Seja através do ALCESTE (Analyse Lexicale par Context d'un Ensemble de Segments de Texte), do IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires) ou de outro *Software* de ação similar, a análise digital de textos, nesse caso, torna-se mais coerente, concisa e compreensível para o público-alvo da pesquisa (Souza, 2018). ALCESTE e IRAMUTEQ foram escolhidos porque, além de serem *softwares* de destaque em relação aos outros CAQDAS, compartilham a função de “Classificação Hierárquica Descendente” ou CHD, como explicitado por Camargo (2013).

Dessa forma, o presente artigo pretende analisar os pontos positivos e negativos de duas CAQDAS amplamente utilizadas pela comunidade científica (ALCESTE e IRAMUTEQ), através de análise das ferramentas que cada software apresenta, bem como pela experiência dos autores com o uso desses programas como parte da metodologia de dois artigos que escreveram. Deve-se ressaltar, além disso, que não há software objetivamente superior ao outro, dado que cada um apresenta um modo de operação próprio. Dessa forma, a escolha do programa deverá ser determinada pela finalidade, necessidades e objetivos de estudo em questão e que, nesse estudo, a comparação será feita tomando como base as experiências dos presentes pesquisadores na escrita dos dois artigos.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo principal

Analisar os pontos positivos e negativos de duas CAQDAS muito usados pela comunidade científica (ALCESTE e IRAMUTEQ), a partir da análise das ferramentas internas de cada software e das experiências dos autores com o uso dessas ferramentas como parte da metodologia de dois artigos que escreveram.

2.2 Objetivos específicos

- Avaliar a logística de uso dos softwares ALCESTE e IRAMUTEQ;
- Comparar as funções e limitações dos softwares ALCESTE e IRAMUTEQ;

- Identificar a viabilidade do uso do ALCESTE e do IRAMUTEQ como CAQDAS em pesquisas com teor qualitativo parcial ou integral;
- Evidenciar a experiência prática do uso do ALCESTE e do IRAMUTEQ como CAQDAS.

3. METODOLOGIA

A metodologia do presente artigo embasou-se na comparação entre as funções dos *softwares* ALCESTE (versão 4.0) e IRAMUTEQ (Versão 0.7 alfa 2), ambos usados no sistema operacional *Windows 10*, a partir da leitura integral de seus manuais, disponibilizados nos sites de seus fornecedores, e da experiência dos autores com suas funções como foco da metodologia de dois artigos escritos pelos próprios pesquisadores.

Neste trabalho, foram estudados dois artigos de pesquisa qualitativa e quali-quantitativa produzidos pelos próprios autores cuja coleta de dados foi realizada, respectivamente, por entrevista semiestruturada e Grupos Focais. O artigo “Aspectos da relação médico-paciente em Hospital Universitário” foi escrito embasado em uma análise qualitativa pura, enquanto o artigo “Análise da empatia dos estudantes de medicina no primeiro ano de curso na Universidade Federal de Alagoas – UFAL” foi criado sob uma ótica quali-quantitativa, com o enfoque em seus aspectos subjetivos.

A realização de transcrições digitais para futuro processamento nos CAQDAS foi feita manualmente usando o software *Apache OpenOffice 4.1.7*, recomendado no manual de instruções do IRAMUTEQ, para que não haja corrupção de dados durante a análise pelo software.

A análise comparativa entre os dois CAQDAS usados foi feita, finalmente, em duas etapas. A primeira foi realizada através da busca de artigos de relevância nas plataformas virtuais Pubmed e Scielo em português ou inglês com data de publicação entre 2009 e 2019, dando-se preferência para artigos com data de publicação a partir de 2015, para seleção e análise literária. Também foram utilizados e referenciados os manuais de instruções do ALCESTE e do ITAMUTEQ, para investigação aprofundada das funções de cada *software*. Foram utilizados os descritores “Pesquisa Qualitativa”, “ALCESTE”, “IRAMUTEQ”, “Análise Comparativa”, “Análise Lexical” e a operação Booleana AND destes para elucidação dos pontos positivos e limitações de cada programa.

A segunda etapa comparativa consistiu na análise empírica dos dois *softwares*, a partir de uma comparação dos critérios logísticos de seu uso, da quantidade de funções e limitações. Para isso, foram utilizados os manuais de uso do ALCESTE e IRAMUTEQ, para melhor embasamento da análise empírica, e os artigos produzidos pelos autores, para observar, na prática, as vantagens e desvantagens de cada programa na produção de artigos científicos da vertente qualitativa.

4. RESULTADOS

O uso dos CAQDAS foi primordial para o prosseguimento de ambas as pesquisas, dando-se através do uso dos *Softwares* ALCESTE e IRAMUTEQ, respectivamente. Ambos têm lados positivos e negativos, tornando o uso de cada um deles mais viável a depender da proposta de cada artigo. Nesse sentido, os resultados seguintes contêm uma breve descrição de cada CAQDAS, bem como um tópico dedicado a cada etapa da análise comparativa.

4.1 ALCESTE

Desenvolvido por M. Reinert na França no final da década de 1980, o ALCESTE foi apresentado como uma ferramenta inovadora no processo de análise textual. Esse software possibilita uma análise lexográfica e integra uma grande quantidade de métodos estatísticos sofisticados, configurando-se como um instrumento de análises de dados textuais que fornece critérios para que o material em questão seja considerado indicador de um fenômeno de valor científico (Canuto, 2020).

A ideia de funcionamento do ALCESTE também foi sintetizada por Camargo (2005), quando ele comenta sobre a análise de Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que permite análise lexical dos textos, além de ofertar classes lexicais, que se caracterizam por vocabulário específico e por segmentos textuais de mesmo vocabulário, o que torna mais fidedigna a interpretação das análises lexicais.

Enquanto técnica, o ALCESTE investiga a distribuição de vocabulários em um texto escrito e em transcrições de texto oral. Como metodologia, integra uma grande quantidade de métodos estatísticos refinados através da segmentação, classificação hierárquica, análise de correspondências, dentre outros recursos, configurando-se em um método de exploração e descrição (Azevedo, 2013).

No entanto, como mencionado por Pombo-de-Barros (2015), o Alceste pode ser útil nos dando uma visão global sobre uma documentação volumosa, mas não faz Análise Temática de Conteúdo. O software é preterido em pesquisas por ter somente a opção de análise de Classificação Hierárquica Descendente (CHD), enquanto ferramentas mais recentes e atualizadas podem oferecer análises mais complexas e ricas.

4.2 IRAMUTEQ

O IRAMUTEQ, criado pelo francês Pierre Ratinaud em 2009, é um Software desenvolvido na linguagem *Python* e que funciona como uma extensão do Software estatístico R. Atualmente ele apresenta a maioria dos menus em português e tutoriais oficiais dedicados a ensinar sobre sua instalação e uso na mesma língua, o que o torna acessível a pesquisadores de diferentes nacionalidades.

Ele utiliza o mesmo algoritmo do ALCESTE para realizar análises baseadas na *Classificação Hierárquica Descendente* (CHD), entretanto, também usa esse algoritmo para outros tipos de análises, como descrito por Souza (2018):

“Além da CHD, o IRAMUTEQ incluiu outras formas de análises, como as textuais clássicas, de especificidades, similitude e nuvem de palavras. Ambos os softwares são considerados ferramentas de processamento dos dados, e não um método de pesquisa, o que torna seus resultados instrumentos de exploração, busca e associação em material de pesquisa”.

Dentre as ferramentas do IRAMUTEQ, as de maior destaque são a “Nuvem de Palavra” e a “Análise de Similitude” que, por serem representações visuais dos dados gerados pelo corpus (arquivo criado a partir das transcrições digitais), tornaram a comparação dos resultados obtidos por diferentes grupos melhor e mais intuitiva para sua exposição nos artigos científicos. Isso confere ao IRAMUTEQ maior quantidade de funções para geração de resultados com base em um corpus único, quando comparado às funções do ALCESTE. Essas possibilidades distintas, dada a finalidade e longitudinalidade da pesquisa na qual o IRAMUTEQ foi utilizado, foram o fator primordial para seu uso pelos pesquisadores (Monteiro et al, 2020).

Outro fator positivo para o uso do IRAMUTEQ é o fato de ele ser um software gratuito de acesso aberto (open access, em inglês), o que permite maior disseminação do software

207

5. DISCUSSÃO

Os pacotes de software para Análise de Dados Qualitativos são ferramentas muito úteis para auxiliar os investigadores que desenvolvem projetos de investigação qualitativa ou mista. Essas ferramentas possuem potencialidades para auxiliar na transcrição, escrita e anotação, codificação e interpretação de texto, abstracção recursiva, análise e pesquisa de conteúdo análise de discurso, mapeamento de dados, metodologia da teoria fundamentada, entre vários outros tipos de análise (Reis, Costa & Souza, 2016).

Os CAQDAS podem colocar a pesquisa qualitativa em um patamar essencial no meio acadêmico, de forma a ampliar a capacidade de produção, o que auxilia na criação de um arcabouço mais rico para a temática buscada, consequentemente trabalhos mais robustos.

Um fator positivo dos softwares é a segurança de que os resultados sairão conforme o pesquisado, e isto faz a pesquisa qualitativa se destacar frente à pesquisa tradicionalmente restrita ao método quantitativo. Outro ponto importante associado ao uso dos CAQDAS é a possibilidade de trabalhar com uma quantidade elevada de dados, o que também confere maior confiabilidade ao tópico pesquisado. Entretanto, as limitações de cada ferramenta abrem oportunidades para que um tipo de pesquisa não seja objetivamente superior que o outro em todos os aspectos e permite que ambas se aperfeiçoem, para assim impulsionar o lançamento de novas versões desses *softwares*.

Além de tempo e segurança, o entendimento melhor do custo-benefício de cada método possível de ser utilizado interfere significativamente na escolha ideal de uma metodologia científica em pesquisa qualitativa, sendo a decisão entre os CAQDAS uma etapa primordial da metodologia. Seguindo esse aspecto crítico de escolha, o uso entre ALCESTE e IRAMUTEQ depende do tipo de resultado de se deseja obter.

Nesse sentido, o uso do ALCESTE, dado os seus benefícios e limitações, se enquadra melhor em uma pesquisa que precise ser completada rapidamente e a qual apenas a análise de Classificação Hierárquica Descendente (CHD) seja feito, uma vez que, se o projeto não tiver tempo limite para ser completado, o IRAMUTEQ pode ser utilizado por realizar o mesmo tipo de análise do ALCESTE. Já o IRAMUTEQ pode ser melhor aproveitado em pesquisas que planejem fazer mais de um tipo de análise, que pretendam usar representações imagéticas dos dados e que possuam tempo suficiente para canalizar

no aprendizado de suas ferramentas, do contrário, o *software* poderá não cumprir com as expectativas do pesquisador.

Destarte, assim que o pesquisador dominar o CAQDAS escolhido, o tempo ganho no processo de coleta e formatação de dados é utilizado em uma interpretação mais coerente do tema, e essa maior segurança em um processo qualitativo não o assemelha a um quantitativo, mas pode trazer uma maior relevância científica, podendo ser reproduzida em outros estudos, o que põe esse tipo de ciência em um fluxo de melhoria contínua.

6. CONCLUSÕES

Os CAQDAS são extremamente importantes para o desenvolvimento de pesquisas qualitativas e quanti-qualitativas, pois permite que o pesquisador, uma vez habituado às ferramentas digitais, possa poupar tempo e canalizá-lo na análise e discussão dos resultados gerados virtualmente.

A respeito do ALCESTE e do IRAMUTEQ, dois dos mais usados softwares na análise do discurso, os resultados obtidos com a comparação de suas funções e com as experiências práticas dos autores no uso de ambos foram de suma importância no processamento dos dados e na geração e organização dos resultados. Os softwares foram vitais para o prosseguimento de ambas as pesquisas que, sem eles, não poderiam ter sido finalizadas de forma satisfatória.

Um dos pioneiros na criação de Classes Lexicais, O ALCESTE é um programa extremamente útil para uma análise pontual sobre determinado texto, que no caso funciona como dado de entrada, ou seja, dado ainda não processado. Porém, o software possui alguns obstáculos de utilização, como o fato de ser pago, tornando-o menos acessível que o IRAMUTEQ. Sua função é ideal para pesquisadores que pretendem utilizar a CHD como ferramenta na metodologia de seus projetos, uma vez que, por realizar apenas esse tipo de análise, ele é um software mais específico que o IRAMUTEQ, nesse contexto.

Este, por outro lado, é gratuito e, além de disponibilizar uma análise de CHD como o ALCESTE, possui outras funções de análise, como as visuais, que muitas vezes facilitam na geração e análise de resultados. Por conseguinte, o aumento da acessibilidade e da variedade faz do IRAMUTEQ muitas vezes ser o escolhido quando se toma um comparativo entre os dois softwares. O uso de recursos visuais como resultados auxilia em uma visão

espacial do material ainda não processado, deixa os resultados mais palpáveis e agrega valor a pesquisa qualitativa. Entretanto, a demanda de tempo necessária para aprender a usar o IRAMUTEQ corretamente pode afastá-lo de pesquisadores com menos tempo ou disposição para dominar todas as funções do IRAMUTEQ, o que pode ser visto como uma limitação.

Ademais, a adesão de CAQDAS representa um progresso na pesquisa qualitativa, porém questões como até que ponto a subjetividade do autor deve ser deixada de lado, se métodos mais analógicos, como a análise de conteúdo de Bardin, não fariam os resultados de cada pesquisa mais singulares e de maior qualidade, ou se o caminho da pesquisa qualitativa é se mesclar a outras metodologias, tornando-a mais completa, devem ser avaliadas se podem ser caminhos possíveis de serem trilhados e o interesse por eles de vital relevância para a literatura, o que demanda novos estudos que possam responder a esses questionamentos.

7. REFERÊNCIAS

- Azevedo, D. M., Costa, R. D. S., & Miranda, F. D. (2013). Uso do Alceste na análise de dados qualitativos: contribuições na pesquisa em enfermagem. *Rev enferm UFPE*, 7(1), 5015-5022.
- Camargo, B. V. (2005). ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*, 1, 511-539.
- Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2013). IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*, 21(2), 513-518
- Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2018). Tutorial de uso do Software IRAMUTEQ, Recuperado em 25 fevereiro de 2020, de <http://www.iramuteq.org>
- Canuto, A. M. M., Gêda, T. F., Guimarães, J. E., Mendes, C. O., Manna, T. B. F., & Monteiro, E. M. (2019). Perspectiva dos Discentes de Medicina de uma Universidade Pública sobre Saúde e Qualidade de Vida. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 43(1, Suppl. 1), 228-235.
- Canuto, A. M. M., & Monteiro, L. (2020). ASPECTOS DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. *Revista Portal: Saúde e Sociedade*, 4(3), 1194-1205.
- Justo, A. M. & Camargo, B. V. (2014). Estudos qualitativos e o uso de softwares para análises lexicais. Em: Novikoff, C.; Santos, S. R. M. & Mithidieri, O. B., *Caderno de artigos: X SIAT & II Serpro*, 37-54.
- Loubère, L. & Ratinaud, P. (2014). Documentation IraMuTeQ 0.6 alpha 3 - version 0.1 [Computer software]. Recuperado em 19 fevereiro de 2014, de <http://www.iramuteq.org>
- Monteiro, L. N., Braga, B. P., Canuto, Â. M. M., Gêda, T. F., de Melo, R. P., dos Santos, N. S. M., & Santos, E. C. F. (2020). Análise da empatia dos estudantes de medicina no primeiro ano de curso na Universidade Federal de Alagoas-UFAL/Analysis of empathy of medicine students in the first year of course at the Federal University of Alagoas-UFAL. *Brazilian Journal of Development*, 6(2), 6972-6984.

- Pombo-de-Barros, C. F. (2015). Análise textual com o Programa ALCESTE: uma aplicação em pesquisa de representações sociais no campo da política. *Caminhos para análise das políticas de saúde* (1a ed), 427-432.
- Reinert M. (2007). Postures énonciatives et mondes lexicaux stabilisés en analyse statistique de discours. *Langage et société*; 3-4(121-2), 189-202.
- Reinert M. (2000). Alceste (version 4.0 Windows). Toulouse: Image.
- Reinert M. (1990). Alceste une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application: Aurelia de Gerard de Nerval. *Bull Methodol Sociol.* 26(1):24-54.
- Reis, L. P., Costa, A. P., & Souza, F. D. (2016). Análise comparativa de pacotes de software de análise de dados qualitativos. In *Conferência Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação (CISTI)* (pp. 15-18).
- Salvador, P. C. O., Gomes, A. T. L., Rodrigues, C. C. F. M., Chiavone, F. B. T., Alves, K. Y. A., Bezerril, M. S. & Santos, V. E. P. (2018). Uso do software iramuteq nas pesquisas brasileiras da área da saúde: uma scoping review. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde.* 18(1): 1-9
- Souza, E. D. S., Rodrigues, M. D. S., Rocha, F. D. C., & Martins, C. R. (2009). Guia de utilização do software Alceste: uma ferramenta de análise lexical aplicada à interpretação de discursos de atores na agricultura. *Embrapa Cerrados-Documents (INFOTECA-E)*.
- Souza, M. A. R., Wall, M. L., Thuler, A. C. M. C., Lowen, I. M. V., & Peres, A. M. (2018). O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52(03353).

A DANÇA COMO RECURSO TERAPÊUTICO PARA A MELHORIA DA SAÚDE DE IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS DA CIDADE DE FORTALEZA-CE

Leila Maria de Andrade Filgueira¹, Aline Veras Moraes Brilhantel¹, Laís Duarte de Moraes², Paula Pamplona Costa Lima¹ e José Clerton de Oliveira Martins¹

¹Universidade de Fortaleza, Brasil. leila_filgueira@hotmail.com, alineveras@unifor.br paulapamplona@edu.unifor.br clerton@unifor.br

² Universidade do Minho, Portugal. laishinodalp@gmail.com

Resumo. Introdução: Sabemos que o Brasil, antes referido como um país de jovens, está em processo de transição demográfica e apresenta um rápido envelhecimento populacional, no entanto nos deparamos com a discriminação, e escassez de propostas direcionadas para esse público no intuito de favorecer a autonomia. Objetivo: Descrever os benefícios que a prática da dança pode proporcionar, como recurso terapêutico, a idosas institucionalizadas da cidade de Fortaleza/CE. Método: A pesquisa que deu origem a este estudo se utilizou de uma investigação de abordagem qualitativa, apoiada no método da pesquisa-ação, efetuada em um programa interventivo sob a forma de oficina de dança com sete idosas institucionalizadas. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, analisadas através dos operadores do método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Resultados: Foram encontradas categorias que revelam que a dança proporciona benefícios tais como: o aumento da disposição física para a realização das atividades da vida diária, a melhoria dos quadros algícos e o resgate da autoestima. Conclusões: Os dados indicam que a dança pode ser um importante recurso terapêutico para a melhoria da aptidão física do idoso, contribuindo, assim, para um envelhecimento saudável, englobando aspectos físicos e emocionais.

Palavras-chave: Envelhecimento; Dança; Corpo; Saúde do idoso.

DANCE AS A THERAPEUTIC RESOURCE FOR IMPROVING THE HEALTH OF INSTITUTIONALIZED ELDERLY WOMEN IN THE CITY OF FORTALEZA-CE

Abstract. Introduction: We know that Brazil, previously referred to as a country of young people, is in the process of demographic transition and presents a rapid population aging, however we face discrimination, and a shortage of proposals aimed at this audience in order to favour autonomy. Objective: To describe the benefits that the practice of dance can provide, as a therapeutic resource, to institutionalized elderly women in the city of Fortaleza / CE. Method: The research that gave rise to this study used an investigation with a qualitative approach, supported by the action research method, carried out in an interventional program in the form of a dance workshop with seven institutionalized elderly women. Semi-structured interviews were carried out, analysed through the operators of the Collective Subject Discourse (DSC) method. Results: Categories were found that reveal that dance provides benefits such as: increased physical disposition to perform activities of daily living, improved pain and the recovery of self-esteem. Conclusions: The data indicate that dance can be an important therapeutic resource for improving the physical fitness of the elderly, thus contributing to healthy aging, encompassing physical and emotional aspects.

Keywords: Aging. Dance. Body. Health of the Elderly.

1. INTRODUÇÃO

Sabe-se que o Brasil, antes referido como um país de jovens, está em processo de transição demográfica e apresenta um rápido envelhecimento populacional. Esta realidade

é atribuída ao aumento da expectativa de vida, à redução da taxa de natalidade além de apresentação de melhores condições de vida no País. Conforme uma pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2015), 14,3% de toda a população é constituído por idosos, correspondendo a 29,3 milhões de pessoas. “Em 2016, a população brasileira foi estimada em 205,5 milhões de pessoas. Entre 2012 e 2016, a população idosa (com 60 anos ou mais de idade) cresceu 16,0%, chegando a 29,6 milhões de pessoas” (IBGE/PNAD, 2016, p.1). Nesse contexto, a população de mulheres idosas, em especial, encontra-se em crescente aumento. Para o ano de 2050, de acordo com Nascimento (2001), espera-se que 58,4% de 38,3 milhões de pessoas com 60 anos de idade ou mais no Brasil seja composta por mulheres idosas.

Apesar do envelhecimento ser um processo que ocorre ao longo de toda a vida, a velhice enquanto uma fase do ciclo vital é marcada por estigmas sociais sendo, muitas vezes, associada a limitações, doença, morte e decrepitude (Brito & Silva, 2017). Por um lado, as mulheres idosas vivenciam um estigma social mais evidente, uma vez que a sociedade contemporânea ocidental exalta a juventude e hipervaloriza a beleza estética. Nesse sentido, o problema “não é a velhice, mas a velhice feia, carcomida, sem movimento, parada, encostada, que não se expõe ao mundo” (Bispo, 2016, p.61).

A realidade vivida pelas idosas no atual contexto da sociedade brasileira ainda revela certas condições de exclusão social. Nesse cenário, destaca-se aqui uma parcela dessa população de mulheres idosas: as que vivem em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Essas mulheres parecem ser as mais prejudicadas pelas más condições de cuidado com os idosos, sobretudo pelo preconceito social, uma vez que a carência financeira e a falta de moradia estão entre os principais motivos que levam um idoso a recorrer a uma ILPI (Alencar, 2013). Segundo as estatísticas oficiais do IBGE (2013), quase 1,3 milhão de idosos residem em ILPI.

As ILPI, termo adotado pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) tem a função de auxiliar o idoso, constituindo-se enquanto uma rede de apoio que oferece residência a pessoas desprovidas de cuidadores e em condições financeiras precárias, que necessitam de abrigo e assistência imediata (Brandão & Zatt, 2015)

A institucionalização em uma ILPI acarreta muitas mudanças na vida do idoso, uma vez que ele passa a ter a sua independência condicionada, podendo ocasionar distúrbios físicos, psicológicos e sociais, como depressão, despersonalização e senso de isolamento (Alencar,

2013). Nesse sentido, segundo Brandão e Zatt (2015), as ILPIs podem oportunizar ou dificultar a percepção de autonomia e de qualidade de vida pelos idosos residentes.

Além da vivência em uma ILPI com as suas particularidades envolvidas, o idoso ainda se defronta com as mudanças físicas, sociais e psíquicas atreladas ao seu processo de envelhecimento. Tal fato, o convoca a adaptações e ressignificações em muitos aspectos de sua vida (Couto & Nicolau, 2007).

Em relação à capacidade funcional do corpo idoso, Demontiero, Vidal e Duque (2012) destacam que, após os 50 anos de idade, inicia-se a atrofia óssea o que poderá levar a fraturas. Fechine e Trompieri (2012) evidenciam a perda de massa muscular bem como a diminuição da força muscular, tendo como consequências a redução na mobilidade e o risco aumentado de quedas.

Sobre os aspectos sociais da vida do idoso, destacam-se as alterações no desempenho de papéis que ele assume no seio da sociedade, tais como: a chegada da aposentadoria, a perda de um status social, crises de identidade, dentre outros. Em relação aos fatores psicológicos, destacam-se as atitudes do idoso e as suas formas de adaptação e significação frente a sua história de vida, convocando reajustamentos de si diante do desempenho de novos papéis e novas limitações advindas do próprio envelhecimento (Zimerman, 2007).

Com base nessa realidade, entende-se que as atividades físicas que combatam o sedentarismo, estimulem a integração e a socialização e favoreçam atitudes positivas e o exercício da autonomia são fundamentais para a mulher idosa. Uma vez que o sedentarismo é um fator facilitador de doenças crônico-degenerativas, o combate as posturas sedentárias ocupam um lugar de destaque na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Ministério da Saúde, 2004).

Nesse sentido, uma das alternativas para o combate ao sedentarismo é a prática regular da dança para o público idoso. Um estudo internacional de revisão sistemática de literatura sobre a eficácia da dança enquanto uma proposta de intervenção para a melhoria da saúde em idosos apontou que esta prática propicia uma melhora significativa da força e resistência muscular, da aptidão funcional, do equilíbrio além promover sensação de bem-estar (Hwang & Braun, 2015). Já um estudo nacional de revisão sistemática de literatura apontou os mesmos benefícios para o público idoso brasileiro, citando ainda a melhoria do desempenho

cognitivo, a diminuição de dores, aumento da socialização e da percepção de qualidade de vida (Venancio et al., 2018). Além desses fatores, a dança destaca-se por ser uma atividade física extremamente prazerosa e bem aceita pelo público idoso (Bennett, Angel, & Hackney, 2019).

Assim sendo, a prática da dança, enquanto alternativa de atividade física para idosos, aparece como uma possibilidade de recurso terapêutico para a melhoria da saúde de idosos – não só a dança técnica, mas o movimento expressivo que surge a partir de uma proposta lúdica. Nesse sentido faz-se relevante questionar: quais são os benefícios que a prática da dança, enquanto recurso terapêutico, pode proporcionar a idosos institucionalizadas? Seguindo essa questão, o objetivo deste artigo é descrever os benefícios que a prática da dança, como recurso terapêutico, pode proporcionar a idosos institucionalizadas da cidade de Fortaleza/CE.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

Este artigo é derivado de uma pesquisa de abordagem qualitativa, de natureza empírica, apoiada no método da pesquisa-ação. A pesquisa qualitativa tem por objetivo descrever e compreender o fenômeno a partir da experiência tal como é vivida e interpretada pelo indivíduo, mediante uma perspectiva que prioriza os significados das ações e das relações humanas (Agee, 2009; Santos, 2017).

Já a pesquisa-ação de acordo com Thiollent (2011), é caracterizada como um tipo de pesquisa social com base empírica, concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo no qual os pesquisadores e os participantes, representativos da situação e/ou do problema, estão envolvidos de forma cooperativa e participativa. Ademais, segundo Engel (2000), a pesquisa-ação busca integrar os processos de pesquisa, formação e reflexão ao contribuir para a construção do saber a partir da prática, reunindo pesquisa e intervenção.

O plano de ação para esta investigação foi elaborado de forma a sustentar um programa interventivo chamado pelos autores de “Vivendo a Terceira Idade”, realizado em uma ILPI em Fortaleza/CE. Esse programa incluiu as seguintes etapas: 1) Divulgação da oficina, através de cartazes na instituição; 2) Sensibilização, momento de aproximação e estabelecimento de vínculo com o grupo em formação; 3) Realização de entrevistas semiestruturadas; e 4) Desenvolvimento de uma oficina de dança. Tal estratégia interventiva

teve periodicidade semanal, realizada durante quatro meses – entre junho e setembro de 2016. A oficina de dança ocorreu às quintas-feiras, de 8h às 9h30, totalizando 16 encontros. Os dias e horários foram acordados entre os pesquisadores e a direção da instituição, respeitando o cronograma das outras atividades que aconteciam no local.

Participaram da estratégia interventiva três autores, sendo a oficina conduzida pelo primeiro autor do estudo uma vez que sua área de formação acadêmica é fisioterapia com experiência em dança. Já os demais autores auxiliaram na realização das entrevistas e no processo de análise de dados.

As aulas que compuseram a oficina tiveram caráter lúdico-experimental e terapêutico, obedecendo a uma sequência de atividades propostas: roda de conversa inicial ou acolhimento, aquecimento, dança expressiva, relaxamento e roda de conversa final. Essas práticas compreenderam exercícios de alongamento, equilíbrio, exploração do espaço, coordenação motora, consciência corporal, trabalho respiratório, entre outros. Vale ressaltar que as atividades foram devidamente adaptadas à realidade dos sujeitos da pesquisa, dado o seu estado de saúde e a sua fragilidade física.

A partir da imersão em campo, se tornou necessário utilizar o diário de campo como nota para organizar os acontecimentos cotidianos do grupo. Assim, foi possível registrar a fala das idosas, as atividades desenvolvidas, o comportamento de cada uma, além da relação que estabeleciam umas com as outras. Tal registro seguiu em paralelo com a utilização do método da observação participante de investigação qualitativa que segundo Bakeman e Quera (2011) orienta a percepção e observação dos pesquisadores para um registro fidedigno dos fenômenos observados durante a investigação.

Foram incluídas na pesquisa idosas que manifestaram vontade de participar da oficina proposta, concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e apresentaram capacidades de marcha, equilíbrio e cognição preservadas, critérios imprescindíveis para a execução satisfatória das atividades propostas e a minimização dos riscos à integridade das participantes. Foram preteridas da pesquisa as idosas que apresentaram limitações de marcha e equilíbrio, déficits cognitivos que afetaram a sua capacidade de compreensão sobre as atividades propostas, e as que não aceitaram participar da oficina ou se recusaram a assinar o TCLE.

A pesquisa contou com um grupo formado por sete idosas institucionalizadas com idade entre 60 e 86 anos. Esse número reduzido de participantes oportunizou uma melhor integração do grupo e viabilizou a observação participante, bem como as atividades práticas da pesquisa. A seguir, elaborou-se uma tabela (Tabela 1) que sintetiza o perfil sociodemográfico das participantes. Ressalta-se que a fim de preservar as identidades envolvidas, foram atribuídos nomes fictícios às participantes desta pesquisa.

Tabela 1. Perfil Sociodemográfico das Participantes

Idosas participantes	Idade	Grau de Escolaridade	Tempo na instituição	Como aceitou a oficina
Fernanda	82		2º grau incompleto	Aceitou bem
Graça	16 anos			Aceitou bem
Christina	61 anos	Sem instrução institucional	7	Resistente no começo, aceitou bem depois
Roberta	60 anos	Sem instrução institucional	3	Aceitou receosa
Greyce				Aceitou bem
Renata				Aceitou bem
Ana	86 anos	1º grau completo	10	Resistente, mas participou
	70 anos	2º grau completo	2	
	80 anos	Sem instrução institucional	4	
	68 anos	1º grau completo	6	

Vale ressaltar que o lócus da pesquisa foi uma instituição sem fins lucrativos de utilidade pública que, no período da investigação, abrigava 48 idosas. Algumas delas possuíam vínculos familiares ativos e recebiam visitas; outras, porém, não recebiam visitas devido a um paradeiro familiar desconhecido. Esta instituição foi selecionada para a pesquisa pelo fato de acolher idosas que se encaixavam nos critérios de inclusão dos sujeitos deste estudo, e também por apresentar extrema carência de recursos, desde os mais básicos itens de higiene até a assistência profissional adequada.

Esta ILPI, apesar da carência de recursos, assegura às idosas – muitas vezes com trabalhos voluntários ou parcerias com instituições de nível superior – a prestação dos seguintes serviços: fisioterapia, terapia ocupacional, terapia com cães, psicologia, dança sênior e contação de histórias. Além dos serviços prestados, são organizados encontros festivos nas principais datas comemorativas: Dia das Mães, Semana do Idoso, Páscoa, Natal e Ano Novo.

Após a realização de um questionário sociodemográfico, foram realizadas as entrevistas semiestruturadas de caráter individual em paralelo ao período da execução da oficina de dança proposta. As entrevistas obtiveram duração média de 40 minutos, foram gravadas para posterior registro fidedigno dos dados coletados e realizadas em local reservado, cedido pela ILPI, na qual foi realizado o estudo. A entrevista semiestruturada individual, como instrumento de coleta de dados, justificou-se pela possibilidade de o entrevistado discorrer livremente sobre o tema em questão e o entrevistador poder realizar, então, novas perguntas sem a necessidade de se ater a um questionário rigidamente formulado (Duarte, 2004).

As entrevistas em questão foram constituídas pelas seguintes perguntas norteadoras: “A senhora considera que a dança tem trazido benefícios para a sua rotina?” e “Quais os benefícios observados?”. Os dados coletados foram gravados e transcritos na íntegra, pelos autores do estudo, e analisados com base na técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) (Lèfreve & Lèfreve, 2010).

Para a categorização dos discursos, foi utilizado o Instrumento de Análise de Dados 1 (IAD1) descrito pelo DSC, que consiste na seleção das expressões-chave (ECH: trechos literais contínuos ou descontínuos do discurso que denotam o que há de mais significativo e essencial nas respostas) e das ideias centrais (IC: expressões que nomeiam e descrevem, de modo mais sintético e preciso possível, o significado presente em cada conjunto de ECH das respostas analisadas) correspondentes a cada discurso. Nesse sentido, as categorias de análise se deram a partir do agrupamento das ideias centrais, que se originaram a partir das respectivas expressões chaves que apresentavam um padrão de significados semelhantes (Lèfreve & Lèfreve, 2010).

Para uma maior credibilidade, a estratégia de validação da análise de dados utilizada foi o método de comparação constante entre os pesquisadores a fim de se chegar em um acordo e consenso em relação aos resultados. Além disso, realizou-se o critério da reflexividade no transcurso da investigação. Tais procedimentos estão de acordo com as indicações dos critérios de validade e confiabilidade em pesquisa qualitativa segundo Manzano-Arrondo (2019).

Vale mencionar ainda que esta pesquisa contou com a aprovação do Conselho de Ética em Pesquisa (CEP), sob o parecer nº 1.715.149 da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), assegurando, assim, a realização de uma prática de pesquisa eticamente responsável,

respaldada pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A ação da pesquisa se consolidou pela oficina de dança proposta, pelo diário de campo dos pesquisadores e pelos relatos obtidos nas entrevistas semiestruturadas. A análise dos dados coletados revelou três categorias de discurso: Disposição, Melhora dos quadros álgicos e Melhora da autoestima (conforme sintetizado no Quadro 1).

Quadro 1. Categorias que indicam os benefícios apontados pelas idosas.

Expressões-chave (trechos relevantes)	Ideias centrais	Categorias
Fernanda: “Eu gosto de tudo que tem aqui, mas com a dança me sinto mais disposta durante o dia”. Greyce: “Depois que comecei as aulas de dança não canso tanto quando faço caminhada (...) Depois que comecei a dançar, faço as minhas caminhadas diárias e sinto menos cansaço”.	Disposição na realização das atividades	Disposição
Renata: “Melhorei da dor que sinto nas pernas e pés”. Roberta: “Parece até que cresci... Consigo sentar melhor, antes doía tudo aqui nas costas”. Christina: “Melhorou foi a dor que sentia nas costas, lavo minha roupa todinha”.	Percepção de melhora das dores	Melhora dos quadros álgicos
Graça: “Agora eu gosto mais de passar batom”. Renata: “Eu me sinto mais bonita, né... Eu acho que eu me cuido mais”. Greyce: “Agora eu me arrumo mais, me olho mais no espelho, passo batom...”	Cuidado de si	Melhora da auto-estima

A sensação de maior disposição foi uma categoria encontrada no discurso de Greyce e Fernanda. Tais idosas demonstraram bastante disposição física durante a realização dos exercícios e movimentos propostos, os executando com facilidade e desenvoltura. Em seus relatos, mencionaram ainda sentirem-se mais dispostas para a realização de suas atividades diárias após o início da oficina de dança. Segundo Greyce, “Depois que comecei a dançar, faço as minhas caminhadas diárias e sinto menos cansaço”. Já Fernanda comentou: “Eu gosto de tudo que tem aqui, mas com a dança me sinto mais disposta durante o dia”.

Durante a realização da oficina, Fernanda se mostrou sempre ativa e participativa. Nas últimas aulas, ela relatou que estava disposta todo dia e que seu vigor havia aumentado

sensivelmente. Assim como Fernanda, Greyce comentou: “Depois que comecei as aulas de dança, não canso tanto quando faço minhas caminhadas”. A partir desses dois relatos e das observações feitas em campo, verifica-se que as aulas de dança favoreceram a rotina das idosas na realização de suas atividades funcionais.

Nessa perspectiva, o aumento da disposição e do condicionamento físico testemunhado pelas idosas pode estar relacionado com alguns benefícios físicos acarretados pela prática regular da dança. Tal atividade física pode propiciar ao idoso a melhora da aptidão musculoesquelética e cardiorrespiratória, da resistência, da força muscular e da flexibilidade, além de fortificar a capacidade motora – a coordenação de movimentos, o equilíbrio, a agilidade e a potência muscular, sendo ainda uma atividade lúdica prazerosa bem aceita pelo público idoso (Silva, Martins, & Mendes, 2012).

No contexto das idosas institucionalizadas, a sensação de desamparo pode acarretar “um comportamento dependente em diferentes graus, devido à dificuldade na aceitação e adaptação das novas condições de vida, sendo comuns a desmotivação e o desencorajamento” (Marchon, Cordeiro, & Nakano, 2010, p. 204-205). Por isso, a dança pode ser uma alternativa de estímulo à autonomia e independência do idoso em ILPI, a fim de manter ou fomentar sua capacidade funcional – suas habilidades físicas e mentais – para uma vida mais potente, realizando um bom desempenho nas tarefas e ações da vida cotidiana (Silva & Berbel, 2015).

Sob essa perspectiva, a prática regular da dança favorece a prevenção de doenças crônicas e contribui para a diminuição do sedentarismo em idosos que vivem em ILPI. Assim sendo, “é através da dança, que é uma atividade física bem divertida de ser praticada, que muitos podem viver e alcançar uma determinada idade com boa saúde e muita disposição” (Marbá, Silva, & Guimarães, 2016, p. 3).

Outra categoria revelada nos discursos se refere à melhoria dos quadros álgicos, mencionada pelas idosas Renata, Roberta e Christina. Todas elas possuíam queixas frequentes de dores, mas, durante a oficina, relataram perceber melhoras físicas e até mesmo a ausência de dores. No caso delas, o quadro álgico foi instalado pelas condições degenerativas provenientes do envelhecimento, agravadas pelo sedentarismo e pelos sentimentos de abandono e confinamento comuns em idosos institucionalizados. Durante a oficina, observou-se que a diminuição das dores favoreceu ainda outros aspectos, como o bem-estar e a disposição diária.

Efetivamente, o processo de envelhecimento pode ocasionar declínios na aptidão física do idoso, e o quadro se agrava ainda mais com o sedentarismo, tornando os idosos dependentes de cuidados de outrem. Observa-se que tal situação prevalece mais entre os indivíduos institucionalizados, tornando-os portadores de várias doenças decorrentes da inatividade (Mazo et al., 2011). Um estudo realizado por Reis e Torres (2011) aponta que o idoso institucionalizado possui nove vezes mais chances de sofrer quedas que o idoso que mora na comunidade. Além disso, foi identificada a presença de dores em 73,3% dos idosos institucionalizados participantes da pesquisa, majoritariamente devido à ocorrência de doenças osteomusculares.

Conforme relatado pelas idosas Renata, Roberta e Christina, a dança proporcionou o alívio de seus quadros álgicos, o que favoreceu a melhora da disposição física dessas idosas. Nesse sentido, podemos compreender que a prática regular da dança em idosos pode trazer vários benefícios possíveis, tais como atenuar patologias e “prevenir o declínio cognitivo, melhorar a autoestima, a coordenação, a memorização, o equilíbrio, a força muscular, a potência aeróbia e diminuir o risco de quedas na terceira idade” (Tonon, Duim, & Santos, 2012, p. 519).

Renata afirmou que a dor que sentia nas pernas e nos pés melhorou com os exercícios propostos pela oficina. Já Roberta discorreu sobre a sensação de mobilidade do corpo, observando que ela passou a conseguir sentar-se sem sentir dores, demonstrando, assim, os benefícios dos exercícios de alongamento e mobilização articular propostos na oficina. Tal percepção sobre a melhoria dos quadros álgicos foi bastante recorrente entre as idosas no momento da realização das rodas de conversa além de ser perceptível a melhora de disposição física frente a execução dos exercícios propostos durante a realização da oficina.

Para além desses fatores, constatou-se que, no decorrer das intervenções, as idosas passaram a apresentar mais facilidade na execução de movimentos funcionais, como na deambulação, nas mudanças de posições – da posição sentada para a posição de pé –, no equilíbrio e em outros aspectos. Nesse sentido, diante dos relatos e da observação participante, foi percebido que a dança proposta estimulou o movimento das estruturas osteomioarticulares das idosas, contribuindo para a melhoria da sua postura, do equilíbrio, da respiração e da circulação, propiciando assim o alívio das dores.

Já a terceira categoria revelada pelos discursos faz menção ao aumento da autoestima. As idosas Graça, Renata e Greyce discorreram sobre a mudança da percepção positiva de si

mesmas, estimuladas através do autocuidado. Observou-se que, no decorrer da oficina de dança, as idosas em questão se permitiram fazer penteados no cabelo e usar batom e maquiagem. Ademais, os sorrisos passaram a ser mais presentes. Para Graça, um dos maiores benefícios revelados na prática da dança foi o fato de “perceber a si mesma” e sentir-se mais bonita: “passei a gostar de passar batom”, como ressaltado por ela. Greyce e Renata testemunharam de forma semelhante, afirmando se sentirem mais vaidosas e se observarem mais no espelho depois que começaram a dançar.

Esses relatos parecem revelar que a dança pode promover o aumento da autoestima em idosas institucionalizadas além de possibilitar a integração e socialização dessas mulheres, oportunizando momentos de prazer e felicidade. Pode-se considerar, portanto, que a dança pode proporcionar vitalidade, satisfação, sensação de bem-estar subjetivo além de melhorar a capacidade cognitiva (Sawami et al., 2019). Nesse sentido, “essa prática de atividade leva o indivíduo a ter mais motivação, autoestima e autodeterminação” (Marbá, Silva, & Guimarães, 2016, p. 3).

Percebeu-se ainda que todas as participantes sinalizaram posturas de autocuidado e resgate da sua feminilidade, favorecendo o desenvolvimento de uma autoimagem positiva. Elas passaram a sentir mais confiança e segurança em si mesmas e a redescobrir suas belezas, aspectos constatados através dos relatos e das observações em campo. Assim, o aumento da autoestima evidenciou-se enquanto mais um benefício oportunizado pela prática da dança para as idosas institucionalizadas.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com as categorias reveladas e discussões propostas neste artigo, é possível inferir que a dança pode ser utilizada como um recurso terapêutico capaz de propiciar benefícios que dizem respeito aos aspectos físicos e emocionais para o público de idosas institucionalizadas. Essa consideração é fruto das entrevistas e das observações participantes no contexto do grupo específico investigado.

A dança, nessa perspectiva, aparece como uma das possibilidades de se vivenciar a velhice com mais qualidade de vida. De acordo com as categorias discutidas, a inserção da dança na rotina da mulher idosa institucionalizada proporcionou os seguintes benefícios: melhoria da capacidade motora, articular, muscular e cardiorrespiratória, permitindo assim o aumento da disposição e do condicionamento físico; melhoria dos quadros álgicos; sensação de bem-

estar corporal; maior capacidade de realização das atividades da vida diária; melhoria do equilíbrio e da postura corporal; maior amplitude de movimentos; e aumento da coordenação motora.

No que tange aos benefícios emocionais, destaca-se que a prática da dança possibilitou o aumento da autoestima das idosas em questão e, com ela, uma percepção mais positiva de si. Foi observado também o fato de que a dança desenvolveu aspectos que envolvem autonomia e autocuidado, além de ter proporcionado momentos de diversão e socialização para o grupo, o que favorece a sensação de bem-estar subjetivo.

Além desses benefícios, a dança parece oportunizar a amplitude do repertório de movimentos e o início de um rompimento de padrões rígidos desenvolvidos e mantidos pelo corpo em seu dia a dia, que pela repetição, parece ter esquecido sua plasticidade e espontaneidade tão significativa para a expressão de si através do corpo. Assim sendo, compreende-se que desautomatizar o corpo através da dança é permitir lançar-se para além da zona de conforto e construir uma postura de revolução ao rever e ampliar conceitos sobre si mesmo e sobre o mundo, isto é, se redescobrir e recriar para si condições de apropriação do seu sentido de existência, bem-estar, liberdade, autonomia e potência de vida. Percurso esse iniciado pelas idosas em questão ao permitirem-se dançar, revelando benefícios de âmbitos físicos e psicossociais.

Portanto, acredita-se que este estudo possa contribuir para a construção de possibilidades terapêuticas inovadoras direcionadas para o público idoso – possibilidades que visam à ludicidade, à criatividade e à humanização, pautadas no bem-estar físico, social e emocional desses sujeitos.

Vale ressaltar ainda a importância da utilização de abordagem qualitativa uma vez que esta permite os pesquisadores enfocarem-se nas percepções e experiências dos sujeitos participantes por meio de seus discursos, colhido nas entrevistas com suas impressões pessoais e genuínas mediante a imersão das idosas em questão no projeto interventivo de pesquisa-ação desenvolvido.

5. REFERÊNCIAS

- Agee, J. (2009). Developing qualitative research questions: a reflective process. *International Journal of Qualitative Studies in Education*, 22(4), 431-447.
- Alencar, I. (2013). O vínculo familiar dos idosos de uma Instituição de Longa Permanência. (Monografia, Faculdade de Assistência Social, Universidade Católica de Brasília).
- Bakeman, R., & Quera, V. (2011). *Sequential analysis and observational methods for the behavioral sciences*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Bennett, C., Angel, N., & Hackney, M. (2019). Mismatch between subjective and objective motor improvements with adapted tango intervention in older adults. *Innovation in Aging*, 3(1), 156-170.
- Bispo, R. (2016). ¿Beleza eterna? A experiência de envelhecimento entre dançarinas eróticas “das antigas”. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 8(21), 52-63.
- Brandão, V. C., & Zatt, G. B. (2015). Percepção de idosos, moradores de uma instituição de longa permanência de um município do interior do Rio Grande do Sul, sobre qualidade de vida. *Aletheia*, (46), 90-102.
- Brito, J Q. A., & Silva, Olga M. (2017). O avanço da estética no processo de envelhecimento: uma revisão de literatura. *Id on Line Multidisciplinary and Psychology Journal*, 11(35), 424-440.
- Couto, J. P. A. do., & Nicolau, R. A. (2007). Estudo do envelhecimento da derme e epiderme – revisão bibliográfica. In *Encontro Latino Americano de Pós-graduação*. Universidade do Vale do Paraíba, Brasil.
- Demontiero, O; Vidal, C., & Duque, G. (2012). Aging and bone loss: new insights for the clinician. *Therapeutic Advances in Musculoskeletal Disease*, 4(2), 61-67.
- Duarte, R. (2004). Entrevistas em pesquisas qualitativas. *Educar em Revista*, (24), 213-225.
- Engel, G I. (2000). Pesquisa-ação. *Educar em Revista*, 16(16), 181-191.
- Fechine, B., & Trompiere, N. (2012). O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Revista Científica Internacional*, 20(1), 115-121.
- Hwang, P. W., & Braun, K. L. (2015). The Effectiveness of Dance Interventions to Improve Older Adults' Health: A Systematic Literature Review. *Alternative therapies in health and medicine*, 21(5), 64-70.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2013). *Séries Estatísticas e Séries Históricas*. Brasília: IBGE.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2015). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. Rio de Janeiro: IBGE.
- IBGE/PNAD. (2016). Portal do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/ Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Retrieved from: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2013-agencia-de-noticias/releases/18263-pnad-2016-populacao-idosa-cresce-16-0-frente-a-2012-e-chega-a-29-6-milhoes.html>
- Lèfevre, F., & Lèfevre, A. (2010). *Pesquisa de representação social: um enfoque qualiquantitativo*. Brasília: Líber Livro.
- Marbá, R. F; Silva, G. S. da., & Guimarães, T. B. (2016). Dança na promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida. *Revista Científica do ITPAC*, 9(1), 1-9.
- Manzano-Arrondo, V. (2019). La X Cualitativa Construcción de ciencia para gente valiente [PDF]. Retrieved from: <http://asignatura.us.es/mcualitativa/mec/ManLibro.4.pdf>

- Marchon, R. M., Cordeiro, R. C., & Nakano, M. M. (2010). Capacidade Funcional: estudo prospectivo em idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 13(2), 203-214.
- Mazo, G.Z., Silva, A. H. da., Gonçalves, L. T., Benedetti, T. B., Claudino, R., & Benetti, M. Z. (2011). Aptidão física de idosos institucionalizados: um estudo interinstitucional. *ConScientiae Saúde*, 10(3), 473-479.
- Ministério da Saúde. (2004). *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Editora MS.
- Nascimento M. R. (2001). Feminização do envelhecimento populacional: expectativas e realidades de mulheres idosas quanto ao suporte familiar. In L Wong (org.). *O envelhecimento da população brasileira e o aumento da longevidade. Subsídios para políticas orientadas ao bem-estar do idoso* (pp. 191-218). Belo Horizonte: Editora CEDEPLAR-UFMG-ABEP.
- Reis, L. A., & Torres, G. D. V. (2011). Influência da dor crônica na capacidade funcional de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(2), 274-280.
- Santos, C. F. (2017). Uma abordagem sobre pesquisa qualitativa. *Revista Factus de Administração e Gestão*, 1(2), 116-125.
- Sawami, K., Kimura, M., Kitamura, T., Kawaguchi, M., Furusumi, M., Suishu, C., Morisaki, N., & Hattori, S. (2019). Cognitive ability and psychological effectiveness of brain training dance robot therapy for elderly people. *OA Journal of Neuropsychiatry*, 1, 1-7.
- Silva, A. F. G., & Berbel, A. M. (2015). O benefício da dança sênior em relação ao equilíbrio e às atividades de vida diárias no idoso. *ABCS Health Sciences*, 40(1), 16-21.
- Silva, F. J., Martins, L., & Mendes, C. (2012). Benefícios da Dança na terceira idade. In *IV Seminário de Pesquisas e TCC*. Faculdade União de Goyazes, Goiás, Brasil.
- Silva, O M, & Brito, J Q. (2017). O Avanço da Estética no Processo de Envelhecimento: Uma Revisão de Literatura. *Revista Multidisciplinar e de Psicologia*. 11(35), 424-440.
- Thiollent, M. (2011). *Metodologia da pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez.
- Tonon, P. P., Duim, E. L., & Santos, S. S. (2012). Efetividade da Fisioterapia Associada à Dançaterapia na Melhora da Capacidade Aeróbia e Flexibilidade de Mulheres Idosas com Histórico de Quedas. *Saúde e Pesquisa*, 5(3), 87-98.
- Venancio, R.C. de P., Carmo, E. G. do., Paula, L. V. de., Schwartz, G. M., & Costa, J. L. R. (2018). Efeitos da prática de Dança Sênior® nos aspectos funcionais de adultos e idosos. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 26(3), 668-679.
- Zimerman, G. (2007). *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed.

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE: ANÁLISE DIMENSIONAL DO CONCEITO

Lara Borges de Vasconcelos¹, Míria Conceição Lavinias Santos¹, Raimunda Magalhães da Silva¹, Carlos Garcia Filho¹, Victor Lavinias Santos¹ e Débora Rodrigues Guerra Probo¹

¹Universidade de Fortaleza (Unifor), Fortaleza, Brasil. laraborgesvasconcelos@hotmail.com; miriaclavinias@gmail.com; msilva@unifor.br; victorls380@gmail.com; deboraa@unifor.br

Resumo. Introdução: A qualidade de vida relacionada à saúde foi escolhida para compor o foco deste estudo porque implica a importância do aprofundamento de significado dos conceitos envolvidos e enfatiza a oportunidade de estudá-los como temas socialmente construídos. Objetivo: Analisar o conceito de qualidade de vida relacionado à saúde através do Modelo de Análise de Conceito Dimensional. Método: De viés analítico, este estudo descreve a construção social e lógica do referido conceito, diferencia as duas perspectivas e identifica e examina as proposições. Resultado: Na atualidade, o termo “qualidade de vida” ganha maior fundamentação teórica e metodológica. As suas definições são classificadas como Global Tipo I, II e III. A função do instrumento utilizado é discriminar, descrever e prever o nível de qualidade de vida das pessoas, baseando-se nos diversos aspectos da qualidade de vida, de acordo com o contexto. Conclusão: A medida da qualidade de vida depende do consenso entre os especialistas, sendo necessário o debate contínuo sobre o constructo deste conceito.

Palavras-chave: Qualidade de Vida; Formação de Conceito; Classificação; Saúde; Modelos Teóricos.

QUALITY OF LIFE RELATED TO HEALTH: DIMENSIONAL ANALYSIS OF THE CONCEPT

Abstract. Introduction: Health-related quality of life was chosen to form the focus of this study because it implies the importance of deepening the meaning of the concepts involved and emphasizes the opportunity to study them as socially constructed themes. Objective: To analyse the concept of health-related quality of life through the Dimensional Concept Analysis Model. Method: Analytically, this study describes the social and logical construction of that concept, differentiates the two perspectives and identifies and examines the propositions (hypotheses). Result: Currently, the term “quality of life” gains greater theoretical and methodological foundation. Its definitions are classified as Global Type I, II and III. The function of the instrument used is to discriminate, describe and predict people’s level of quality of life, based on the various aspects of quality of life, according to the context. Conclusion: The measure of quality of life depends on consensus among specialists, requiring a continuous debate on the construct of this concept.

Keywords: Quality of Life; Concept Formation; Classification; Health; Theoretical Models.

1. INTRODUÇÃO

No século XXI, a base conceitual da qualidade de vida relacionada à saúde tem ganhado maior fundamentação teórica e metodológica, a partir do aprimoramento de pesquisas realizadas nas últimas décadas. A maioria delas voltada para a produção de conhecimento da área da saúde, das questões sociais, individuais e ambientais como resultado das políticas públicas em relação às práticas promotoras da saúde e do bem-estar da vida

individual e coletiva (Minayo, Hartz, & Buss, 2000; Viana & Sampaio, 2019; Vilarta, Gutierrez, & Monteiro, 2010).

Um importante aspecto a ser considerado é o termo “qualidade de vida relacionada à saúde”. Ele traz a intersecção entre dois conceitos – *qualidade de vida* e *saúde* – que se desvelam e relevam não apenas através do processo saúde-doença, mas também, e sobretudo, como um processo de viver essencialmente humano. Essa intersecção promove abordagens integradoras e interdisciplinares, compreendidas por Garratt, Schmidt, Mackintosh e Fitzpatrick (2002) como frutos de uma construção subjetiva e multidimensional ao mesmo tempo.

Portanto, a análise da qualidade de vida relacionada à saúde foi escolhida para compor este estudo porque compreende a importância do aprofundamento de significado dos conceitos e possibilita pensá-los como temas socialmente construídos – ou seja, como temas que variam a depender das perspectivas e dos contextos. Não obstante sua plasticidade, trata-se de um conceito que necessita ser devidamente descrito e compreendido, de forma clara e explícita, possibilitando a sua operacionalização em análises científicas.

Nesse sentido, o objetivo deste artigo é analisar o conceito de qualidade de vida relacionada à saúde através do Modelo de Análise de Conceito Dimensional (Caron & Bowers, 2000).

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo analítico do conceito “qualidade de vida relacionada à saúde”, tendo como base teórica o Modelo de Análise de Conceito Dimensional (Caron & Bowers, 2000). Este estudo foi realizado no período de janeiro de 2018 a janeiro de 2020.

Para o embasamento teórico, foi realizada uma ampla revisão da literatura em artigos nas áreas de enfermagem, medicina e psicologia, publicados nos últimos 20 anos, a fim de identificar os estudos que abordam o termo “qualidade de vida e saúde”. Para tanto, foram feitas buscas nas bases de dados virtuais LiLacs, Psycinfo, MedLine, Pubmed, Scielo e Cochrane Library; foram usados os termos “qualidade de vida”, “qualidade de vida relacionada a saúde” e “saúde”, nos idiomas português, inglês e espanhol. Participaram do levantamento dos estudos dois alunos de graduação e um pós-doutorando do Programa de Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (Unifor). Foram encontrados 3.000 estudos,

dos quais selecionou-se 40, por terem correlação direta com o tema e a análise proposta, dois quais foram analisados pelos três professores do referido programa.

Posteriormente, foi feita uma leitura compreensiva dos artigos, e buscou-se os elementos atribuídos aos termos referidos. No processo de análise, considerou-se as abordagens e a evolução histórica dos conceitos de qualidade de vida e saúde propostos na literatura.

A princípio o modelo foi desenvolvido como uma abordagem metodológica para a base da teoria em pesquisa qualitativa, posteriormente estendida para uma teoria mais geral da análise. Nele estão incorporadas as seguintes suposições: a realidade é (1) socialmente construída, (2) geralmente definida a partir de uma perspectiva particular e (3) situada contextualmente (Caron & Bowers, 2000).

A Análise Dimensional não é um processo linear. Nela, os procedimentos sugeridos ocorrem simultaneamente, compreendendo duas fases. Na primeira, o pesquisador identifica dimensões envolvidas no conceito e o significado atribuído a essas dimensões. Na segunda, o pesquisador integra as dimensões e analisa as relações entre elas; ou seja, analisa como as relações se dão ao longo de perspectivas e contextos, e quais as consequências do uso do conceito.

Quatro passos são essenciais para a construção social de um conceito, segundo Caron e Bowers (2000):

- 1) Descrever a construção social do conceito em si: requer identificar as dimensões usadas na construção do conceito e descrever as relações entre as diversas dimensões. Perguntar, explorar as maneiras pelas quais o conceito é usado: onde, quando, como, por quem, e as consequências do seu uso.
- 2) Descrever a lógica do conceito: exige abordar múltiplas perspectivas dentro de múltiplos contextos, com a finalidade de mostrar a situação ou a natureza da situação na qual o conceito foi criado. Para isso, é preciso examinar as suas proposições – isto é, a natureza do conceito –, que podem ser implícitas ou explícitas, consistentes ou coerentes.
- 3) Diferenciar as relações entre as perspectivas: requer identificar como as diferentes dimensões são integradas no conceito e se há divergência nos objetivos das partes, pois isto pode causar confusão, frustração e dificuldade para se atingir os objetivos. Portanto, deve-se dispensar particular atenção na análise sobre “quem” definiu “o quê” e “como”.
- 4) Identificar e examinar as proposições (hipóteses): exige observar a qual perspectiva as hipóteses estão associadas. Em outras palavras, o pesquisador estabelece quais são as proposições sobrepostas às várias definições dadas de diversas perspectivas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Descrever a construção social do conceito

A definição do termo “qualidade de vida relacionada à saúde” traz dois conceitos, com definições em plena mutação: *qualidade de vida* e *saúde*. Apesar da dificuldade enunciada, atualmente há uso generalizado. Ele é utilizado em duas vertentes: na linguagem cotidiana (população em geral, jornalistas, políticos, área de comunicação) e no contexto da pesquisa científica. Neste último, o conceito começou a ser utilizado na década de 1960 (Gaiva, 1998). Os campos do saber que mais o utilizam são a economia, a sociologia, a educação, a medicina, a enfermagem e a psicologia (Seidl & Zannon, 2004).

Na área da saúde, o panorama que permitiu o incremento do conceito foi o desenvolvimento de terapias para doenças crônicas, levando, assim, ao aumento da sobrevida para doenças que eram letais no passado – o que resultou na necessidade de conhecer a experiência vivida, em particular as limitações, destes doentes crônicos. Entretanto, apesar de sua difusão mais recente, seu uso já era registrado na literatura médica da década de 1930 (Costa & Araújo, 2001).

Porém, foi a partir dos anos 1980 que as pesquisas sobre qualidade de vida se tornaram imprescindíveis à área da saúde, visto que seus resultados contribuem para aprovar e definir tratamentos e avaliar custos e benefícios no cuidado prestado (Fayers, 2000; Minayo et al., 2000). Observou-se também, nessa época, o aumento acentuado de instrumentos para a avaliação da qualidade de vida (Costa & Araújo, 2001).

Segundo Brasel (2007), nas primeiras pesquisas focadas em qualidade de vida, a avaliação era feita por um observador com perguntas objetivas, geralmente um profissional de saúde – como no caso do índice Karnofsky, um dos primeiros instrumentos da área médica, criado em 1984, sobre qualidade de vida em pacientes oncológicos. Ainda que de aspecto objetivo, a maioria dos questionários de avaliação da qualidade de vida incorporavam perguntas subjetivas, centradas na percepção pessoal.

A partir da década de 1990, duas dimensões foram destacadas pelos pesquisadores da área: a *subjetividade* e a *multidimensionalidade* da qualidade de vida.

A subjetividade trata de considerar a percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde e sobre os aspectos não-médicos do seu contexto de vida. É identificada por meio de uma

avaliação centrada na percepção pessoal da pessoa pesquisada. Os autores abordam a qualidade de vida como uma representação social criada a partir de parâmetros subjetivos (bem-estar, amor, felicidade, prazer e realização pessoal) e objetivos referentes à satisfação das necessidades básicas criadas pelo grau de desenvolvimento econômico e social (Minayo et al., 2000).

A multidimensionalidade da qualidade de vida diz respeito ao fato de que o conceito é composto por diferentes dimensões, com abordagens gerais e holísticas, como fica evidenciado na definição da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1995, p. 1405): “Qualidade de vida é a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. A definição é centrada na percepção subjetiva das diversas dimensões, que incluem saúde física, estado psicológico, nível de independência, interações sociais com o meio ambiente e crenças religiosas, entre outros tantos aspectos que podem ser derivados da definição.

Na atualidade, com o aprimoramento das pesquisas, os termos “qualidade de vida” e “qualidade de vida e saúde” ganham fundamentação teórica e metodológica (Seidl & Zannon, 2012 ; Vilarta et al., 2010), incluindo um arcabouço de questões voltadas para a promoção da saúde com demandas específicas, tais como envelhecimento humano (Freitas & Scheicher, 2010; Saccomann, Cintra, & Gallani, 2011), qualidade de vida no trabalho (Klein, Lemos, Pereira, & Beltrame, 2017; Pizzio & Klein, 2015; Sanchez, Sanchez, Barbosa, Guimarães, & Porto, 2019) e doenças crônicas e degenerativas (Almeida, Silveira, Santo, Pereira, & Salomé, 2013; Kepla et al., 2013; Saço, Paula, Migliorini, Pereira, & Ferreira, 2011; Souza et al., 2012).

3.2. Descrever a lógica do conceito

Há uma taxonomia das definições sobre qualidade de vida relacionada às épocas do desenvolvimento do conceito. A do Tipo I se refere a Definição global (até os anos 1980); a do Tipo II se refere a Definição com base em componentes (nos anos 1980); a definição do Tipo III trata das Definições focalizadas (1995); e a do Tipo IV trata das Definições operacionais (após 1995) (Farquhar, 1995).

As primeiras eram gerais, não identificavam as dimensões específicas do conceito, e lhes faltava operacionalidade, por centralizarem-se em avaliações dicotômicas do tipo satisfação

versus não satisfação com a vida. Elas variam principalmente pelo enfoque bioético ou de saúde pública.

As definições baseadas em componentes surgem nos anos 1980, com a operacionalização do conceito, e são classificadas por Farquhar (1995) como Tipo II – *Definição com base em componentes*: habilidades funcionais ou de saúde, apoiadas em aspectos empíricos; Tipo III – *Definição focalizada*: uma subdivisão das definições por componentes; e Tipo IV – *Definição das combinações*, que ilustra o momento atual, incorporando aspectos dos Tipos II e III e favorecendo aspectos globais em diversas dimensões. O Tipo IV dá ênfase aos aspectos operacionais e possibilita a criação de instrumentos que avaliam tanto o aspecto global como o fatorial.

Os instrumentos que medem a qualidade de vida relacionada à saúde são classificados em dois grupos: genéricos e específicos (Rôla, Silva, & Nicola, 2018).

Os genéricos avaliam os conceitos de saúde e representam valores humanos básicos, sendo relevantes para o estado de saúde e bem-estar de qualquer pessoa. Os itens não estão diretamente relacionados a nenhuma doença específica, podendo ser aplicados em indivíduos sadios e em todos os tipos e graus de severidade de doença, em tratamentos médicos diferentes e entre sub-grupos culturais e demográficos (Gordia et al., 2011). Eles permitem a comparação dos níveis de comprometimento da qualidade de vida entre diferentes doenças, bem como a comparação dos níveis de rebaixamento de grupo de doentes em relação à população geral (Rebollo & Ortega, 2002). Mensuram aspectos funcionais, físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, emocionais e saúde mental (Aguilar et al., 2008).

Os específicos são focados nos problemas associados a uma determinada doença, ou a áreas de função mais comumente afetadas em um grupo de pacientes (Gordia et al., 2011; Kutlay et al., 2003). Para Laupacis, Muirhead, Kneown e Wong (1992), a sua principal limitação é não ser adequado para comparar qualidade de vida entre grupos com especificidades terapêuticas distintas; por exemplo, entre hemodialisados e transplantados. Entretanto, sua sensibilidade descritiva (detecção de mudanças) é maior do que dos genéricos, já que os itens envolvem questões específicas de uma determinada doença – questões estas que podem não ser avaliadas por um instrumento genérico. Por não haver instrumento ideal, alguns preconizam o uso combinado de genéricos e específicos, culminando nos chamados “modulares” (Dew & Simmons, 1990).

3.3. Diferenciar as relações entre as perspectivas

Segundo Pereira, Teixeira e Santos (2012), o termo “qualidade de vida” se apresenta na literatura de forma diversificada. Devido à falta de consenso teórico e metodológico, pesquisas preferem utilizar conceitos como bem-estar, estilo de vida e saúde como sinônimos de qualidade de vida.

Em quaisquer das definições de qualidade de vida há sempre como incluir o fator saúde. Saúde não é um termo de fácil definição, e tem se transformado ao longo da história. A definição adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 1948 diz que “saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença”, e tem significado desde então um marco conceitual. A evolução do conceito de saúde é apontada nas conferências internacionais sobre Promoção da Saúde, de Ottawa (OMS, 1986) até Nairóbi (OMS, 2009).

Autores como Ferraz e Segre (1997) acusam a definição da OMS de ser “irreal, ultrapassada e unilateral” (p. 539), por considerarem que a condição perfeita é uma utopia, algo não desejável para um conceito que serve de parâmetro para decisões médicas individuais e de saúde pública. Cleary, Wilson e Fowler (1995) argumentam que o termo “refere-se aos vários aspectos da vida de uma pessoa que são afetados por mudanças no seu estado de saúde, e que são significativos para a sua qualidade de vida” (p. 91).

Smith, Avis e Assman (1999), por meio de meta-análise de 12 estudos com amostras de portadores de enfermidades crônicas como câncer, hipertensão e SIDA, entre outras, concluíram que a percepção da qualidade de vida é determinada pelas dimensões de saúde mental e bem-estar psicológico, enquanto a percepção do estado de saúde é determinada pela dimensão do funcionamento físico, que inclui variáveis como energia, fadiga e dor.

De acordo com Buss (2000), embora saúde e qualidade de vida sejam utilizados como sinônimos, são conceitos que apresentam especificidades, mas também uma relação entre si. Faz-se necessário, ainda, distinguir “qualidade de vida relacionada à saúde” de “estado de saúde”, embora ambos sejam utilizados comumente na literatura como sinônimos (Guyatt, Feeny, & Patrick, 1993).

Gill e Feinstein (1994) afirmam que “qualidade de vida relacionada à saúde” e “estado subjetivo e saúde” são termos relacionados à avaliação subjetiva do paciente e ao impacto no seu estado de saúde. Guiteras e Bayés (1993) definem “qualidade de vida relacionada à

saúde” como “a valoração subjetiva que o paciente faz de diferentes aspectos de sua vida, em relação ao seu estado de saúde” (p. 179). Ebrahim (1995) define “qualidade de vida relacionada à saúde” como “o valor atribuído à duração da vida, modificado pelos prejuízos, estados funcionais e oportunidades sociais que são influenciados por doença, dano, tratamento ou políticas de saúde” (p. 1384).

Apesar da complexidade do assunto, Valderrábano, Jofre e López Gomes (2001) vêem a questão de forma mais simples: dizem que, quando se referem a qualidade de vida de enfermos de doenças crônicas, estão fazendo referência a qualidade de vida relacionada à saúde. É artificial o limite imposto pelo pesquisador: o termo “saúde” acoplado à qualidade de vida continua a ser multidimensional, mesmo quando se estuda a qualidade de vida relacionada à saúde (Muldoon, Barger, Flory, & Manuck, 1998).

Todavia, continua a existir o problema sobre quem é o melhor sujeito para responder aos instrumentos. Slevin, Plant, Lynch, Drinkwater e Gregory (1988), no século passado, no início do incremento da medida de qualidade de vida, questionavam, no título de seu artigo: *Who should measure quality of life, the doctor or the patient?* (“Quem deve medir a qualidade de vida, médico ou paciente?”). Essa é uma questão repetida em nosso século, no auge da utilização das medidas de qualidade de vida na área médica, como colocado no artigo de Addington e Kalra (2001), intitulado *Who should measure quality of life* (“Quem deve medir a qualidade de vida”).

3.4. Identificar e examinar as proposições (hipóteses)

É consenso entre pesquisadores (Bombardier & Tugwell, 1987; Valderrábano et al., 2001; Vilarta et al., 2010) que questionários ou formulários são os instrumentos habituais para se medir a qualidade de vida. A complexidade do problema está na formatação e seleção para inclusão dos itens relevantes. Na confecção dos itens de um instrumento, pode-se consultar no primeiro momento alguns pesquisadores do tema; no segundo momento, deve-se eliminar a co-linearidade e a redundância e obter uma combinação de um número mínimo de variáveis que possa ter representatividade estatística da dimensão da qualidade de vida a ser estudada.

Muldoon et al. (1998) fazem observações a esse tipo de instrumento, criticando a transformação de vários aspectos e componentes da qualidade de vida em valores quantitativos. Segundo os autores, esses componentes podem ser divididos em 3 principais

domínios: físico, psicológico e social. No domínio físico estão incluídos aspectos como capacidade funcional e capacidade laborativa; no psicológico, incluem-se a satisfação, o bem-estar, a auto-estima, a ansiedade e a depressão; no domínio social, a interação com a família, amigos e ambiente de trabalho. A maioria desses componentes não pode ser observada diretamente. A forma usual de avaliação baseia-se na teoria da *medida-do-item*, uma medida indireta de um valor através das respostas do paciente a uma série de questões, denominadas “ítems”.

Bombardier e Tugwell (1987) delimitaram as questões mais pertinentes no desenho de um instrumento para medição de qualidade de vida relacionada à saúde, destacando como pontos principais: clareza dos objetivos, determinação da função do instrumento, metodologia para seleção de perguntas e escolha do conteúdo, forma de resposta, plausibilidade biológica e exequibilidade dos instrumentos. Valderrábano et al. (2001) dividem as propriedades necessárias para validar um instrumento de medida de qualidade de vida em: a) propriedades psicométricas (sensibilidade, validade interna, reprodutibilidade) e b) propriedades clínicas (facilidade de entendimento, tempo curto de preenchimento, validação cultural).

Muldoon et al. (1998) sublinham que a função do instrumento é, basicamente, discriminar, descrever e prever o nível de qualidade de vida dos indivíduos escolhidos para o estudo. A propriedade discriminativa permite estabelecer diferenças entre os doentes de uma mesma enfermidade, sem sofrer influências de variáveis não relacionadas à saúde – como, por exemplo, a altura do indivíduo. O ideal seria a validade discriminativa total, mas, na sua impossibilidade, o reconhecimento de fatores de confusão faz com que sejam utilizadas as devidas ponderações na interpretação dos resultados.

A função descritiva se refere à possibilidade de o instrumento ser utilizado durante a evolução de uma enfermidade, detectando as mudanças que possam ocorrer; a função preditiva aborda o nível de comprometimento futuro (desfechos clínicos não-satisfatórios) da qualidade de vida; e a terceira função, a preditiva, permite decidir pela intensidade de tratamentos e intervenções no tempo presente (Muldoon et al., 1998).

Autores como Bombardier e Tugwell (1987) apontam outras formas da validação dos instrumentos, quais sejam: validade convergente e validade relacionada à exatidão dos resultados (acurácia).

A validade convergente é testada quando se pode comparar os resultados de um aspecto com outro instrumento que faria o papel de padrão-ouro. Por exemplo, a pontuação referente ao bem-estar psicológico deve se relacionar à escala de outro instrumento validado para medida de sintomas depressivos. Outra possibilidade seria a comparação com questionários preenchidos por profissionais responsáveis pelo cuidado do paciente ou dos familiares – ainda que, para alguns autores, os aspectos subjetivos sejam os únicos itens que devam constar em uma pesquisa sobre qualidade de vida (Gill & Feinstein, 1994). Essa postura deriva do entendimento de que o paciente tem acesso privilegiado e importância central à medida da qualidade de vida proporcionada pela doença e/ou terapia. Para estes aspectos, fortemente subjetivos, fica difícil a validação convergente que exige comparação (Bombardier & Tugwell, 1987).

A validade relacionada à acurácia (exatidão) dos resultados depende das habilidades cognitivas e de comunicação do pesquisado, o que constitui uma das fragilidades mais comumente apontadas pelos críticos da validade deste tipo de pesquisa. A acurácia do instrumento fica então prejudicada na presença de transtornos do poder cognitivo, que interferem na informação correta e no julgamento sobre questões que envolvem, principalmente, o domínio da memória, do trabalho, do sexo e do envolvimento familiar. Os críticos deste tipo de instrumento chamam a atenção para o fato de que não é comum a realização de testes sobre o nível cognitivo dos pesquisados ou mesmo de testes observacionais, quando da validação dos mesmos (Bombardier & Tugwell, 1987).

Os instrumentos devem ter a qualidade científica da reprodutibilidade, pois os dados obtidos ao longo da medição devem ser consistentemente repetidos pelo mesmo observador ou por outros. Podem ser utilizados os métodos de teste-reteste durante um intervalo curto o bastante para que não haja mudança do estado de saúde do sujeito pesquisado (Bombardier & Tugwell, 1987).

O instrumento deve ter também plausibilidade biológica. Quanto mais a medição do questionário se correlacionar com os estados clínicos, mais credibilidade na área médica ele terá. Por exemplo, um questionário sobre a capacidade funcional pode ser comparado com testes objetivos como caminhar, sair da posição sentada para a de ficar em pé etc. Porém, ainda se conhece pouco sobre as relações entre esses componentes; permanece o aprimoramento metodológico do constructo “qualidade de vida e saúde”. Algumas propriedades são essenciais para que o questionário se torne prático: aplicá-lo em curto

tempo, para a exequibilidade; validá-lo culturalmente; e não se limitar à tradução dos seus itens, que devem ser entendidos por toda a população pesquisada (Bombardier & Tugwell, 1987).

4. CONCLUSÕES

Dentre as muitas expressões conceituais analisadas neste estudo, toma-se evidente a importância da medida de qualidade de vida e saúde, que são adotadas como sinônimos. A especificidade dessa medida faz com que a validade possa ser bem testada em alguns aspectos e apresente dificuldade em outros, como discutido neste estudo. A medida da qualidade de vida depende de mais consenso entre os especialistas e da segurança sobre a validade científica dos instrumentos de coleta de dados, seja ele genérico ou específico. Permanece sendo necessário o debate sobre o constructo “qualidade de vida e saúde”.

5. REFERÊNCIAS

- Addington, J., & Kalra, L. (2001). Who should measure quality of life? *British Medical Journal*, 322(7299), 1417-1420.
- Aguiar, C. C. et al. (2008). Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde no Diabetes Melito. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 52(6), 931-939.
- Almeida, S. A., Silveira, M. M., Santo, P. F., Pereira, R. C., & Salomé, G. M. (2013). Assessment of the quality of life of patients with diabetes mellitus and foot ulcers. *Revista Brasileira Cirurgia Plástica*, 28(1), 142-146.
- Bombardier, C., & Tugwell, P. (1987). Methodological considerations in functional assessment. *Journal Rheumatology Supplement*, 15(2), 6-10.
- Brasel, K. J. (2007). Quality of life assessment in palliative care. *Surgery Palliative Care*, 24(3), 231-235.
- Buss, P. M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 163-177.
- Caron, C. D., & Bowers, B. J. (2000). Methods and application of dimensional analysis: a contribution to concept and knowledge development in nursing. In B. L. Rodgers & K. A. Knafl. (Eds.). *Concept development in nursing: foundations, techniques, and applications* (pp. 285-319). Philadelphia: Saunders Company.
- Cleary, P. D., Wilson, P. D., & Fowler, F. J. (1995). Health-related quality of life in HIV-infected persons: a conceptual model. In F. E. Dimsdale & A. Baum. (Eds.). *Quality of life in behavioral medicine research* (pp. 191-204). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Costa, B. B. N., & Araújo, T. C. C. F. (2001). Avaliação da qualidade de vida em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. *Temas da Psicologia*, 9(2), 128-135.
- Dew, M. A., & Simmons, R. G. (1990). The advantage of multiple measures of quality of life of quality of life. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 24(131), 23-30.
- Ebrahim, S. (1995). Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1383-1394.
- Farquhar, M. (1995). Definitions of quality of life: a taxonomy. *Advanced Nursing*, 22(3), 502-508.
- Fayers, P. M. O. (2000). *Quality of life assessment, analysis and interpretation*. Chichester: John Wiley.

- Ferraz, F. C. O., & Segre, M. (1997). Conceito de saúde. *Saúde Pública*, 31(5), 538-542.
- Freitas, M. A. V., & Scheicher, M. E. (2010). Qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira Geriatria Gerontologia*, 13(3), 395-401.
- Gaiva, M. A. M. (1998). Qualidade de vida e saúde. *Revista de Enfermagem UERJ*, 6(2), 377-382.
- Garratt, A., Schmidt, L., Mackintosh, A., & Fitzpatrick, R. (2002). Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *British Medical Journal*, 324(7351), 1417-1429.
- Gill, T. M., & Feinstein, A. R. (1994). A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *Journal of the American Medical Association*, 272(8), 619-626.
- Gordia, A. P. et al. (2011). Qualidade de vida: contexto histórico, definição, avaliação e fatores associados. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, 3(1), 40-52.
- Guiteras, A. F., & Bayés, R. (1993). Desarrollo de un instrumento para la medida de la calidad de vida en enfermedades crónicas. In M. Forns & M. T. Anguera. (Eds.). *Aportaciones recientes a la evaluación psicológica* (pp. 175-195). Barcelona: Universitat.
- Guyatt, G. H., Feeny, D. H., & Patrick, D. L. (1993). Measuring health-related quality of life. *Annals Internal Medicine*, 118(8), 622-629.
- Kepla, S. et al. (2013). The relationship between traits optimism and anxiety and health-related quality of life in patients hospitalized for chronic diseases: data from the SATISQOL study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11(134), 1-12.
- Klein, L. I., Lemos, R. B., Pereira, B. A. D., & Beltrame, G. (2017). Qualidade de vida no serviço público: uma avaliação em uma instituição de ensino superior. *Revista de Administração*, 23(esp.), 317-344.
- Kutlay, S. et al. (2003). General or disease specific questionnaire: a comparative study in hemodialysis patients. *Renal Failure*, 25(1), 99-103.
- Laupacis, A., Muirhead, N., Kneown, P., & Wong, C. (1992). A disease-specific questionnaire for assessing quality of life in patients on hemodialysis. *Nephron*, 60(3), 302-306.
- Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A., & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 7-18.
- Muldoon, M. F., Barger, S., Flory, J. D., & Manuck, S. B. (1998). What are quality of life measurements measuring? *British Medical Journal*, 316(7130), 542-545.
- OMS [Organização Mundial da Saúde]. (2009). *The Nairobi call to action for closing the implementation gap in health promotion*. Geneva: OMS Press.
- OMS [Organização Mundial da Saúde]. (1995). Quality of life assessment: position paper from the World Health Organization. *Social Science Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- OMS [Organização Mundial da Saúde]. (1986). *Carta de Ottawa para a promoção da saúde: primeira conferência internacional sobre promoção da saúde*. Genebra: OMS Press.
- Pereira, E. F., Teixeira, C. S., & Santos, A. (2012). Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 26(2), 241-50.
- Pizzio, A., & Klein, K. (2015). Qualidade de vida no trabalho e adoecimento no cotidiano de docentes do Ensino Superior. *Educação & Sociedade*, 36(131), 493-513.
- Rebollo, P., & Ortega, F. (2002). New trends on health related quality of life assessment in end-stage renal disease patients. *International Urology and Nephrology*, 33(1), 195-202.

- Rôla, C. V. S., Silva, S. P. C., & Nicola, P. A. (2018). Instrumentos de avaliação da Qualidade de Vida de pessoas jovens e idosas: um estudo de Revisão Sistemática. *Revista Multidisciplinar de Psicologia*, 12(42), 111-120.
- Saccomann, I. C. R., Cintra, F. A., & Gallani, C. B. J. (2011). Qualidade de vida relacionada à Saúde em Idosos com Insuficiência cardíaca: avaliação com instrumento específico. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(2), 179-184.
- Saço, L. F., Paula, O. R., Migliorini, G. E., Pereira, N. P., & Ferreira, E. L. (2011). Características e avaliação da qualidade de vida em um grupo de pacientes submetidos a tratamento quimioterápico. *Hospital Universitário*, 37(1), 95-102.
- Sanchez, H. M., Sanchez, E. G. M., Barbosa, M. A., Guimarães, E. C., & Porto, C. C. (2019). Impacto da saúde na qualidade de vida e trabalho de docentes universitários de diferentes áreas de conhecimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(11), 4111-4123.
- Seidl, E. M. F., & Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 580-588.
- Slevin, M. L., Plant, H., Lynch, D., Drinkwater, J., & Gregory, W. M. (1998). Who should measure quality of life, the doctor or the patient? *British Journal of Cancer*, 57, 109-112.
- Smith, K. W., Avis, N. E., & Assman, S. F. (1999). Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research. *Quality Life Research*, 8(5), 447-459.
- Souza, E. C. S. et al. (2012). Avaliação da qualidade de vida de portadores de diabetes utilizando a medida específica B-PAID. *Revista Mineira de Enfermagem*, 16(4), 509-514.
- Valderrábano, F., Jofre, R., & López Gomez, J. M. (2001). Quality of life in end-stage renal disease patients. *American Journal of Kidney Diseases*, 38(3), 443-464.
- Viana, A. G., & Sampaio, L. (2019). Qualidade de vida dos universitários em período de conclusão de curso. *Revista Multidisciplinar de Psicologia*, 13(47), 1085-1096.
- Vilarta, R., Guitierrez, G. L., & Monteiro, M. I. (2010). *Qualidade de vida: evolução dos conceitos e práticas no século XXI*. Campinas: Ipes.

PAPEL DA BRINQUEDOTECA NA RECUPERAÇÃO DA CRIANÇA HOSPITALIZADA SOB A ÓTICA DE PAIS E RESPONSÁVEIS

Fernanda Amorim Cesário¹, Suelen Fernanda Coutinho Pinto¹, Thaís de Freitas Aniceto¹,
Alessandra Silva Lima Jardim¹, Claudirene Milagres Araújo¹ e Lilian Machado Torres²

¹Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Brasil. feamorim.sz@hotmail.com; suelen.coutinhobh@gmail.com; thaisdefreitas@gmail.com; aleenf@gmail.com; claudirene_milagres@hotmail.com

²Hospital Governador Israel Pinheiro, Minas Gerais, Brasil. lilian.torres0806@gmail.com

Resumo. Introdução: a hospitalização infantil representa incontáveis consequências para a criança, sua família e toda a equipe de saúde, concebidas por comportamentos depressivos e/ou agressivos e atitudes pouco colaborativas que interferem no cuidado em saúde. A brinquedoteca é um dos métodos para a humanização da assistência pediátrica. Objetivo: compreender como pais e responsáveis percebem a brinquedoteca na recuperação de suas crianças hospitalizadas. Método: pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa. Participaram 15 pais ou responsáveis pelas crianças internadas na unidade pediátrica, por meio de entrevistas, a partir de um roteiro semiestruturado. Os conteúdos dos depoimentos foram organizados e analisados pelo referencial de Bardin. Resultados: a sala de brincar é terapêutica e pais e responsáveis percebem a redução das tensões em suas crianças hospitalizadas, o aumento de sua autoestima e maior sensação de segurança, o que contribui para sua recuperação. Emergiram três categorias temáticas: O tempo de hospitalização sendo ocupado; O vínculo criado pelas brincadeiras entre os responsáveis e as crianças; e O brincar como recurso terapêutico. Conclusões: atividades lúdicas revestem-se da dimensão terapêutica, reconhecida pelos pais ou responsáveis. As equipes de saúde devem refletir e implementar brincadeiras que promovam atendimento humanizado e viabilizem maior relacionamento entre os pequenos e os adultos.

Palavras-chave: Enfermagem Pediátrica; Humanização da Assistência; Ludoterapia; Pais; Saúde da Criança Institucionalizada.

PERCEPTION OF PARENTS OR GUARDIANS ABOUT THE TOY LIBRARY AS A THERAPEUTIC RESOURCE IN CHILD CARE

Abstract. Introduction: the childhood hospitalization has countless consequences for the child, his family and the entire health team, which contribute to depressive and / or aggressive behaviours and, also, uncooperative attitudes that interfere in health care. The toy library is one of the methods for the humanization of paediatric care. Goals: to understand how parents and guardians perceive the toy library in the recovery of their hospitalized children. Method: exploratory, descriptive research with a qualitative approach. 15 parents or guardians of the children admitted to the paediatric unit participated, through an interview based on a semi-structured script. The results were organized and analysed by the Bardin framework. Results: the playroom is therapeutic and parents and guardians perceive the reduction of tensions in their hospitalized children, the increase in their self-esteem and a sense of security, which contributes to their recovery. Three thematic categories emerged: Hospitalization time being occupied; The bond created by games between parents and children; and Playing as a therapeutic resource. Conclusions: the playful activities have the therapeutic dimension, which was recognized by the parents or guardians. Health teams must reflect and implement more games that promote humanized care and are able to strengthen the bond between children and adults.

Keywords: Pediatric Nursing; Humanization of Assistance; Play Therapy; Parents; Health of Institutionalized Children.

1. INTRODUÇÃO

Durante o processo de internação a criança pode apresentar vários sentimentos desagradáveis, devido à falta de maturidade para compreender seu estado de saúde, bem como pelo fato de estar em um ambiente desconhecido e afastada do apoio de seus familiares e amigos. Sofre, portanto, influências negativas que envolvem duas esferas: a da própria doença, mediante o processo de adoecimento e a do agravamento do seu estado psicológico. Tal experiência tem potencial para fazer emergir sentimentos de ansiedade, medo, abandono e culpa, e isso pode levá-la a comportamentos depressivos ou agressivos. Como consequências, advém as atitudes de pouca colaboração que dificultam as intervenções e os cuidados de Enfermagem. Trata-se de uma experiência traumática, não somente para crianças mas, para a família, também, (Gabatatz, Terra, Couto, Milbrath, & Schwartz, 2017; Leite, Vergílio, & Silva, 2017; Gillard, 2019; Nurwulansari, Ashar, Huriati, & Syarif, 2019).

Nessa faixa etária, muitas vezes, por não compreenderem a doença e a necessidade de hospitalização, as alterações em sua rotina representam a perda do controle sobre o próprio corpo. Entretanto, frente ao cuidado humanizado e acolhedor a vivência de tais sentimentos negativos podem ser minimizados, quando se estabelecem estratégias de comunicação adaptadas, que utilizam linguagem verbal e não verbal e que consideram as especificidades dos envolvidos (Gabatatz, Terra, Couto, Milbrath, & Schwartz, 2017).

Um dos métodos comuns para humanizar a assistência pediátrica inclui o lúdico que busca inserir o envolvido no funcionamento hospitalar e evidenciar sua dignidade. Por isso, o método tem sua aplicabilidade como recurso terapêutico positivo no cuidado à criança hospitalizada e cada vez mais vem sendo estudado (Araújo, Ribeiro, Sobral, Silva, & Faro, 2017; Gillard, 2019; Nurwulansari, Ashar, Huriati, & Syarif, 2019), a partir da avaliação das demandas infantis e dos familiares. São estratégias de entretenimento e de aproximação o brinquedo terapêutico e a *pet* terapia (Pinto, Andrade, Medeiros, Santos, Queiroz, & Jales, 2015; Gabatatz, Terra, Couto, Milbrath, & Schwartz, 2017).

Além do prazer proporcionado pelas atividades lúdicas, no mundo infantil o método concorre para o desenvolvimento intelectual e social da criança, que inclui racionalizar, imaginar, interpretar e criar (Conceição, 2016). Assim, o processo de internação pediátrica acontece de forma positiva, o que otimiza o tratamento instituído (Silva & Brandão, 2017). Ademais, a brinquedoteca constitui-se uma estrutura favorável, no ambiente hospitalar durante a

internação, pois representa um espaço de bem-estar e acolhimento da criança que possibilita exposição de seus anseios, vivências e sentimentos envolvidos. Cria uma atmosfera que estimula a colaboração, além de promover maior tranquilidade e adaptação hospitalar (Marcolin, Marcolin, Souza, & Barbosa, 2016).

Torna-se imprescindível compreender se, na perspectiva dos pais ou responsáveis, há a percepção do papel da brinquedoteca na recuperação de crianças hospitalizadas, considerando que já se comprovou sua eficácia na diminuição da ansiedade e do tempo de internação, além do fortalecimento de vínculos familiares. Tal compreensão poderá influenciar a relação dos profissionais com os pais ou responsáveis no incentivo às brincadeiras e solidificar mais brinquedotecas nos hospitais. As questões de investigação, portanto, pertinentes ao objeto de estudo, foram assim definidas: brincar durante a hospitalização das crianças constitui-se coadjuvante na terapia e pode ser percebido pelos pais ou responsáveis? O que representa brincar para os pequenos e para os adultos em uma unidade pediátrica hospitalar?

2. OBJETIVO

Compreender como pais e responsáveis percebem a brinquedoteca na recuperação de suas crianças hospitalizadas.

3. METODOLOGIA

Pesquisa exploratória descritiva com abordagem qualitativa. A perspectiva qualitativa cada vez mais tem sido reconhecida e utilizada na produção de conhecimento que analisa as várias faces e dimensões de fenômenos complexos da experiência humana (Brandão, Ribeiro, & Costa, 2018).

O estudo teve como cenário o Hospital Infantil João Paulo II, que integra a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, Brasil. Assiste a crianças referenciadas pelas macrorregiões estaduais e dos municípios da microrregião e da Região Metropolitana de Belo Horizonte, capital do Estado. Possui como serviços o atendimento às crianças em situação de urgência, àquelas com doenças neuromusculares e infectocontagiosas, além da atenção domiciliar em algumas situações. Sua brinquedoteca constitui-se em um ambiente físico dotado de atividades e brinquedos diversos para todas as faixas etárias.

A coleta de dados foi realizada entre junho e julho/2018. Participaram 15 pais e responsáveis pelas crianças internadas com idades entre seis meses e 12 anos e com tempo de internação que variou de quatro a 30 dias. Foram incluídos adultos maiores de 18 anos que acompanhavam os menores e que haviam frequentado a brinquedoteca em cinco ocasiões, no mínimo. Entre os critérios de exclusão estavam os pais ou responsáveis por crianças em estado crítico, com medidas de precaução e que recebiam brinquedos no quarto ou as ausentes da unidade no período da coleta de informações.

Após a identificação dos prováveis participantes os pesquisadores abordavam os adultos em momento mais adequado, explicavam o estudo, seus objetivos e proposições e solicitavam a leitura atenta, para a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Assim, as entrevistas foram agendadas e realizadas, com gravação autorizada. Havia um espaço reservado para a coleta de informações, a partir de um roteiro semiestruturado e cada entrevista durou, em média, 30 minutos. No local estavam presentes um dos pesquisadores e o pai ou responsável, identificado por código alfanumérico, que incluiu a letra "E" de entrevistado, seguida de um número inteiro para cada participante. Foram incluídos cinco avós, três pais, seis mães e uma tia. Os pesquisadores eram três alunos do último ano do Curso de Enfermagem, do sexo feminino, treinados e orientados por três professores, sendo dois mestres e um doutor. Todas as entrevistas foram realizadas por um dos três pesquisadores alunos e, em momento algum houve retorno aos adultos que já haviam prestado seu depoimento. O roteiro continha questões sobre a percepção da brinquedoteca no tratamento das crianças e a descrição de como acontecia o processo de brincar. As questões foram validadas com os três primeiros entrevistados para avaliar necessidade de adaptações que possibilitassem maior compreensão do que se buscava por meio do roteiro estruturado e para verificar se o objetivo poderia ser alcançado. Não houve necessidade de adaptações ou alterações e, por esse motivo, tais depoimentos foram considerados parte do estudo.

Após cada encontro o pesquisador responsável pela entrevista transcrevia as informações de forma literal. Todas as transcrições foram discutidas e avaliadas em reuniões com os professores orientadores, a cada grupo de três entrevistas, até a decisão de interromper a inclusão de novos participantes, quando todos os pesquisadores concordaram com a saturação de dados e alcance do objetivo, por meio de respostas concretas às questões da investigação. A decisão foi unânime quando passou a ocorrer repetição do conteúdo expresso.

Em seguida, houve o recorte e a aproximação do conteúdo latente dos depoimentos que emergiu sobre o objeto do estudo. Todos os pesquisadores discutiram a semelhança de conteúdos e, em seguida, nomearam os grupos de frases e expressões mais incisivas, quando foi possível a construção de categorias temáticas representativas que possibilitariam maior entendimento e discussão dos resultados. Essa fase utilizou o referencial de Bardin. Trata-se de um conjunto de técnicas que decompõem as comunicações e que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos para descrever o conteúdo das informações. Procura conhecer aquilo que está por trás das palavras, sobre as quais se debruça (Bardin, 2011).

O estudo seguiu orientações da Resolução MS 466/2012 (Brasil, 2012), que trata de pesquisas com seres humanos e foi submetido e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais e do Hospital Infantil João Paulo II, sob os pareceres de nº 2.440.198 e 2.538.248, respectivamente.

4. RESULTADOS

Os participantes foram 15 pais ou responsáveis pelas crianças e os depoimentos foram organizados em três categorias, nomeadas após a análise do conteúdo latente: “O tempo de hospitalização sendo ocupado”; “O vínculo criado pelas brincadeiras entre os responsáveis e as crianças”; e “O brincar como recurso terapêutico”.

4.1 O tempo de hospitalização sendo ocupado

Os relatos enfatizaram a importância do local de brincar, pois as crianças anseiam por estar ali e permanecem felizes, por longos períodos de tempo que preenchem a lacuna gerada pela internação:

"Amanhece o dia e minha neta já chama para ir à brinquedoteca. Se não fosse isso, as crianças ficariam presas aqui, sem ter o que fazer." (E1)

"Depois que meu filho saiu da soroterapia e passou a frequentar a brinquedoteca, ficou mais alegre. Quer ficar lá o dia inteiro, pois gosta muito de videogame, quebra-cabeça, ele gosta de tudo." (E6)

A ociosidade, a distância da casa e o clima dos hospitais são amenizados, segundo os adultos:

"No hospital o local de brincar é o máximo, por ocupar e distrair o menino. Ele está ótimo! A brinquedoteca é uma distração." (E3)

"Fora de casa a criança fica inquieta, tem que ter uma distração. Televisão ajuda, mas o espaço de brincar eu nunca vi em lugar algum. Muito bom." (E8).

"Cada dia é diferente: artesanato, contação de história, e tudo faz o tempo passar mais rápido." (E5)

Para os pais e responsáveis a brinquedoteca hospitalar é um espaço de alegria e distração, além de ocupar o tempo da criança. Como os adultos estão sempre juntos, fortalece os laços familiares.

4.2 O vínculo criado pelas brincadeiras entre os responsáveis e as crianças

Ao brincar com os pequenos, a aproximação gerada pela brinquedoteca, foi assim revelada:

"Acho muito importante brincar com ele (referindo-se ao filho). Ele pode contar comigo." (E13)

"Gosto de brincar com ele (referindo-se ao neto), porque fica muito alegre, virou outra pessoa." (E12)

Brincar permite maior interação dos pais e responsáveis e, ainda, segundo os entrevistados, auxilia no desenvolvimento, pelo convívio com outras crianças:

"Acho importante participar de perto, porque vejo como está o seu desenvolvimento." (E4)

"Depois que minha filha veio brincar ela ficou mais envolvida, mais esperta, convive com as pessoas. Assim, a criança desenvolve mais pelo fato de conviver com outras crianças." (E9)

A brinquedoteca permite, além da interação, lembranças da própria infância dos adultos:

"Qualquer pai que teve infância e ao ver o espaço já vira criança, é importante brincar com ela. Eu acho que os pais devem participar, você ensina e a criança também nos ensina (se emociona)." (E8)

Na interação infantil brincar é fundamental para passar o tempo, distrair os pequenos e promover a aproximação entre os adultos e suas crianças. Os benefícios advindos relacionam-se à adaptação ao ambiente hospitalar, aderência ao tratamento e recuperação da saúde.

4.3 O brincar como recurso terapêutico

Para os adultos, brincar reduz a irritabilidade dos pequenos e a intolerância ao ambiente hospitalar:

"Acho a brinquedoteca uma ideia boa, reduz o estresse e a vontade de voltar para casa." (E13)

"Mesmo sentindo dor, ela (referindo-se à neta) vem para cá e, em instantes, já está melhor." (E11)

"O comportamento de meu filho estava horroroso, ele batia em tudo e em todos, queria ir embora, gritava e acordava as pessoas de madrugada. Agora, depois que começou a brincar, está muito tranquilo." (E7)

Os participantes relacionam a brinquedoteca ao tratamento e à recuperação mais rápida da criança. Citam redução no uso de medicamentos, estabilização de marcadores clínicos e melhora no humor:

"Ele era nervoso e agitado. Agora está mais calmo. Também tem diabetes, a glicose estava muito alta e ficar brincando lá, tem deixado a glicemia na faixa dos 100, 120." (E2)

"Você acha que meu neto parava aqui, no hospital? Não, era agitado, tomava três calmantes, mas agora diminuiu." (E12)

De alguma forma, a brinquedoteca reduz as tensões provocadas pela internação e promove a adesão das crianças ao tratamento:

"Ontem meu filho melhorou e interagiu com as outras crianças. Antes só ficava deitado. Agora como ele gasta as energias na brinquedoteca, dorme a noite toda." (E7)

"Vejo que é um estímulo interessante. Minha menina chegou e já esqueceu da dor (risos). O ambiente influencia e ela reage melhor ao tratamento." (E14)

Na visão dos pais e acompanhantes a internação hospitalar de suas crianças é um processo doloroso para eles e para os pequenos. Afirmam que a brinquedoteca é um espaço para distração e que favorece a sua aproximação com as crianças. Além disso, os depoimentos ressaltaram a percepção da visão terapêutica do lúdico, na melhoria das relações, aceitação do tratamento e evolução favorável.

5. DISCUSSÃO

A brinquedoteca foi referida pelos pais ou responsáveis como um local de distração que descaracteriza o ambiente hospitalar. Trata-se de um espaço importante para crianças hospitalizadas por ser colorido e alegre e onde podem vivenciar o mundo da imaginação e da criatividade (Oliveira, Silva, & Fantacini, 2016). Durante o tratamento o lúdico traz benefícios e contribui como um motivador para trazer de volta a autoestima dos pequenos ao mudar o foco sobre a doença e a hospitalização (Diogo, 2016; Rockembach, Espinosa, Cecagno, Thumé, & Soares, 2017), como evidenciado nos depoimentos.

A maioria dos pais ou responsáveis enalteceu a alegria e a felicidade das crianças ao frequentar o espaço de brincar. A literatura reforça o achado ao defender que o lúdico nos hospitais potencializa o processo de adaptação pela alegria, descontração e bem estar

emocional e comportamental em um ambiente mais agradável (Paula Marques, Garcia, Andres, Luz, Rocha, & Souza, 2016; Jiang, 2020). Além do acolhimento, concorre para a segurança, ao diminuir a ansiedade e angústia geradas pela ameaça do desconhecido, o medo e o estresse recorrente. A partir do brinqueado e da rotina de brincar os pequenos podem elaborar seus sentimentos, enquanto hospitalizados (Diogo, 2016; Silva, Pizzoli, Amorim, Pinheiros, Romanini, Silva,... Alves, 2016; Nurwulansari, Ashar, Huriati, & Syarif, 2019), o que foi percebido pelos pais e responsáveis no formato de adesão ao tratamento, tranquilidade durante a hospitalização e mais alegria.

O aspecto "encantador" do espaço de brincar, com ênfase nos relacionamentos construídos, tão evidenciado nos depoimentos, traduziu-se no desejo de maior tempo de permanência na brinquedoteca. Um estudo sobre o lúdico no cuidado à criança e adolescente com câncer, na perspectiva da equipe de Enfermagem, afirma que o fato de uma permanência maior nos quartos, onde há apenas adultos, acarreta sentimento de solidão. No entanto, o brincar com outras crianças promove interação e aproximação com seus pares (Paula Marques, Garcia, Andres, Luz, Rocha, & Souza, 2016). Não deixa de ser espaço protetor que melhora o humor e ameniza o sofrimento para maior entendimento do processo de adoecimento pelas informações e elaboração de significados (Silva, Pizzoli, Amorim, Pinheiros, Romanini, Silva,... Alves, 2016; Lucietto, Lima, Gleriano, Justi, Silva, & Borges, 2018; Gillard, 2019).

Percebeu-se ainda que a hospitalização das crianças se apresenta de forma desafiadora tanto para os pequenos, quanto para seus familiares, que necessitam alterar a rotina para acompanhar seus filhos durante o processo de internação. A brinquedoteca demonstra sua importância como um espaço prazeroso, que permite o fortalecimento de vínculos ali cultivados, a partir de momentos descontraídos advindos das atividades e brincadeiras, risos e troca de atenção e carinho.

Ademais, emergiu a influência do lúdico para os adultos, diante da possibilidade de dividirem espaço e brincadeiras. Vários depoentes remeteram a lembranças do tempo em que, também, foram crianças. O espaço lúdico e terapêutico, de fato, permite uma aproximação entre pais e filhos, ao retirar, mesmo que, momentaneamente, o foco da doença e possuir várias representações. A criança se diverte, ao mesmo tempo que enfrenta e se adapta à vivência e não deixa de ser também um local de formação de cidadania (Nascimento, Madeira, Costa, Julião, & Amorim, 2016; Paula Marques, Garcia, Andres, Luz, Rocha, & Souza, 2016). Possibilita que o acompanhante esteja mais próximo da criança, atento às

suas necessidades e isso o favorece para que ambos enfrentem juntos o processo (Lucietto, Lima, Gleriano, Justi, Silva, & Borges, 2018). Ao proporcionar maior interação, a partir do brincar, evidenciou-se maior atenção dos adultos ao desenvolvimento infantil e à aquisição de competências como viver em sociedade, respeitar os outros e lidar com sentimentos.

De fato, pesquisas sobre os aspectos pedagógicos dos espaços para brincar, em hospitais, para além de ferramenta que auxilia no cuidado, reforçam os achados em relação à percepção de que a criança aprende e ensina os adultos, além de favorecer a aceitação dos procedimentos intrínsecos ao tratamento.

Uma delas aponta que brincar facilita a adaptação ao novo dia a dia e a compreensão do que se passa na fase vivida, para que a criança se torne autor de sua história (Lucietto, Lima, Gleriano, Justi, Silva, & Borges, 2018). A segunda, defende que a brinquedoteca hospitalar possibilita a interação do menor entre momentos de alegria e prazer e, até mesmo, o esquecimento da razão de estar ali (Oliveira, Silva, & Fantacini, 2016).

Ademais, os adultos perceberam a relevância da brinquedoteca, em uma instituição hospitalar infantil, por proporcionar benefícios que permeiam a aderência à terapia necessária, com maior tranquilidade das crianças. A hipótese formulada de benefícios terapêuticos percebidos pelos adultos em relação a suas crianças, pode ser comprovada, o que significa redução dos impactos da hospitalização (Nurwulansari, Ashar, Huriati, & Syarif, 2019). Na literatura, os achados enaltecem a importância do brincar na internação pediátrica ou, especificamente, antes e durante os procedimentos hospitalares necessários e concluíram que as atividades lúdicas proporcionam bem-estar e ajudam na recuperação (Jiang, 2020). As crianças com medo, silenciosas e não cooperativas alteraram comportamentos, o que sugere espontaneidade para cooperar e melhor aceitar o tratamento. Assim, a brinquedoteca favorece interações sociais, reduzem a dor e concorrem para a melhora clínica (Diogo, 2016; Oliveira, Silva, & Fantacini, 2016; Silva, Pizzoli, Amorim, Pinheiros, Romanini, Silva,...Alves, 2016; Rockembach, Espinosa, Cecagno, Thumé, & Soares, 2017; Gillard, 2019).

Isso posto, o estudo permitiu compreender a percepção dos pais e responsáveis sobre o papel da brinquedoteca na recuperação de sua criança em uma unidade pediátrica hospitalar. A análise em profundidade dos depoimentos, pelo referencial metodológico e sua comparação com a literatura atual sobre o tema foram fundamentais para problematizar e apontar caminhos que, segundo Brandão, Ribeiro e Costa (2018), permitem conhecer,

perceber e intervir sobre questões identificadas. Pode-se afirmar que somente a abordagem qualitativa, livre das amarras numéricas, é capaz de analisar o subjetivo, dar voz e potencializar o exercício dessa cidadania.

A pesquisa possui limitações por ter sido desenvolvida em apenas uma instituição hospitalar, que poderia representar apenas a realidade local, apesar de ser considerada serviço de referência no Estado para atendimento pediátrico. Porém, mais que generalizações, buscou-se o despertar para novos caminhos que qualifiquem o cuidado pediátrico. Outros estudos que abordem as demais facetas assistenciais devem se constituir. Por exemplo, a própria visão da criança, ou mesmo, dos profissionais de saúde, no desempenho de suas atividades, na presença ou ausência de brinquedotecas.

6. CONCLUSÕES

A hospitalização pediátrica é um processo complexo, pois a criança é retirada de seu ambiente habitual e inserida em um local desconhecido, distante de seus objetos, de sua rotina e de seus hábitos. O menor tende a apresentar dificuldade na adesão ao tratamento hospitalar e, tal resistência, se manifesta a partir de comportamentos, como irritabilidade, choro e negação aos procedimentos.

Mecanismos como a ludoterapia, são capazes de amenizar o sofrimento advindo da internação, ao aproximar a criança do contexto ao qual ela já possui identificação. A partir do ato de brincar, pais e responsáveis percebem a redução das tensões em suas crianças hospitalizadas, o aumento de sua autoestima e sensação de segurança, o que contribui para sua recuperação.

A abordagem qualitativa no estudo permitiu concluir que a sala de brincar e as atividades ali desenvolvidas são terapêuticas, assim como está sustentado pela literatura. Os benefícios elencados envolvem desde a ocupação do tempo e diversão, até o fortalecimento de dos laços afetivos entre os pequenos e seus familiares.

A contribuição na adaptação ao ambiente hospitalar e na aderência ao tratamento é visível, por pais e acompanhantes, para a recuperação dos pequenos.

Gestores e administradores poderiam introduzir, otimizar e valorizar o espaço de brincar, com vistas à redução do tempo de internação, maior rotatividade de leitos, redução da

angústia de pais, responsáveis e das próprias crianças ao vivenciar a experiência da hospitalização.

7. REFERÊNCIAS

- Araújo, R. A. S., Ribeiro, M. C. O., Sobral, A. L. O., Silva, F. A., & Faro, A. (2017). Uso de atividades lúdicas no processo de humanização em ambiente hospitalar pediátrico: relato de experiência. *Interfaces - Revista de Extensão da UFMG*, 5(1), 166-172. <https://www.ufmg.br/proex/revistainterfaces/index.php/IREXT/article/view/124>
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Brandão, C., Ribeiro, J., & Costa, A. P. (2018). Investigação qualitativa: em que ponto estamos? *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(1), 4. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.27992017>
- Brasil. (2012). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Conceição, L. S. (2016). A influência do lúdico no cuidado e tratamento de crianças hospitalizadas. *Psicologia. PT. O portal dos psicólogos*. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1002.pdf>
- Diogo, J. S. (2016). Brinquedoteca hospitalar: a importância do brincar durante o processo de tratamento infantil na internação. *Psicologia. PT. O Portal dos Psicólogos*. https://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?brinquedoteca-hospitalar-a-importancia-do-brincar-durante-o-processo-de-tratamento-infantil-na-internacao&codigo=A1010
- Gabatz, R. I. B., Terra, A. P., Couto, G. R., Milbrath, V. M., & Schwartz, E. (2017). Hospitalization in the child's perspective: an integrative review. *Revista de enfermagem*, 11(2), 703-711. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i2a11988p703-711-2017>
- Gillard, A. (2019). Outcomes of a hospital-based recreation program. *Children and Youth Services Review*, 96, 79-83. <https://doi.org/10.1016/j.chilcyouth.2018.11.037>
- Jiang, S. (2020). Positive Distractions and Play in the public Spaces of Pediatric Healthcare Environments: A Literature Review. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*. <https://doi.org/10.1177/1937586720901707>
- Leite, T. M. C., Vergílio, M. S. T. G., & Silva, E. M. (2017). Pediatric nurse's work process: a reality to be transformed. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 18(1), 26-34. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2017000100005>
- Lucietto, G. C., Lima, L. T. S., Gleriano, J. S., Justi, J., Silva, R. A., & Borges, A. P. (2018). Toy library as supporting tool in care: perception of nursing professionals. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, 12(10), 26-34. <https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/sauadeDesenvolvimento/article/view/870>
- Marcolin, M., Marcolin, G. C. A., Souza, A. R., & Barbosa, A. C. R. (2016). Implantação de uma brinquedoteca no setor pediátrico do Hospital Municipal Santana de Carandaí, Minas Gerais: um relato de experiência. *Journal of Management and Primary Health Care*, 7(1), 98. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v7i1.424>
- Nascimento, R. R., Madeira, M. Z. A., Costa, M. S. A., Julião, A. M. S., & Amorim, F. C. M. (2016). The play area as a tool in assisting the child hospitalized, about the look of the caretaker. *Revista Interdisciplinar*, 9(2), 29-37. https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/885/pdf_309

- Nurwulansari, N., Ashar, M. U., Huriati, H., & Syarif, S. (2019). The Effect of Constructive Play Therapy on Anxiety Levels of Preschool Children Due to Hospitalization. *Journal of Health Science and Prevention*, 3(3S), 72-78. <https://doi.org/10.29080/jhsp.v3i3S.282>
- Oliveira, E. F., Silva, V. M., & Fantacini, R. A. F. (2016). Hospitals pedagogy: the toy library environments in hospital. *Research, Society and Development*, 1(1), 88-104. <https://doi.org/10.17648/rsd-v1i1.6>
- Paula Marques, E., Garcia, T. M. B., Andres, J. C., Luz, J. H., Rocha, P. K., & Souza, S. (2016). Playful activities in health care for children and adolescents with cancer: the perspectives of the nursing staff. *Escola Anna Nery*, 20(3), e20160073. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160073>
- Pinto, M. B., Andrade, L. D. F., Medeiros, A. P. G., Santos, G. L. O., Queiroz, R., & Jales, R. D. (2015). Atividade Lúdica e sua importância na Hospitalização infantil: uma revisão integrativa. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, 13(2), 298-312. <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v13i1.2292>
- Rockembach, J. A., Espinosa, T. A., Cecagno, D., Thumé, E., & Soares, D. C. (2017). Inserção do lúdico como facilitador da hospitalização na infância: percepção dos pais. *Journal of Nursing and Health*, 7(2), 117-126. <https://doi.org/10.15210/jonah.v7i2.7646>
- Silva, D. F., & Brandão, E. C. (2017). As práticas lúdicas no cotidiano do cuidar em enfermagem pediátrica. *Revista de Enfermagem da Faciplac*, 1(1), 1-2. file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/266-565-1-SM.pdf
- Silva, J. R. S., Pizzoli, L. M., Amorim, A. R., Pinheiros, F. T., Romanini, G. C., Silva, J. G.,... Alves, S. S. (2016). Using Therapeutic Toys to Facilitate Venipuncture Procedure in Preschool Children. *Pediatric Nursing*, 42(2), 61-68. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27254974>

PROPUESTA UNIVERSITARIA DE EDUCACIÓN EN COLOMBIA: “PROFESIONAL DE LA VIDA COMUNITARIA Y LA PAZ”

Lyla Piedad Velosa Amature¹, César Mauricio Junca Rodríguez¹ y Jonh Harold Estrada Montoya¹

¹Universidad Nacional de Colombia, Colombia. lpvelosy@gmail.com; cesarjunca@autistici.org; jhestradam@gmail.com

Resumen. Introducción: La educación comunitaria tradicional ha desconocido a los sectores populares por considerarlos ignorantes y los responsabiliza y culpabiliza por su mala salud. Sus modos de organización que les permiten resolver los problemas diarios con saberes y prácticas propias, han sido poco explorados. Objetivos: Proponer un proyecto educativo para la vida y la paz desde una praxis transformadora. Métodos: Investigación cualitativa crítico-hermenéutica, fundamentada en la Investigación Acción Participativa y en la Educación Popular. Se sistematiza un proyecto de extensión solidaria anual realizado por casi 20 años por profesores y estudiantes de una Universidad colombiana con comunidades urbanas, indígenas y rurales. Se realizaron 12 historias de vida y se acompañó a 25 estudiantes en sus trabajos de grado en temas relacionados con dicha propuesta. Resultados: Se presentan las reflexiones de las historias de vida y del acompañamiento de la Universidad a comunidades marginalizadas que cristalizan en el Programa del *Profesional de la Vida Comunitaria y la Paz*. Conclusiones: La salud pública debe acercarse a los sectores populares desde un horizonte de sentido político particular y reconocer el saber popular como una forma de construcción de mundo con la que podrá ampliar su perspectiva de aproximación y de trabajo.

Palabras clave: Investigación Cualitativa; Agentes Comunitarios de Salud; Participación Social; Efectos Colectivos de las Desigualdades en Salud; Educación en Salud.

UNIVERSITY EDUCATION PROPOSAL IN COLOMBIA: "PROFESSIONAL OF COMMUNITY LIFE AND PEACE"

Abstract. Introduction: Traditional community education has ignored popular sectors because they consider them ignorant and blames them for their poor health. Their modes of social organization that allow them to solve daily problems with their own knowledge and practices have been little explored. Objectives: To propose an educational project for life and peace from a transformative praxis. Methods: Hermeneutic critical qualitative research, based on Participatory Action Research and Popular Education. An annual solidarity extension project carried out for almost 20 years by professors and students of a Colombian University with native, urban and rural communities is systematized. 12 life stories were made and 25 students were accompanied in their degree work on topics related to the proposal. Results: The reflections of life stories and the accompaniment of the University are presented to marginalized communities that crystallize in the Community Life and Peace Professional Program. Conclusions: Public health must approach popular sectors from a particular political sense horizon and recognize popular knowledge as a way of building the world with which it is necessary to broaden their approach and work perspective.

Keywords: Qualitative Research; Community Participation; Socioeconomic Factors; Health Education; Curriculum.

1. INTRODUCCIÓN

Los programas educativos en el área de la salud, en relación con la extensión universitaria, tanto de carácter preventivo de la enfermedad como de promoción de la salud se han realizado tradicionalmente desde la lógica y los criterios del paradigma de la medicina

científica que no brinda una mirada integral en la comprensión de la salud. Dichos programas no han tenido suficientemente en cuenta la cultura, los intereses, lógicas y condiciones económicas de los sujetos a quienes se pretende hacer cambiar de hábitos, costumbres o supuestamente sacar de la ignorancia en la que se hallan y que los ha llevado a vivir en las condiciones de vida en las que se encuentran, desconociendo que son las condiciones estructurales económicas, sociales, históricas, culturales y políticas las que han hecho que el sector popular viva como vive, sea lo que es y exista en las condiciones que existe y no de otra manera, como suponen los profesionales que abordan las comunidades con el ánimo y la buena intención de brindar mejor salud, esperando que con campañas educativas, brigadas de salud y programas de extensión realizadas de manera intermitente en las comunidades, según los tiempos académicos, se resuelvan los malos hábitos en salud y se adquieran las costumbres necesarias para prevenir la enfermedad, sin que se incida en los verdaderos problemas que producen la enfermedad (Quevedo, 1992).

Es decir, que si el concepto de salud se reduce a un estado, a no estar enfermo, a no tener signos y síntomas ya clasificados y a evitar los factores causales individuales o del medio ambiente, se desconoce que el mundo de lo social y cultural brinda un espacio para la comprensión de la vida como un proceso histórico y político que abre infinitas puertas de explicaciones y soluciones enmarcadas en la promoción de la vida con calidad y en dignidad. El estilo de vida impuesto y extendido por el modo de producción capitalista determina los criterios y las condiciones para definir lo que es la salud y la enfermedad. Entonces, tendríamos salud capitalista, enfermedad capitalista y salud pública capitalista. Que es una forma de vida pero que aparece como si fuera la única forma de vida. En el modo de vida del capitalismo hay otras formas de vivir que, aunque no consideradas, son el diario vivir de la mayoría de los pueblos en la tierra. En Latinoamérica la mayoría vive en condiciones de pobreza y con limitaciones materiales inmensas. Estas condiciones en que viven las comunidades, son generadas por prácticas sociales, culturales, históricas y políticas de exclusión que están generalizadas en el Continente como modos de relación social dominante.

Las comunidades, tienen modos de organización social que les permiten resolver los problemas diarios con un saber y prácticas propias. Esas condiciones son las que mediante procesos de acompañamiento e intervención, hemos querido comprender y ayudar a transformar si fuese necesario. Ese saber es el que reconocemos en esta investigación como el saber de los sectores populares, de las clases populares de Latinoamérica.

En el año de 1997 la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia implementó un nuevo plan de estudios con el que se logró un avance en la formación de los estudiantes por el criterio integrador, buscando superar la desarticulación entre la Facultad y otras carreras de la Universidad, entre la teoría y la práctica, entre lo individual y lo colectivo, entre la docencia y la investigación; igualmente, permitió enfatizar por primera vez de manera diferente en el componente comunitario a través de una propuesta denominada “*Línea de Profundización Salud Familiar y Comunitaria*”, brindada a los estudiantes del último año de la carrera, que pueden elegirla de manera optativa entre 6 propuestas diferentes, disponibles en la Facultad. Para esta investigación, los estudiantes que durante estos casi 20 años han cursado la línea de profundización, se convierten en actores imprescindibles por sus aportes en investigación e interacción con las comunidades urbanas y rurales, campesinas e indígenas con que hemos trabajado.

Gracias al acumulado educativo e investigativo de los investigadores principales de este proyecto, que tiene un fuerte énfasis en extensión solidaria, es que se ha podido llegar al nivel de desarrollo que se tiene en el terreno del trabajo con comunidades rurales y urbanas empobrecidas y con grupos indígenas, acumulado que nos permite haber construido una propuesta de comprensión y de interacción con dichas comunidades que transforma el asistencialismo y contribuye, desde el sector educativo, a la superación de la pobreza, la injusticia social y los enormes niveles de desigualdad que han hecho tan doloroso el proyecto de vida en dichos sectores. La contribución principal desde la Universidad Pública, se centra en la construcción de un proyecto educativo comunitario de promoción de la vida y de la paz, con los sectores populares, urbanos y marginales y las comunidades indígenas, a partir de sus propios y principales intereses, de sus prácticas y escenarios cotidianos y de sus dinámicas de autogestión y desarrollo comunitario, con el ánimo de contribuir a la salud a través de la elevación de la calidad de vida de las comunidades y la formación humanística de los futuros profesionales, superando así el reducido espacio que en salud oral se ha trabajado tradicionalmente y que limita de marcada manera el accionar tanto teórico como práctico a la cavidad oral cuando no únicamente a los dientes.

Ha llegado el momento de abordar otras metodologías como las que brindan los espacios interdisciplinarios y que recogen los trabajos de investigación y extensión solidaria, ya realizados y que están más acordes con las circunstancias actuales colombianas y

latinoamericanas (Mejía, 1999). Es, en el terreno de la educación, desde las opciones transdisciplinarias, contextualizando críticamente las teorías, con prácticas comunitarias y a la luz de lo que conocemos como los paradigmas emergentes (Bautista, 2014; Carr, 1988), que nos disponemos a construir una praxis desde lo social que permita superar las limitaciones del biologismo, del funcionalismo, del academicismo y del conductismo para lograr una acción transformadora en relación con la naturaleza y con los demás hombres superando la díada salud-enfermedad y enriqueciendo con categorías mucho más amplias como: calidad de vida, cultura, vida cotidiana, género, lenguaje, trabajo, ingreso y salud colectiva y comunitaria que contribuyen a la promoción de la vida en dignidad y con ésta a la construcción de condiciones sociales más justas, equitativas y legítimas que redundarán en la consolidación de una vida saludable para los colectivos y comunidades colombianas (Mariño, 1992; Mariño, 1994).

El saber en la construcción de la vida colectiva tiene otras maneras de hacerse, parte de lo cotidiano, la práctica, lo compartido, lo contradictorio y lo imprevisto. Ese modo de creación del conocimiento tiene una historia, su trayectoria (Mejía, 1999). Es un saber que parte de la acción humana concreta sobre la cotidianidad, que cambia según las condiciones sociales, culturales, económicas y políticas en un momento y lugar específicos y que se hace desde el interés y la situación de los sectores populares (Freire, 1975; Freire, 1997). La propuesta de salud en paz se acerca a una perspectiva de conocimiento creada en el sur global como un aporte de Latinoamérica a las epistemologías del Sur (De Sousa, 2014; Bautista, 2014). Ante las condiciones de pobreza y exclusión en que se encuentran los sectores populares e indígenas que conllevan a altas tasas de mortalidad, niveles elevados de enfermedad general y oral y por ende una baja calidad de vida, cabe la pregunta: ¿Cómo reorientar los programas educativos universitarios de trabajo comunitario desde el área de la salud, para incidir positivamente en la promoción de la vida y la paz en los sectores indígenas, populares-urbanos-marginales e implementarlo en una sede de la Universidad Nacional de Colombia?

2. OBJETIVOS

Contribuir con una propuesta educativa desde la educación superior -partiendo del contexto económico, político y social colombiano- a la promoción de la vida comunitaria y de la paz con los sectores indígenas, populares-urbanos-marginales, recogiendo la experiencia de la praxis transformadora que durante los pasados 20 años ha venido construyéndose desde la

Facultad de Odontología por profesores y estudiantes con los sectores populares de diferentes regiones del país.

3. METODOLOGÍA

Esta investigación es de corte cualitativo con un carácter crítico, hermenéutico, es decir, interpretativo y con un sentido educativo prospectivo, inscrita epistemológicamente en las corrientes de la **Investigación-Acción-Participativa** (IAP) y la **Educación Popular** (EP). Bajo la denominación de enfoque cualitativo de investigación social educativa se entienden todas aquellas metodologías orientadas a describir e interpretar críticamente determinados contextos y situaciones de la realidad social, buscando la comprensión de la lógica de sus relaciones, así como las interpretaciones dadas por sus protagonistas, con el ánimo de lograr transformaciones que permitan elevar las condiciones de vida de los individuos en los que se centra la investigación (Arnal, 1992; Bonilla, 1993; Bouché, 1994; Carr, 1988; Delgado, 1994; Goetz, 1988; Mariño, 1994; Mejía, 1999; Taylor & Bogdan, 1986).

Los anteriores rasgos se aproximan a lo que en la clasificación hecha por Habermas para la investigación en las ciencias sociales son las metodologías histórico-hermenéuticas y crítico-sociales (Habermas, 1987). De manera muy general podemos afirmar que, la academia tiene los conocimientos disciplinares, es letrada e institucional; los saberes de los sectores populares son fundamentalmente orales, tradicionales y locales. Para que estas dos grandes realidades, academia y sectores populares, encuentren la capacidad de dialogar, necesariamente debe aflorar el infinito mundo de la cultura. Como académicos, para cumplir con los principios de la I.A.P, hemos utilizado herramientas de investigación como la etnografía multisituada, la autoetnografía, la observación participante, las entrevistas estructuradas, las historias de vida, entre otras, para desentrañar, reconocer e interpretar las lógicas que subyacen a las prácticas sociales para entablar los tan conocidos diálogos de saberes e interculturales (Fals Borda, 1999; Goetz, 1988; Molano, 1998). En el componente de la Acción y la Participación, ha sido indispensable que los futuros profesionales, tengan o adquieran una voluntad, un gusto por su quehacer comunitario, que es indispensable para lograr la puesta en marcha del trabajo a través de la educación popular realizada con las comunidades participantes. La Educación Popular es: política, intercultural; promotora de la convivencia; defensora de la paz; contextual; dialógica y crítica. Nadie sabe todo, nadie ignora todo, no existe la tábula rasa en los actores de los procesos educativos (Freire, 1975; Freire, 1997). La I.A.P es una forma de conocimiento que implica al otro como sujeto en la

construcción de saber, desde los intereses de las comunidades y para la transformación de la realidad. Es un modo de investigar en el que el sentimiento, el pensamiento y la acción se conjugan para que la vida sea otra, se cambie, se haga para satisfacer las necesidades de las personas. El saber de los sectores populares es una forma de conocimiento que, desde lo inmediato, lo sensible, lo poético y lo imaginario hace que la práctica cotidiana, el quehacer concreto y la producción material se constituyan en elementos fundamentales para crear la vida colectiva. Es lo que Orlando Fals Borda llama ciencia popular: un conjunto de conocimientos y procedimientos para aprender del mundo y transformarlo desde la mirada de los sectores populares (Fals Borda, 1999). Teniendo en cuenta el carácter de I.A.P y de E.P de esta Propuesta Educativa, el desarrollo del trabajo de investigación se organizó en cinco fases que se entrelazan y se encuentran simultáneamente durante la investigación, la acción y la participación. Las fases se presentan desde la perspectiva académica y no como una organización cronológica y secuencial de los hechos, ya que en la vida cotidiana éstos se cruzan dependiendo del mismo desarrollo del proceso y como tal se ajustan a la dinámica propia de la investigación (Wittrock, 1989a; 1989b).

3.1 Primera Fase

Aproximación teórica a los temas de contexto político, económico y social especialmente en el terreno de la educación universitaria. La tarea inicial consistió en realizar lecturas teóricas que apoyaran la profundización y problematización del campo. Los criterios de selección de los documentos de archivo y actuales que se revisaron fueron: reconocimiento nacional e internacional de los autores como autoridades en la materia, la pertinencia y actualidad con relación a los temas. Esta revisión teórica se realizó desde un punto de vista crítico, interpretando las lecturas a la luz de su aporte a los intereses de esta investigación en seminarios profesoraes semestrales y utilizando las más relevantes en la programación académica con los estudiantes que ingresaban a la línea cada año.

3.2 Segunda Fase

Realización de 12 entrevistas a profundidad para obtener los relatos de los actores clave: 7 a hombres y mujeres, representativas del sector popular-urbano-marginal (realizadas por una de las investigadoras principales como parte de su tesis doctoral, I-1), tres a educadores populares reconocidos por su trascendencia nacional e internacional (realizadas por uno de los investigadores como parte de su formación de maestría, I-2) y dos a los profesores

fundadores y mayores impulsores de la iniciativa (realizadas por el tercer investigador como proyecto de año sabático, I-3). Esta fase consistió en invitar a los actores clave representativos para los fines de la investigación, contando con su libre participación y el deseo de aportar con sus relatos. Para este trabajo, las personas elegidas han mantenido por más de 5 y hasta 10 años, una estrecha relación afectiva y de constante participación con el equipo de investigación. La temática de la entrevista se anunció con suficiente antelación a través de una invitación verbal, en la cual se precisaban el día, la hora, los temas y el anuncio de algunos interrogantes que era necesario abordar durante la entrevista, así como el consentimiento informado. Las entrevistas fueron grabadas con el propósito de favorecer la recuperación y elaboración de las historias de vida en el marco de la investigación (Alonso, 1994; Cuevas, 2001; Molano, 1998).

3.3 Tercera Fase

Acompañamiento de I@s docentes a la realización de más de 30 trabajos de grado en modalidad e investigación cualitativa o mixta de los estudiantes participantes durante 12 años.

3.4 Cuarta Fase

Análisis e interpretación documental. Los documentos que enriquecieron el marco teórico, las entrevistas, los relatos de todos los participantes, los resultados de los trabajos de grado de los estudiantes y los diarios de campo de cada año académico, fueron analizados y leídos durante un año en la modalidad de Seminario Alemán por los tres investigadores principales, dos profesores y tres estudiantes participantes del proceso. Esta lectura se realizó críticamente a la luz del contexto nacional -que pasó de un conflicto armado de casi 60 años a un proceso de implementación del Acuerdo de Paz- y la recuperación de las historias de vida junto con la interacción de los participantes con los actores clave, todo lo cual permitió la estructuración de la propuesta educativa para la promoción de la vida y la paz. La tarea de analizar la información se realizó fundamentalmente sobre las categorías de análisis que fueron apareciendo en las sesiones de los seminarios. Las categorías de análisis más significativas se refieren a lo: político, popular, urbano, marginal, económico, cultural, al contexto social, la solidaridad, el trabajo, la protección, el afecto, el género, el entendimiento, la subsistencia, la libertad, las violencias, la identidad entre otras. El contenido analítico de la investigación dedicó especial atención a la lectura crítica del marco

teórico y de las historias de vida surgidas de las narraciones de las entrevistas. De todas ellas emanar las ideas centrales que se tuvieron en cuenta para pensar los contenidos de la propuesta educativa.

3.5 Quinta Fase

Una vez realizado el análisis de los documentos, llevadas a cabo las entrevistas, recuperadas las historias de vida, hechas las lecturas críticas y recogiendo la experiencia de los años de docencia, investigación y extensión solidaria con los sectores populares, urbanos, marginales y comunidades indígenas de los tres investigadores principales, se presenta como conclusión y aporte de la investigación, la propuesta educativa con los sectores indígenas y populares-urbano-marginales que hemos denominado “*Profesional de la Vida Comunitaria y la Paz*” (Barahona, 2000; Mejía, 1999) y refleja la necesidad de una educación pública al servicio de las mayorías de los colombianos. La propuesta compromete a diferentes sedes, facultades y profesores de la Universidad, se han elaborado sus contenidos programáticos y se ha presentado en las diferentes instancias institucionales para su aprobación definitiva y posible puesta en marcha en 2021. Este proceso que ha durado casi tres años se encuentra en la etapa final que busca su aprobación e implementación por el Concejo Superior Universitario de la Universidad Nacional de Colombia, pretende desarrollarse en una de las sedes de frontera, precisamente denominada Sede La Paz, ubicada en una de las zonas más golpeada por el conflicto, donde la Universidad construyó y puso en marcha una de sus sedes hace dos años.

4. CONCLUSIONES

En la investigación se reconstruyeron historias de vida a través de narraciones que permitieron capturar la magia del relato, la fantasía del encuentro entre narrador y oyente. Las historias de vida de los participantes permitieron interpretar los significados de las situaciones particulares e individuales como reflejos y consecuencias de la historia del país en su variada geografía. Es decir, que el proceso y el resultado de las vidas de nuestros actores clave y de nosotros mismos, no es ajeno al contexto histórico, económico, político y social del país. Igualmente, ellos permitieron la comprensión de las realidades colombianas tales como la exclusión, el papel de los hombres y sobre todo de las mujeres en los sectores populares, las características del sector popular-urbano-marginal y de esta forma aportar al trabajo de extensión solidaria y educación popular de los docentes, desde la interacción social, hasta formas apropiadas de investigación transformadora para profesores y

estudiantes interesados en comprender y aportar a la resolución de los problemas urgentes del país, en donde el más sentido es la violencia contra los líderes sociales y defensores de los derechos humanos, así como, la profunda injusticia social de carácter estructural en que viven los colombianos.

Con la investigación se hizo una aproximación global a la situación social y a la educativa superior colombianas para explorarlas, describirlas y comprenderlas de manera crítica y proponer a las autoridades universitarias un nuevo proyecto educativo a ser implementado en una de las que fueran zonas del conflicto. Lo anterior supone que las personas involucradas directamente en la investigación comparten un mismo contexto, no son sujetos aislados, sino que interactúan. Aunque cada contexto y experiencia social sea particular, guarda relaciones estructurales, históricas y culturales con conjuntos más vastos de población, de o que dieron cuenta los trabajos de grado realizados por los estudiantes, que clasificamos según su énfasis en: énfasis étnico, énfasis etnológico, énfasis en calidad de vida y vida buena, énfasis en educación popular, énfasis en economía popular, énfasis en desplazamiento forzado, énfasis en Derechos Humanos, Énfasis en bioética, énfasis en diseño curricular y énfasis en la reconstrucción del tejido social antes y después del Acuerdo de Paz entre la guerrilla de las F.A.R.C. y el Gobierno Colombiano.

La I.A.P y la E.P, como las hemos implementado y experimentado en este proyecto, pueden ser usadas en otros contextos para enriquecer y ampliar la perspectiva de la salud pública. La contextualizan según un lugar y un momento, un territorio y una época, la orientan según unos sujetos y unas circunstancias, una clase y una historia, la proyectan según unos intereses y unos deseos, una liberación y una humanización. La salud pública puede partir de la vida cotidiana y concreta de las mayorías excluidas y marginalizadas para crear condiciones de vida materiales dignas, humanas y justas.

Nos fuimos al maravilloso encuentro con las comunidades marginalizadas, con las mujeres del sector popular, con el inmenso mundo de saberes y formas de hacer la vida de las madres comunitarias, con la alegría de los niños y con las mil una anécdotas que vivíamos a diario en las calles, en los barrios, en las cocinas, en el fogón, en las asambleas, en la larga fila para recoger agua y en los generosos y pequeños espacios de las casas del sector. El trabajo de salud en paz nos invita a trabajar con las comunidades, con las organizaciones sociales, con los colectivos, con los educadores populares, en los lugares donde viven y abordando las necesidades que enfrentan. Es un ejercicio de construcción de soluciones en

lo inmediato que buscan ir dando respuesta a las preguntas que la vida presenta. Es una creación conjunta, donde cada cual llega con lo que tiene y con lo que le falta y mancomunadamente se van creando los aprendizajes, las prácticas y las teorías sobre la vida, la paz y la salud. Nuestros estudiantes encontraban de todo en su trabajo comunitario acompañado por nosotros: economía informal, la que quisieran, trabajadores de todas las ramas de la economía, exceptuando la bancaria, ejemplos de fortaleza ante las tragedias humanas, capacidad de sus habitantes para superar el infortunio, la lluvia, el frío, el barro, los derrumbes, hermandad para ir construyendo las casas de familia en familia, pero ayudando todos, la minga. Sin idealismos, también sabíamos de las peleas, los golpes y los abusos. Es realmente sorprendente lo que ocurre en la cotidianidad de los sectores populares: la enorme capacidad de organización para legalizar los barrios, para mejorar sus viviendas y las condiciones de vida, la infatigable tarea diaria para resolver el hambre y la falta de abrigo, para apoyar a cada miembro de la familia. Las formas de resolver la escasez económica, las dificultades para ingresar y mantener escolarizados a los niños, los problemas propios de la adolescencia y la juventud en medio de tantas carencias.

El desempleo y las formas de acceder al trabajo asalariado, prácticamente imposible por fuera del servicio doméstico, de las celadurías o de la construcción (al destajo). En fin, lo enunciado es una pequeñísima muestra del enorme mundo en las localidades y municipios más pobres de Bogotá y del país; son innumerables las historias y relatos que las comunidades refieren al brindar apoyo a las familias desplazadas que todos los días llegan del campo, de la misma Bogotá o de poblaciones de todo el país, como resultado de la guerra, el paramilitarismo, el tráfico de droga y la expansión del latifundio. La universidad tiene el deber moral y ético de acercarse a las comunidades con el fin de aprender, saber, y conocer las realidades materiales, políticas, culturales y sociales, para poder contribuir a las soluciones: inmediatas, mediatas y futuras. Para esto existen recursos teóricos, prácticos y metodológicos. En América Latina nació uno de los grandes pensadores para el trabajo con los sectores más oprimidos, a través de la educación: Paulo Freire, educador de educadores, creador de sueños, quien con sus propuestas pedagógicas maravillosas da esperanza a los más explotados para beneficio de todos, Freire, con sus explicaciones y formas educativas aporta inmensamente al trabajo barrial, social, comunitario y universitario. Creó categorías de análisis y extraordinarias formas de entender la educación liberadora, de resistencia, de la esperanza y de la indignación, realmente un genio de la pedagogía y la conciencia de clase (Freire, 1975; Freire, 1997).

Para fortuna de nosotros aprendimos de la mano y voz del maestro Orlando Fals Borda cómo investigar, cómo accionar y cómo participar sin invadir, con ética y enorme respeto para los pobladores de los sectores populares (Fals Borda, 1999). No como objetos de estudio sino como seres sentipensantes. Alfredo Molano fue quien directa y personalmente nos enseñó a hacer historias de vida y además compartió con nosotros sus formas de andar, de viajar y de investigar (Molano, 1998). Manfred Max Neef fue nuestro cómplice, lo admiramos y leímos muchas veces, su Economía Descalza y su Desarrollo a Escala Humana eran nuestros *leitmotiv* con cada nuevo grupo de estudiantes (Max Neef, 1987; Max Neef, 1989). Los problemas jurídicos nos los resolvía, ni más ni menos, que el gran Eduardo Umaña Luna, un colectivo de abogados y la O.N.G “Salud al Derecho”. Fuimos unos afortunados, crecimos como intelectuales, como ciudadanos, con los infinitos saberes populares aprendimos a respetar a las comunidades desplazadas y excluidas; conocimos más nuestro país y aprendimos a amarlo y por esto mismo a defender a las personas de las comunidades pobres que luchan desde que nacen hasta que se mueren. Sin embargo ellas gozan con todo, hasta sacan risas de las desgracias.

Nuestro horizonte de sentido y comprensión de la investigación cualitativa y del deber ser de la universidad pública tomó otra dirección, realmente nos transformamos, entendimos que sin estudiar la historia, el contexto social, político y cultural que nos atraviesa y el modelo de producción capitalista no éramos capaces de comprender las realidades nuestras, como universitarios y las de ellos como comunidades despojadas de sus territorios, desplazadas y humilladas. El proceso de construcción de una propuesta de salud en paz parte de reconocer que las comunidades tienen un saber sobre sus condiciones de vida. Las comunidades poseen una lógica, una práctica y un trabajo de transformación de la realidad que es necesario que los centros de educación superior reconozcan y sobre el que pueden aprender para ampliar y orientar su compromiso social. No nos quedamos en los barrios marginales solamente, nuestras miradas se alejaron de Bogotá y por solicitud de los estudiantes indígenas iniciamos interacciones con las comunidades a las que ellos pertenecían: Zenúes en San Andrés de Sotavento; Wayúu en el Resguardo Rizzia Las delicias y Cabo de la Vela; indígenas Coys y Natagaimas descendientes de los pijaos en los Resguardos de Ortega, Coyaima y Natagaima; Indígenas Tycunas y Yucas del Amazonas en Puerto Nariño; Indígenas Xicuanis en el Meta; Indígenas Kankuamos y Aruhacos de la Sierra Nevada de Santa Marta, en el Caribe Colombiano. Otras narrativas, otros relatos y un mundo lleno de color, tradiciones, costumbres y formas de entender la paz, la salud, la

enfermedad, las curas, los orígenes del planeta, etc. Aprendimos que las mujeres son en tanto están en una acción concreta en el mundo específico, en tanto actúan y transforman el mundo inmediato y material y no sólo si están en él o pertenecen a algo, por importante que parezca. Igualmente aprendimos que los indígenas son los mejores cuidadores de la Madre Tierra y nos dimos cuenta de que sus necesidades y carencias solo las puede resolver un modelo de sociedad profundamente humanista, respetuosa, y que el capitalismo es el enemigo de la vida planetaria por la voracidad del consumo, la centralización de la riqueza y la concentración de la producción, pasándole por encima a lo más sagrado: la vida digna, el medio ambiente sano y la conservación armoniosa entre hermanos humanos y la tierra poblada de verde y de diversidad. Aprendimos que la solidaridad es la ternura de los pueblos y no es un valor, ni un plusvalor como los muchos que pueblan la sociedad mercantil, sino que es una acción cotidiana en la cual sentimos y sabemos lo que es el hambre, la guerra y el miedo, y en consecuencia, hacemos todo lo posible para que nadie los sienta. Aprendimos que las mujeres han sido objetos de estudio y de teorías que hablan de ellas sin contar con sus voces. Aprendimos que la Universidad tiene una deuda gigantesca con el pueblo colombiano. No le podemos pedir que vuelva al sector popular o al indígena o a las veredas, porque, nunca ha estado, sólo ha pasado a tomar muestras para su conocimiento, olvidando que allí hay tantos saberes como en la selva que está pletórica de vida. Lo que sí le podemos pedir a la universidad es que se transforme en PLURIVERSIDAD, es decir, latinoamericana y popular. Porque nos guste o no, la mayoría de nuestro continente está conformado por hombres y mujeres del sector popular.

La salud pública tendría que acercarse decididamente a los sectores populares desde un horizonte de sentido político particular: la transformación de las condiciones de vida creadas por el modo de producción capitalista y reconocer el saber popular como una forma de construcción de mundo con la que es necesario ampliar su perspectiva de aproximación y de trabajo. Son estas opciones políticas y de saberes los aportes fundamentales de la E.P y la I.A.P al trabajo de la salud pública en nuestro continente. Como se constató en esta investigación, las condiciones de vida del pueblo colombiano son de extrema pobreza, surcadas por la guerra y la corrupción estatal, el fenómeno del desplazamiento forzado, el desempleo, las enormes inequidades en salud, educación y riquezas; ante este panorama, la educación pública no puede pasar despreocupada, debe sin demora asumir el papel que le toca jugar frente al pueblo colombiano, brindándole desde la docencia, la investigación y la extensión las herramientas éticas y políticas para lograr un mejor vivir. La Propuesta

Educativa del *Profesional de la Vida Comunitaria y la Paz* ofrece las bases teóricas y metodológicas de carácter general e igualmente espera que los aportes de las otras disciplinas de nuestra Universidad, la enriquezcan y complementen.

Conocedores de la situación económica, política, social y cultural del país, la Universidad Nacional de Colombia, como la más importante institución educativa pública, debe formar sujetos solidarios antes que sujetos productivos y debe legitimar su conocimiento en la confrontación práctica a través del acompañamiento a las comunidades a quienes debe retribuir y acompañar para la superación de los problemas más sentidos y así colocarse a la altura académica que se merece. Para la realización de la Universidad que queremos en armonía con el país que soñamos es que se presenta este trabajo de investigación cualitativa, como una propuesta educativa fundamentalmente de extensión solidaria, que todas las carreras y disciplinas pueden retomar haciendo los ajustes necesarios en el terreno de la investigación y la formación. El Programa del *Profesional de la Vida Comunitaria y la Paz*, se basa en la reflexión, acompañamiento y participación de la Universidad en la construcción de alternativas de paz dentro de la creación de mejores condiciones de vida. Esto implica asesoría a las comunidades para la construcción participativa de planes de desarrollo comunitario, municipal, departamental y regional que concreten los anhelos de justicia, dignidad y solidaridad de los colombianos. Estas acciones responden al compromiso ético-político de la Universidad en relación con la transformación de las condiciones de injusticia, exclusión, empobrecimiento y pauperización que han determinado el desarrollo social, económico y político de los colombianos. Por lo tanto, los tiempos de la puesta en marcha del *Programa* se mueven en dos lógicas: la de la Universidad, marcada por sus ritmos académicos (docentes, investigativos y de extensión) y la de los procesos sociales a los cuales se vincula decididamente. La primera, se mide en semestres y años; la segunda, en lustros y décadas. El *Programa*, por lo tanto, ha de moverse en un constante ir y venir de estas lógicas, respondiendo a la temporalidad universitaria desde la temporalidad de los procesos sociales.

5. REFERENCIAS

- Alonso, L. E. (1994). *Sujeto y Discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa*. In Métodos y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales. Juan Manuel Delgado (Coordinador). Madrid: Ed. Síntesis S.A.
- Arnal, J, Del Rincón, D & Latorre, A. (1992): *Investigación educativa. Fundamentos y metodología*. Barcelona: Labor.
- Barahona, F. (2000): *La Educación para la Paz: Un instrumento pedagógico para la transformación de la*

- realidad*, en Primer Congreso Nacional Universitario por la Paz. Tomo I. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Bautista, J. J. (2014). *¿Qué significa pensar desde América Latina?*. Madrid: Ediciones Akal.
- Bonilla, E. & Rodríguez, P. (1995). *La investigación en Ciencias Sociales. Más allá del dilema de los Métodos*. Bogotá: Universidad de los Andes.
- Bouché, H. (1994): "*Etnografía, etnología y antropología (Un enfoque pedagógico)*". In López-Barajas Zayas, E. y Montoya Sáenz, J. (ed.): *La investigación etnográfica. Fundamentos y técnicas*. Madrid: UNED.
- Carr, W. & Kemmis, S. (1988). *Teoría Crítica de la Enseñanza*. Barcelona: Martínez Roca.
- Cuevas, P. (2001). *El relato y las historias de vida en el campo de las representaciones*. In Aportes N° 56. Bogotá: Ed. Dimensión Educativa.
- De Sousa Santos, B. & Meneses, M. P. (2014). *Epistemologías del sur (perspectivas)*. Madrid: Ediciones Akal.
- Delgado, J. M. (Coord.) (1994): *Métodos y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales*. Madrid: Síntesis.
- Fals Borda, O. (1999). Orígenes universales y retos actuales de la I.A.P. *Anal político*, 38, 73-90.
- Freire, P. (1975). *Pedagogía del Oprimido*. Bogotá: América Latina.
- Freire, P. (1997): *Pedagogía de la Esperanza*. Bogotá: América Latina.
- Goetz, J. P. & Lecompte, M. D. (1988): *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid: Ed. Morata.
- Habermas, J. (1987). *Teoría de la acción comunicativa*. Tomos I y II. Madrid: Ed. Taurus.
- Quevedo, E. (1992). *El proceso salud-enfermedad: hacia una clínica y una epidemiología no positivistas*. In Sociedad y Salud. Bogotá: Zeus editores.
- Mariño, G. (1992). *Aprender a Enseñar*. Bogotá: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
- Mariño, G. (1994). *El Diálogo Cultural: Reflexiones en torno a su fundamentación, su metodología y su didáctica*. Material de apoyo, Maestría en Educación Comunitaria. Bogotá: Universidad Pedagógica Nacional.
- Max Neef, M. (1986). *Desarrollo a Escala Humana. Una opción para el futuro*. Santiago de Chile: CEPUR.
- Max Neef, M. (1989). *La Economía Descalza*. Santiago de Chile: CEPUR.
- Mejía, M. R. et al. (1999): *Educación para la paz: Una pedagogía para consolidar la democracia social y participativa*. Colección Mesa Redonda. Bogotá: Cooperativa Magisterio.
- Molano, A. (1998). *Mi historia de vida con las historias de vida*. In Los usos de la historia de vida en las ciencias sociales. Vol. 1. Madrid: Anthropos. pp. 102-111.
- Taylor, S. J. & Bogdan, R. (1986): *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Buenos Aires: Paidós.
- Wittrock, M. (ed.) (1989a): *La Investigación de la enseñanza. I. Enfoques, Teorías y Métodos*. Barcelona: Paidós/MEC.
- Wittrock, M. (ed.) (1989b): *La Investigación de la enseñanza. II. Métodos cualitativos y de observación*. Barcelona: Paidós/MEC.

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO PROJETO PRAIA SEM BARREIRAS

Fabiana Gonçalves de Mello Cahú¹, Fellipe Eugênio Soares Miranda¹, Ana Claudia Camargo Gonçalves Germani², Maira Rosa Apostólico³ e Alfredo Almeida Pina-Oliveira³

¹Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU), Brasil. fabianacahu@hotmail.com; fellipesoaresmiranda@gmail.com

²Universidade de São Paulo (FMUSP-SP), Brasil. ana.germani@fm.usp.br

³Universidade Guarulhos (UNIVERSITAS-UNG), Brasil. maira.apostolico@prof.ung.br; aapo_enf@yahoo.com.br

Resumo. Introdução: Promover a saúde das pessoas com diferentes tipos de deficiência torna-se relevante e desafiador para a graduação em saúde. Nesse sentido, o Projeto Praia sem Barreiras representa uma ação de extensão universitária interprofissional e intersetorial com potencial para o desenvolvimento de competências de promoção da saúde dos profissionais que nele atuam. Objetivo: Analisar a compreensão dos usuários do projeto sobre as práticas de Promoção da Saúde desenvolvidas pelos estudantes de graduação em saúde. Método: Estudo exploratório com abordagem qualitativa, baseado em entrevistas semiestruturadas com dez usuários do PSB da praia de Boa Viagem, Recife, Pernambuco, Brasil. Adotou-se a modalidade temática da análise de conteúdo e o referencial teórico-operacional do Developing Competencies and Professional Standards for Health Promotion Capacity Building in Europe. Resultados: Os usuários do projeto indicaram a necessidade de qualificação dos acadêmicos para promover a saúde de pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida com mais segurança. Evidenciaram-se os domínios possibilidade de mudanças, comunicação e parceria na atuação discente no projeto. Considerações finais: Outros domínios do referencial teórico devem ser aprofundados na graduação, para desenvolver conhecimentos, habilidades e valores essenciais para promover a saúde das pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida.

Palavras-chave: Promoção da Saúde; Pessoas com Deficiência; Educação Baseada em Competências; Estudantes de Ciências da Saúde; Relações Comunidade-Instituição.

DEVELOPING HEALTH PROMOTION COMPETENCIES IN THE PRAIA SEM BARREIRAS PROJECT

Abstract. Introduction: Promoting the health of people with different types of disabilities becomes relevant and challenging for health graduates. In this sense, the "Praia sem Barreiras" Project represents an action for developing health promotion competencies. Objective: To analyse the project users' understanding of Health Promotion practices developed by undergraduate health students. Method: Exploratory study with a qualitative approach, based on semi-structured interviews with ten PSB users from Boa Viagem beach, Recife, Pernambuco, Brazil. The thematic modality of content analysis and the theoretical-operational framework of the Developing Competencies and Professional Standards for Health Promotion Capacity Building in Europe were adopted. Results: The users of the project indicated the need for qualification of academics to promote the health of people with disabilities or reduced mobility more safely. We evinced the domains of enabling change, communication and partnership related to student's performance in the project. Final considerations: Other domains of the theoretical framework must be deepened in graduation, to develop knowledge, skills and essential values to promote the health of people with disabilities or reduced mobility.

Keywords: Health Promotion; Disabled Persons; Competency-Based Education; Health Sciences Students; Community-Institutional Relations.

1. INTRODUÇÃO

A inclusão social é um valor fundante da atual Política Nacional de Promoção da Saúde no contexto brasileiro e que deve ser considerado em ações fundamentadas no conceito positivo e ampliado de saúde. Nesse sentido, o desenvolvimento de iniciativas de modificação arquitetônicas e de mobilidade urbana objetivem a garantia de acesso às pessoas com deficiência (PCD), com mobilidade reduzida e ou idosas, buscando garantir os direitos humanos e as liberdades fundamentais (Brasil, 2014, Baptista & Silva, 2015). Muitas conquistas internacionais e nacionais fortaleceram o avanço dos direitos humanos e, em particular, das PCD (Brasil, 1988; ONU, 2006; Garcia, 2011; Lanna & Martins, 2010, Brasil, 2015) e a legislação brasileira integrou leis mais específicas (Lanna & Martins, 2010; Brasil, 2015). Em âmbito internacional, a expressão PCD foi usada e consagrada pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e homologada em 2006 pela Organização das Nações Unidas, ONU (ONU, 2006).

Essa Convenção preconiza a acessibilidade como princípio, sendo condição para a garantia de todo e qualquer direito humano (Bezerra, 2014). As pessoas com deficiência apresentam impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, sendo que tais barreiras comprometem sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas (ONU, 2006).

Por outro lado, considera-se pessoa com mobilidade reduzida: “aquela que, não se enquadrando no conceito de pessoa portadora de deficiência, tenha, por qualquer motivo, dificuldade de movimentar-se, permanente ou temporariamente, gerando redução efetiva da mobilidade, flexibilidade, coordenação motora e percepção” (Brasil, 2004, p. 2).

No Brasil, o planejamento e a urbanização das praias devem ser concebidos e executados de forma a torná-las acessíveis para as PCD ou com mobilidade reduzida (Brasil, 2000; Ruschmann, 2006), permitindo uma ampla acessibilidade a estes cidadãos, diminuindo os obstáculos à sua participação e à melhor utilização em situação de inclusão social (Mazzota & Dantino, 2011).

Estima-se que 15,6% da população mundial possuam algum tipo de deficiência (ONU, 2011). No último censo realizado em 2010, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indicou que 45,6 milhões de pessoas, representadas por 23,9% da população brasileira, apresentava pelo menos um tipo de deficiência, seja do tipo visual, auditiva, motora ou mental

ou intelectual. A região Nordeste do Brasil concentrava 26,3% desta população, sendo que os estados da Paraíba e do Rio Grande do Norte apresentavam a maior prevalência de PCD. O estado de Pernambuco ocupava o terceiro lugar e apresentava 27,5% de PCD na sua população à época (IBGE, 2010).

Iniciativas para as PCD despontam em diferentes cenários e contextos com o intuito de concretizar mais ações e programas que possibilitem atividades de lazer e turismo. O lazer é essencial pois proporciona muitos benefícios como descanso, divertimento, socialização, entre outros que podem melhorar a qualidade de vida (Dumazedier, 1973).

A inserção das PCD nas praias pode trazer benefícios tanto para os usuários quanto para a economia local, constituindo um importante elemento da qualidade de vida do cidadão (Programa praia para todos, 2015). Acredita-se que as PCD necessitam vivenciar momentos prazerosos com igual ou maior intensidade do que os oferecidos pela sociedade (Sasaki, 1999; Sasaki, 2003) a fim de desenvolver as habilidades motoras, a autoestima, a independência, e, principalmente, favorecer a inclusão social (Magnani, 2000; Rocha & Silva, 2002; Gomes, Rezende, & Tortorelli, 2010).

No Brasil, existem praias que permitem a possibilidade de um banho de mar a pessoas com deficiência física ou com mobilidade reduzida (Ministério do Turismo, 2006). Algumas prefeituras, em cerca de 10 praias brasileiras, se conscientizaram quanto a problemática da acessibilidade e da inclusão e desenvolveram projetos de facilitação ao banho de mar assistido, apresentando infraestrutura necessária (Governo de Pernambuco, 2015; Projeto Praia sem Barreiras, 2018).

Nesse contexto, o presente estudo prima por estudar um dos projetos destinados a inclusão de PCD e ou com mobilidade reduzida no estado de Pernambuco, é o Projeto Praia sem Barreiras (PSB), que surgiu como uma forma estratégica para implementar mudanças exigidas pela legislação.

O PSB foi criado pela Secretaria de Turismo de Pernambuco (SETUR-PE) e desenvolvido pela Empresa de Turismo de Pernambuco (EMPETUR) em parceria com o Governo do Estado, no ano de 2013. Sua gestão é feita pela Prefeitura da Cidade do Recife, que fornece a infraestrutura e materiais utilizados, com o Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU), que dispõe os acadêmicos dos cursos de Enfermagem, Fisioterapia e

Educação física, além de um profissional de Fisioterapia que é responsável pela coordenação do projeto (Prefeitura da cidade do Recife, 2013).

O PSB tem como objetivo central permitir o banho de mar assistido e criar uma área de lazer para inclusão e bem-estar por meio de atividades recreativas e esportivas na praia conduzidas por representantes da UNINASSAU: estudantes monitores e professores supervisores.

Para avançar na fronteira do conhecimento sobre o desenvolvimento de competências em Promoção da Saúde nessa ação extensionista interdisciplinar e intersetorial durante a graduação dos cursos de saúde, a presente pesquisa objetivou analisar a compreensão dos usuários do Projeto Praia sem Barreiras sobre as práticas de Promoção da Saúde desenvolvidas pelos estudantes de graduação em saúde.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de casos múltiplos incorporados (Yin, 2015), descritivo e exploratório, de natureza qualitativa sobre o aprofundamento teórico e operacional relacionado às vivências dos usuários do Projeto Praia sem Barreiras (PSB) e suas contribuições para a compreensão sobre potenciais competências de Promoção da Saúde baseada nos domínios do *Developing Competencies and Professional Standards for Health Promotion Capacity Building in Europe* (CompHP) (Dempsey, Battel-Kirk, & Barry, 2011) desempenhadas pelos estudantes de graduação em Fisioterapia, Enfermagem e Educação Física de uma Instituição de Ensino Superior (IES) privada.

O grupo de pesquisadores consiste em dois fisioterapeutas, estudantes de Mestrado e docentes da UNINASSAU e um enfermeiro docente de Stricto Sensu, Doutor em Ciências e Mestre em Enfermagem, especialista em Práticas de Promoção da Saúde e Educação e Tecnologias.

A presente pesquisa foi conduzida majoritariamente pela fisioterapeuta, cuja atuação no processo de formação inicial dos docentes envolvidos no PSB para a abordagem com PCD e ou MR foi relevante. À época da coleta de dados, a pesquisadora principal não tinha relacionamento prévio com os participantes.

A pesquisa foi realizada no Projeto Praia Sem Barreiras (PSB), situado na orla da Praia de Boa Viagem, em Recife, PE. O projeto ocupa uma área de 200m², cuja estrutura é montada todas as quintas-feiras e desfeita aos domingos, com horário de funcionamento das 8h às 12h

(Barbosa, 2014). Para garantir a mobilidade urbana dos participantes do PSB, a Prefeitura criou uma rota acessível desde o bairro de Boa Viagem até a orla de Boa Viagem (Governo do Estado de Pernambuco, 2015).

Realizou-se a coleta do material empírico no período de dezembro/2018 a abril/2019, mediante questionário sociodemográfico de caracterização e entrevista semiestruturada elaborada com perguntas referentes ao tema de estudo, que continha a questão norteadora: Como os usuários do Projeto Praia sem Barreiras compreendem as ações de Promoção da Saúde desenvolvidas pelos estudantes de graduação em saúde que integram o PSB?

No momento em que os usuários chegavam ao PSB, eram abordados pela pesquisadora e se concordassem com a entrevista, esta era realizada em um local reservado, garantindo o sigilo, conforto e segurança.

Foram incluídos no estudo os usuários do PSB da praia de Boa Viagem, de ambos os sexos, maiores de 18 anos, com mobilidade reduzida ou algum tipo de deficiência física, usuários de cadeira de rodas ou não e que frequentam o projeto por pelo menos 3 meses. Foram excluídos aqueles com quaisquer dificuldades de comunicação, alterações cognitivas que dificultasse a compreensão das perguntas realizadas ou que estivessem no projeto apenas de visita.

A entrevista semiestruturada foi guiada por um roteiro com blocos temáticos de questões abertas embasadas pelos domínios de competências em promoção da saúde do CompHP, entendidas como a combinação de conhecimentos, habilidades e valores mínimos e necessários para a prática da promoção da saúde (Pinheiro et al., 2015; Dempsey et al., 2011). As entrevistas foram gravadas em meio digital, transcritas na íntegra com média de 15,8 minutos de duração.

Como referencial teórico foi adotado o Comp HP, instrumento que apresenta 47 competências essenciais para atuação profissional e se divide em nove domínios: (1) possibilidade de mudanças, (2) advocacia em saúde, (3) parceria, (4) comunicação, (5) liderança, (6) diagnóstico, (7) planejamento, (8) implementação e (9) avaliação e pesquisa (Barry et al., 2012; Allegrante et al., 2009), fornecendo um quadro teórico e prático para os profissionais que trabalham com Promoção da Saúde em diferentes contextos e cenários de práticas.

O processo de análise foi realizado pelos fisioterapeutas de modo integrado e, posteriormente, definidos com apoio do enfermeiro orientador de ambos. Utilizaram-se seis reuniões de supervisão e optou-se por não utilizar softwares para a análise temática do corpus.

Para análise, os dados das entrevistas foram organizados conforme as etapas preconizadas pela técnica de análise de conteúdo de Bardin (2009), com a criação de categorias temáticas de análise de dados por meio da identificação de temas semelhantes. Foram seguidas as etapas: pré-análise, exploração do material (leitura exaustiva do material obtido), tratamento dos resultados (separação dos temas que emergiram em torno de categorias temáticas), inferência/interpretação sobre o fenômeno estudado (Minayo, 2004; Bardin, 2009; Cavalcante, Calixto, & Bekerr, 2014). Transversalmente, as categorias foram analisadas à luz do referencial teórico, buscando aproximação entre os relatos e as possíveis competências envolvidas

Para registrar observações relativas ao contexto da entrevista, como emoções, expressões verbais, gestuais ou faciais surgidas durante a pesquisa. Adotou-se o *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) para melhorar o rigor, a abrangência e a credibilidade das entrevistas (Tong, Sainsbury, & Craig, 2007; Equator Network, 2019).

Os usuários do PSB que participaram da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), destacando-se que o estudo foi realizado considerando-se as observâncias éticas contempladas nas Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, sendo o projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Maurício de Nassau - UNINASSAU, conforme parecer consubstanciado nº 2.966.774.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 10 usuários do projeto que foram selecionados por amostra por conveniência, uma vez que a pesquisadora permitiu que todos os usuários interessados participassem das entrevistas até atingir a homogeneidade do grupo baseado no critério de inclusão progressiva (Minayo, 2010). A ausência de temas novos e a repetição de conteúdo nas entrevistas foram indicativos de que as principais ideias já tinham sido levantadas.

Para garantir o anonimato dos participantes, o registro das entrevistas foi feito em um sistema de identificação no qual os nomes verdadeiros foram substituídos pela letra “U” (que

representa “usuário”) seguida de uma numeração cardinal crescente de acordo com a ordem de realização das entrevistas.

Participaram 6 homens (60%) e 4 mulheres (40%), metade solteiros, cuja média de idade foi 52,30 anos ($DP \pm 18,79$). Quanto à ocupação, sete (70%) realizam atividades laborais e estudaram até o ensino médio. Em relação ao tipo de limitação, oito (80%) eram PCD física e dois (20%) com mobilidade reduzida. Metade dos participantes frequenta o Projeto Praia sem Barreiras por mais de 3 anos.

Após transcritas, as falas foram lidas por repetidas vezes com a finalidade de compreender e apreender sentimentos, percepções e emoções do entrevistado. Após a leitura exaustiva, foi realizada a organização dos seus conteúdos de acordo com as categorias que emergiram em cada bloco temático, sendo relacionados dedutivamente ao CompHP (Pinheiro et al., 2015; Dempsey et al., 2011).

Organizaram-se seis categorias temáticas decorrentes das vivências dos usuários do PSB acerca da atuação dos acadêmicos que fazem parte do no projeto. Assim, emergiram 6 categorias temáticas: 1. Dedicção dos acadêmicos atuantes no PSB, 2. Qualificação técnica dos acadêmicos que atuam no PSB, 3. Emoção durante o contato com o mar, 4. PSB promove saúde por melhorar a condição mental, 5. Orientações dadas pelos usuários aos acadêmicos como futuros profissionais, 6. Opiniões acerca do PSB.

3.1 Dedicção dos acadêmicos atuantes no PSB

Esta categoria relaciona-se à caracterização dos acadêmicos como atenciosos, educados e dedicados. Os usuários descrevem a maneira como os discentes do PSB recebem, interagem com carinho e cuidam de todos.

"Estou gostando, são muito comunicativos, atenciosos, nos tratam muito bem, com toda atenção e carinho" (U8).

"O Atendimento dado pelos alunos é de primeira linha, eles nos recebem muito bem para mim é o maior prazer estar aqui no PSB" (U9).

"Eu venho aos sábados. Mas percebo que os alunos são ótimos de tratamento. A dedicação deles eu acho que é o principal, eu só tenho agradecer pelo projeto" (U3).

Evidenciam-se os domínios “possibilidade de mudanças” e “comunicação”. O domínio “possibilidade de mudanças” manifesta-se pelo fato dos acadêmicos trabalharem em

colaboração com outros, se unindo para criar ambientes e cenários que promovam a saúde, de modo a facilitar a participação ativa da comunidade (Haeser, Buchele, & Brozowski, 2012).

O domínio “comunicação” é exaltado quando a maioria dos usuários do PSB percebe que os acadêmicos possuem habilidades de comunicação que favorecem a participação deles, utilizando de técnicas e meios de comunicação culturalmente adequadas para todos os participantes.

3.2 Qualificação técnica dos acadêmicos que atuam no PSB

Os tipos de deficiência e sequelas devem ser apreendidos pelos discentes. Foi percebida nos relatos, certa insatisfação dos usuários quanto à forma de conversarem a respeito da doença e limitações apresentadas e, até mesmo, no momento de ajudá-los e posicioná-los durante as transferências e no banho de mar assistido.

“Eu acho que tem que ter formação para os alunos conhecerem o tipo de deficiência de cada um de nós. Como devem agir para cada tipo, pois cada deficiente tem sua especificidade” (U2).

“Os alunos precisam estar mais atentos porque cada deficiência é diferente. Percebo que nem sempre eles sabem a diferença de um pra outro. Tem gente que não tem equilíbrio de tronco como eu, porém tem pessoas aqui pior que eu. Aí eles botam na cadeira como se a pessoa tivesse equilíbrio, e isso é desconfortável, devem prestar mais atenção nisso” (U5).

“Eu mesmo vou nadando até lá embaixo sozinho, sei nadar muito bem, mas eles não sabiam disso e me tratam como coitadinho. Deveriam perguntar o que a gente precisa, como pode ajudar” (U7).

Acerca deste tema, emergiram características condizentes com a ausência dos domínios “diagnóstico” e “liderança”. O domínio “diagnóstico” torna-se essencial para a compreensão da necessidade dos usuários por meio de métodos quantitativos ou qualitativos com o intuito de analisar o contexto de modo a identificar informações relevantes para que possa ser traçado o plano de ação (Dempsey et al., 2011).

Já o domínio “liderança” é necessário por contribuir para o desenvolvimento de direções estratégicas para a ação em promoção da saúde. Os usuários percebem que os acadêmicos precisam fazer uso de habilidades de liderança para promover o empoderamento e a participação de todos, principalmente do aprendizado da equipe para avançar nas ações de promoção da saúde.

3.3 Emoção durante o contato com o mar

Esta categoria temática se refere à emoção sentida sobremaneira pelos usuários do PSB, uma vez que recordavam de cenas marcantes. A deficiência física e ou mobilidade reduzida implicam em isolamento social, perda de determinados prazeres e restrição ao acesso à praia e outros espaços públicos.

“Agora a cena que me marcou foi a primeira vez que eu vim, aquela ali me marcou, o cuidado que eles tiveram foi imenso, ao me pegar na avenida e me trazer para cá e me levar para a água. Estarem ali conversando comigo, para mim foi sensacional” (U1).

“Emocionante foi entrar no mar após anos sem conseguir! E através do PSB e da ajuda dos alunos eu ter essa chance de volta [...] é maravilhoso! Sentir a água salgada na boca foi uma sensação indescritível. Tanto emocionou a mim quanto aos estudantes e a todos ao redor, foi muito emocionante” (U4).

“Sentir novamente a água do mar molhando meu corpo, sentir o gosto salgado do mar, essa sensação de leveza e frescor que só o mar proporciona pra gente” (U9).

O domínio “parceria” é percebido nesta categoria temática ao ser identificada a emoção dos usuários por fazerem parte do Projeto Praia sem Barreiras. O PSB se concretizou por existir parcerias entre o Centro Universitário UNINASSAU, Prefeitura da Cidade do Recife e Governo do Estado e dificilmente existiria se não a houvesse.

Tal domínio aborda o trabalho em colaboração com áreas de conhecimento, setores e parceiros para aumentar o impacto e de ações de promoção da saúde (Pinheiro et al., 2015).

3.4 Projeto Praia sem Barreiras promove saúde por melhorar a condição mental

A ênfase na sensação de poder (re)criar projetos de vida e formas de cuidar da saúde para ocupar a mente e proteger-se de sentimentos negativos, tais como tristeza maior, preocupações excessivas, ansiedade e sintomas de depressão.

“Eu acho que a saúde começa na mente, quando a gente tem uma mente boa, uma mente que não está pensando besteira, que não vai cair em depressão, a saúde sempre melhora. (...) Eu não digo que aqui é nota dez, é mil porque promove muito a saúde, pois primeiro a saúde começa pela mente e não pelo corpo, a mente é tudo!” (U1).

“A convivência e as histórias que contamos e ouvimos aqui faz com que a gente aprenda e compartilhem com outras pessoas. Isso é bom pra nossa cabeça porque a gente se distrai também, faz a gente se sentir bem” (U3).

“Acho que promovem a minha saúde pelo simples fato de me trazer um motivo para me sentir vivo

e feliz. Esse projeto fez eu me sentir uma pessoa novamente, me deu vigor, saúde mental. E isso por si só já é contribuir para saúde das pessoas que frequentam esse projeto" (U10).

Saber que o Projeto Praia sem Barreiras promove uma melhora na condição mental dos usuários é um dado extremamente importante para o impacto do projeto a fim de melhorar as ações de promoção da saúde mental e emocional.

3.5 Orientações dadas pelos usuários aos acadêmicos como futuros profissionais

Os usuários do PSB mencionaram algumas orientações que desejavam oferecer aos acadêmicos, assim como opiniões para um melhor funcionamento do projeto, como descritos abaixo.

"Através do estudo [...], pesquisar mais e entender a questão da pessoa com deficiência ou com limitações e todos os seus aspectos" (U2).

"Se atualizando, melhorando mais o desempenho, procurar entender cada tipo de deficiência. Quando encontrar o deficiente perguntar o problema dele, se tem alguma limitação. É isso que eu acho que falta neles, não tem esse interesse de perguntar o que aconteceu para eu ter ficado assim. Não vejo esse desempenho" (U5).

"Perguntar a nós, usuários, o que eles podem fazer para facilitar a nossa transferência até o mar porque as pessoas olham pra gente achando que somos coitadinhos, mas pergunte primeiro o que posso fazer? Qual melhor maneira pra você? Posso fazer como? Como você prefere que eu faça?" (U6).

"Eles podem ajudar nos dando orientações quando estão conosco no mar. Conversando sobre a nossa doença, nossa limitação e fornecendo dicas de como ajudar no tratamento e no dia-a-dia" (U10).

Nesta categoria temática identificou-se a ausência do domínio "avaliação e pesquisa". Tal domínio, por meio do uso de métodos de avaliação e pesquisa apropriados, permitiria identificar a insatisfação dos usuários do projeto quando se trata de uma questão técnica que é a forma de posicioná-los e transferi-los para cadeira anfíbia. Entender a doença, suas consequências e saber como lidar com ela, é imprescindível para um promotor de saúde executar suas ações e obter bons resultados.

3.6 Opiniões acerca do PSB

A inclusão social, o prazer de voltar a frequentar um local público, a sensação de tomar um

banho de mar após anos, a melhora da saúde principalmente mental, o divertimento, tudo isso faz com que os usuários do PSB se sintam agradecidos aos acadêmicos de saúde envolvidos.

“Não tenho palavras para descrever o que sinto quando estou aqui porque eu tava numa cama achando que não podia fazer muita coisa além de sair do quarto pra sala, mas descobri que posso fazer muito mais, além de tomar um banho de praia tranquilamente” (U1).

“Que esse projeto veio pra que as PCD e pessoas com dificuldade de locomoção se sintam cidadãos abraçados e amados, como todo pernambucano que mora no litoral” (U2).

“Só tenho a agradecer a esse projeto que me deu um novo estímulo para vida e me fez acordar. Me fez ver que mesmo com a limitação, posso sim usufruir do lazer e ser frequentador de atividades que nos faz sentir bem” (U8).

Ao discorrer sobre as opiniões acerca do PSB, foi percebido que o domínio “parceria” é fundamental para a existência do projeto e responsável por proporcionar sentimentos de gratidão e felicidade. Este domínio é importante por promover benefícios tão importantes na vida das pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida, mediante a um simples banho de mar até a colaboração com diferentes setores e diversos parceiros a fim de promover um impacto positivo na vida dos cidadãos (Pinheiro et al., 2015).

A ausência da triangulação dos dados com os depoimentos de estudantes de graduação (monitores), corpo docente (supervisores) e do currículo da UNINASSAU representa uma limitação do presente estudo. Pretende-se integrar a análise dessas outras fontes de informação em estudos futuros do grupo de pesquisa.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os conceitos e os princípios de Promoção da Saúde com foco na criação de oportunidades inclusivas, socializadoras e seguras devem ser trabalhados de modo aprofundado ao longo dos cursos de graduação em saúde, uma vez que os usuários do Projeto Praia sem Barreiras (PSB) enfatizam a positividade da atuação discente nesta ação de extensão universitária interdisciplinar e intersetorial.

Preparar os futuros profissionais de saúde com conhecimentos, habilidades e valores essenciais consiste em uma estratégia potente para promover a acessibilidade de pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida a ações de saúde, lazer e cidadania em um ambiente diferencial: as praias, suas orlas e seus arrecifes.

Portanto, a abordagem qualitativa permitiu explorar o universo de significados dos usuários do PSB em um contexto distinto (exposição solar, segurança das marés, ruído das ondas e do vento ao gravar as entrevistas) e dinâmico (participação nas atividades assistidas por discentes e docentes) a fim de compreender o processo existente e delinear possíveis áreas de fortalecimento das competências de Promoção da Saúde com ênfase na indissociabilidade entre ensino, pesquisa como forma de enfrentamento das iniquidades de pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida.

5. REFERÊNCIAS

- Allegrante, J. P., Barry, M. M., Auld, M. E., Lamarre, M. C., & Taub, A. (2009). Toward international collaboration on credentialing in health promotion and health education: The Galway Consensus Conference. *Heal Educ Behav.*, 36, 427-38.
- Baptista, T. W. F., & Silva, P. F. A. (2015). A Política Nacional de Promoção da Saúde: texto e contexto de uma política. A National Health Promotion Policy: text and context of a policy. *Saúde Debate*, 39(esp.), 91-104.
- Barbosa, A. F. (2014). *Projeto: Praia sem barreiras*. Recife: Secretaria de Turismo.
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal, Edições 70.
- Barry, M. M., Battel-Kirk, B., Davison, H., Dempsey, C., Parish, R., Schipperen, M. et al. (2012). The CompHP Project Handbooks. *Paris (FR): International Union for Health Promotion and Education (IUHPE)*.
- Battel-Kirk, B., & Barry, M. M. (2013). Developing competency-based accreditation for health promotion in Europe. *Rev Med*, 92(2), 87-96.
- Battel-Kirk, B., Barry, M. M., Zanden, G., Contu, P., Gallardo, C., Martinez, A. et al. (2015). Operation alising and piloting the IUHPE European accreditation system for health promotion. *Glob Health Promot*, 22(3), 25-34.
- Bezerra, R. M. N. (2014). Acessibilidade. In Dias, Jet al. *Novos Comentários à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*, Brasília, Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, Secretaria de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência.
- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal.
- Brasil. (2000). Lei nº. 10.098, de 19 de Dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília. 2018. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2000/lei-10098-19-dezembro-2000-377651-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em 05 jul 2018.
- Brasil. (2004). Decreto Nº 5.296 de 02 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*. Poder executivo, Brasília-DF. 2004. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Decreto/D5296.htm>. Acesso em: 05 jul 2018.
- Brasil. (2004). Decreto Nº 5.296 de 02 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. *Diário Oficial [da República*

- Federativa do Brasil*, Brasília. Poder executivo, Brasília-DF. 2004. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Decreto/D5296.htm>. Acesso em: 12 jun 2018.
- Brasil. (2014). Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2015). Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. *Estatuto da Pessoa com Deficiência*. Nº 13.146, 6 de Julho de 2015. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm>. Acesso em 21 mai 2018.
- Cavalcante, R. B., Calixto, P. P., & Kerr, M. M. (2014). Análise de Conteúdo: Considerações Gerais, relações com a Pergunta de Pesquisa, Possibilidades e Limitações do Método. *Inf & Soc.:Est.*, João Pessoa, v.24, n.1, p. 13-18, jan./abr.
- Censo Demográfico. (2010). Publicado em 20/09/2017. Brasil: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em: 12 jun 2018.
- Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência. (2010). Decreto Legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008: Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. 4. ed., Rev. e atual. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos.
- Dempsey, C., Battel-Kirk, B., & Barry, M. M. (2011). *Competências Principais em Promoção da Saúde – CompHP*. Versão resumida. Paris: IUHPE.
- Dumazedier, J. (1973). *Lazer e cultura popular*. São Paulo: Perspectiva.
- Equator Network. (2017). Diretrizes-chave para relatar os principais tipos de estudos de pesquisa. Oxford. Disponível em: < <http://www.equator-network.org/library/resources-in-portuguese-recursos-em-portugues/professores/diretrizes-chave-para-relatar-os-principais-tipos-de-estudos-de-pesquisa/>>. Acesso em: 08 mai 2019.
- Garcia, V. G. (2011). As pessoas com deficiência na história do Brasil. Disponível em: <<http://www.bengalalegal.com/pcd-brasil>>. Acesso em 02 jun 2018.
- Gomes, A. E. G., Rezende, L. K., & Tortorelli, M. F. P. (2010). Acessibilidade e deficiência: análise de documentos normativos. *Cadernos de Pós Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento* - Universidade Presbiteriana Mackenzie, 10(1), 130-137.
- Governo de Pernambuco. (2015). Disponível em: <<http://www.pe.gov.br>>. Acesso em: 27 mai 2018.
- Haeser, L. M., Buchele, F., & Brozowski, F. S. (2012). Considerações sobre a autonomia e a promoção da saúde. *Physis* (Rio J), 22(2), 605-20.
- Lanna, J., & Martins, M. C. (2010). (Comp.). História do Movimento Político das Pessoas com Deficiência no Brasil. - Brasília: Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência.
- Magnani, J. G. (2000). Lazer, um campo interdisciplinar de pesquisa. In: Bruhns, H. T. *Temas sobre o lazer*. Campinas: Autores Associados.
- Mazzota, M. J. S., & Dantino, M. E. F. (2011). Inclusão social de Pessoas com Deficiência e Necessidades Especiais: cultura, educação e lazer. *Revista Saúde Soc.*, 20(2), 384.
- Minayo, M. C. S. (2010). (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Rio de Janeiro: Vozes, Petrópolis Editora.
- Minayo, M. C. S.(2004). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco.
- Ministério do Turismo. (2006). *Turismo e Acessibilidade: manual de orientações*. 2. ed. Brasília: Ministério do Turismo.

- ONU. Convenção Internacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. 2006. Disponível em: <<http://www.mp.pe.gov.br>>. Acesso em: 13 mai 2018.
- Oscip Rodas de Liberdade. Projeto Praia Sem Barreiras. Disponível em: <<http://www.turismo.gov.br/%C3%BAltimas-not%C3%ADcias/7117-praia-sem-barreiras-acessibilidade-atrai-turistas-com-defici%C3%Aancia-para-pernambuco.html>>. Acesso em: 06 mai 2018.
- Prefeitura da Cidade do Recife. Portal do cidadão. *Praia sem Barreiras*, 2013 Disponível em: <<http://www2.recife.pe.gov.br/servico/praia-sem-barreira?op=NTIzNw>>. Acesso em: 02 abr 2018.
- Pinheiro, D. G. M., Scabar, T. G., Maeda, S. T., Fracolli, L. A., Peliconi, M. C. F. & Chiesa, A. M. (2015). Competências em promoção da saúde: desafios da formação. *Health promotion competencies: challenges of formation. Saúde Soc.*, 24(1), 180-188.
- Pinheiro, D. G. M., Scabar, T. G., Maeda, S. T., Fracolli, L. A., Peliconi, M. C. F., & Chiesa, A. M. (2015). Competências em promoção da saúde: desafios da formação. *Saúde Soc.*, 2015, 24(1), 180-8.
- Rocha, L. C., & Silva, W. A. (2002). Tempo e Lazer: Relações com o tempo livre. *Rev de Educação Física/UEM*, 13(2), 133-139.
- Ruschmann, D. S., & Karina, T. (2006). *Planejamento Turístico*. Barueri, SP: Manole.
- Sassaki, R. K. (1999). A inclusão nos esportes, turismo, lazer e recreação. In: Sassaki, RK. *Inclusão: construindo uma sociedade para todos*. 3. ed. Rio de Janeiro: WVA, p.91-103.
- Sassaki, R. K. (2003). *Inclusão: Construindo uma sociedade para todos*. 5. ed. Rio de Janeiro: WVA.
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 19(6), 349-57.
- World Health Organization. (2011). World report on disability. Disponível em: <http://www.unicef.org/protection/World_report_on_disability_eng.pdf>. Acesso em: 11 abr 2018.
- Yin, R. K. (2015). *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos*. Bookman Editora.

BRINCANDO NO HOSPITAL: A EXPERIÊNCIA DOS ENFERMEIROS COM O USO DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO EM UNIDADES PEDIÁTRICAS

Fabiane de Amorim Almeida¹, Lidia Souza dos Reis Silva¹ e Caroline Machado de Miranda¹

¹Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, Brasil. fabi.almeida17@outlook.com; lidiasrs@einstein.br; carolline.miranda@einstein.br

Resumo. Introdução: O estudo investiga sobre a experiência do enfermeiro com o uso do BT na prática, buscando delinear os fatores que influenciam no desenvolvimento desta atividade, como etapa inicial da implementação rotineira do BT em unidades de pediatria. Objetivo: Compreender a percepção do enfermeiro sobre o uso do BT, a partir das experiências vivenciadas por ele ao cuidar da criança no hospital. Método: Estudo descritivo, de abordagem qualitativa, desenvolvida nas unidades pediátrica e de terapia intensiva pediátrica de um hospital de São Paulo, Brasil. A amostra constituiu-se 21 enfermeiros que participaram de uma entrevista semi-estruturada e seus relatos foram analisados por meio da Análise Temática de Conteúdo. Resultados: Quatro categorias emergiram dos discursos: Resgatando o primeiro contato com o BT; Apesar de complexo e trabalhoso no início, o uso do BT é percebido como uma experiência positiva; Enfrentando dificuldades para realizar o BT na prática; Entendendo que o BT deve ser usado desde a admissão da criança no hospital. Considerações finais: O contato com o BT durante a trajetória profissional leva o enfermeiro a reconhecer essa experiência como positiva, apesar das dificuldades enfrentadas, entendendo que para cuidar da criança precisa brincar com ela desde que chega ao hospital.

Palavras-chave: Jogos e Brinquedos; Criança Hospitalizada; Admissão do Paciente; Enfermagem Pediátrica; Humanização da Assistência.

PLAYING AT THE HOSPITAL: NURSES' EXPERIENCE WITH THE USE OF BT IN PEDIATRIC UNITS

Abstract. Introduction: The study investigates the nurse's experience with the use of BT in practice, seeking to outline the factors that influence the development of this activity, as the initial stage of the routine implementation of BT in pediatric units. Objective: To understand the nurse's perception about the use of BT, from the experiences he experienced when caring for the child in the hospital. Method: Descriptive study with a qualitative approach, developed in the pediatric and pediatric intensive care units of a hospital in São Paulo, Brazil. The sample consisted of 21 nurses who participated in a semi-structured interview and their reports were analysed using the Thematic Content Analysis. Results: Four categories emerged from the speeches: Rescuing the first contact with BT; Although complex and laborious at first, the use of BT is perceived as a positive experience; Facing difficulties to carry out BT in practice; Understanding that BT should be used since the child's admission to the hospital. Final considerations: The contact with BT during the professional trajectory leads the nurse to recognize this experience as positive, despite the difficulties faced, understanding that to take care of the child, he needs to play with him since he arrives at the hospital.

Keywords: Play and Playthings; Hospitalized Child; Patient Admission; Pediatric Nursing; Humanization of Assistance.

1. INTRODUÇÃO

A criança hospitalizada tem dificuldade para entender o que se passa com ela e o uso do brinquedo terapêutico (BT) pode auxiliá-la a compreender a necessidade da internação,

vivenciando este momento mais tranquilamente (Caleffi, Rocha, Anders, Souza, Burciaga, & Serapião, 2016).

O BT é um dos tipos de brincadeira utilizada frequentemente pelo enfermeiro, constituindo-se em uma atividade estruturada, que possibilita à criança aliviar a ansiedade causada por experiências atípicas para a idade, como a hospitalização entre outras. Estas experiências costumam ser ameaçadoras e requerem mais do que recreação para resolver a angústia associada. Assim, o BT deve ser usado sempre que a criança tiver dificuldade em lidar e compreender uma situação difícil vivenciada por ela (Maia, Ribeiro, & Borba, 2011).

Um estudo analisou a contribuição do BT estruturado em um Modelo de Cuidado de Enfermagem à criança hospitalizada apontando que, quando ela brinca, o ambiente hospitalar e os profissionais passam a ser vistos de maneira menos negativa, amenizando os prejuízos de uma hospitalização mal vivenciada (Caleffi, Rocha, Anders, Souza, Burciaga, & Serapião, 2016).

As crianças que têm oportunidade de brincar com materiais hospitalares, realizando os procedimentos a que são submetidas, conseguem esclarecer dúvidas e curiosidades, entendendo a necessidade de realizá-los e reduzindo seus medos (Caleffi, Rocha, Anders, Souza, Burciaga, & Serapião, 2016).

Estudos apontam que o BT possui uma ação potencialmente terapêutica no ambiente hospitalar e em outros contextos de saúde. Quando aplicado de forma efetiva, auxilia a equipe de saúde ao estimular a cooperação da criança na realização de procedimentos invasivos e dolorosos, além de promover uma rápida recuperação (Barroso, Santos, Santos, Nunes, & Lucas, 2020; La Banca, Ribeiro, Freitas, Freitas, Nascimento, Monteiro, & et al, 2019; Pontes, Tabet, Folkmann, Cunha, & Almeida, 2015; Paladino, Carvalho, & Almeida, 2014; Maia, Ribeiro, & Borba, 2011).

Um estudo desenvolvido com crianças de uma unidade de terapia intensiva pediátrica brasileira enfatiza o predomínio de comportamentos positivos na sessão de BT, como não chorar, não demonstrar medo, manipular brinquedos, dramatizar procedimentos e o desejo de continuar a brincadeira após o seu término, evidenciando prazer e satisfação ao brincar (Fontes, Oliveira, & Toso, 2017).

Apesar das vantagens e benefícios do seu uso em instituições de saúde, ainda é pouco empregado na prática, em função de algumas dificuldades apontadas pelos profissionais de saúde, que se sobrepõem às vantagens, comprometendo sua implementação sistemática na prática assistencial (Oliveira, Maia, Borba, & Ribeiro, 2015).

Entendendo a importância do BT no cuidado à criança hospitalizada e estando sensibilizadas para as dificuldades enfrentadas pelos profissionais para inseri-lo em seu cotidiano, as autoras realizaram este estudo, partindo da seguinte questão norteadora: como é para o enfermeiro usar o BT ao cuidar da criança hospitalizada na sua prática diária?

2. OBJETIVO

Compreender a experiência do enfermeiro em relação ao uso do BT no cuidado à criança hospitalizada em seu cotidiano profissional.

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, desenvolvida nas unidades de pediatria e terapia intensiva pediátrica (UTI-P) de um hospital do município de São Paulo, Brasil.

A amostra constituiu-se de 21 enfermeiros que atuavam nas referidas unidades e tiveram contato com o BT na prática ou acompanharam a sua utilização por outro profissional, concordando em participar da pesquisa. Foram excluídos aqueles afastados por licença ou férias no período de coleta dos dados.

A maioria dos enfermeiros era do sexo feminino (20; 95,2%), com idade entre 24 e 58 anos (média = 33,2 anos) e tempo de trabalho na unidade atual entre menos de um ano a 29 anos (média = 7 anos). Quase todos possuíam especialização (20; 95,2%), com destaque para a área de terapia intensiva pediátrica, pediatria e neonatologia, sendo que apenas dois enfermeiros possuíam mestrado.

Em relação ao uso do BT, a maioria dos enfermeiros o utiliza ocasionalmente (11; 52,4%), sendo que quatro o utilizam raramente ou nunca o utilizaram (19,0%) e dois, frequentemente (9,2%). A maioria deles teve contato prévio com o BT antes de trabalhar nesta unidade (18; 85,7%)

Por ser um estudo qualitativo, o número de participantes foi definido no decorrer da coleta de dados, encerrando-se a inclusão de novos participantes quando as informações obtidas possibilitaram compreender a situação estudada (Polit & Beck, 2011).

Os enfermeiros participaram de uma entrevista semiestruturada, conduzida a partir de um roteiro, elaborado pelas autoras da pesquisa, com os seguintes itens: perfil dos entrevistados e rotina de uso do BT na prática; perguntas norteadoras sobre a experiência do enfermeiro com o uso do BT na prática ao cuidar da criança no hospital. A entrevista foi gravada por meio de dispositivo de áudio, possibilitando a transcrição literal dos discursos para posterior análise dos dados.

Os enfermeiros foram entrevistados no período de trabalho, conforme sua disponibilidade. Inicialmente, era explicado sobre a pesquisa e em que consistia sua participação, apresentando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a ser assinado, se concordassem em participar do estudo.

Os dados foram coletados em 2019, após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Israelita Albert Einstein (número do parecer: 3.242.024), conforme a Resolução nº 466, de 12/12/2012 (Ministério da Saúde, 2013).

Para analisar os dados, utilizou-se a Análise Temática de Conteúdo, que se constitui em um conjunto de estratégias de análise de comunicação utilizado para identificar, a partir de procedimentos sistemáticos e objetivos, o que é dito acerca de determinado tema (Bardin, 2011).

Na primeira etapa, procedeu-se uma primeira leitura mais abrangente das transcrições das entrevistas, buscando resgatar uma percepção inicial do conteúdo. Na etapa seguinte, leituras sucessivas foram realizadas, com o intuito de destacar as frases significativas do texto, que foram grifadas. Os trechos destacados foram codificados e, posteriormente, agrupados para constituir as categorias, de forma a apresentar o fenômeno estudado (Bardin, 2011).

No processo de categorização, inicialmente os trechos selecionados foram agrupados, considerando as diferenças temáticas que emergiram. Num segundo momento, os trechos passaram a ser agrupados por similaridade de conteúdo a categorias já existentes. Finalmente, elaborou-se a síntese dos discursos, a partir da aproximação dos dados

empíricos da realidade aos pressupostos teóricos (Bardin, 2011). Destaca-se que este é um estudo mais amplo e, neste artigo, será apresentado parte dos resultados, sob a forma de 4 categorias temáticas.

4. RESULTADOS

A reflexão, por parte dos enfermeiros, a cerca das experiências vivenciadas com o uso do BT é revelada por meio das categorias apresentadas a seguir. A descrição da análise dos dados é acompanhada por trechos das entrevistas com os profissionais, identificados por meio de cores, escolhidas por eles próprios, como forma de garantir o sigilo de suas identidades.

4.1 Resgatando o primeiro contato com o BT

Alguns enfermeiros relataram que o primeiro contato aconteceu durante o curso de graduação ou pós-graduação. Evidencia-se nos discursos, o papel motivador do docente e de enfermeiros assistencial, sensibilizando os novos profissionais para a inclusão do BT no cuidado à criança.

Na faculdade, eu tive contato (com o BT)... bem pouco... em “Saúde da criança” (disciplina). [...] eu percebi que foi um assunto muito místico para enfermagem... como algo que não tinha sentido... que seria para fazer perder tempo. Na pós-graduação, eu tive um contato maior [...]. Tive oportunidade de aplicar (o BT) algumas vezes e vi o quanto é positivo. (royal)

Na minha formação, eu vim da U. (instituição de ensino onde se graduou). Lá, tem um grupo forte, que é da minha época. Era a professora C. e a R. que fazia um brinquito. Mas quando eu estava lá, você sabe, se é envolvida com mil coisas. Não me peguei ao BT, até porque, quando eu estava na graduação, eu estava em dúvida, ainda, se eu ia querer geriatria ou pediatria. Foi só no último ano, que eu decidi. Ah, quando eu me formei... lá na pediatria, lá do hospital..., tinha a enfermeira G., na época, que ainda está lá até hoje. (pink)

Embora todos os entrevistados tivessem algum conhecimento sobre o BT, para alguns deles, o primeiro contato ocorreu na prática profissional, seja na unidade em que atuam no momento ou em experiências anteriores de trabalho.

No hospital público que eu trabalhava, foi o primeiro momento que a gente...que eu tive contato (com o BT). (rosa)

Aqui (na instituição), foi o primeiro lugar (que apliquei o BT). [...] Na minha formação acadêmica, não foi falado nada disso. Eu conheci só na pós (pós-graduação). (bege)

Eu comecei a fazer o BT aqui na instituição. Nos outros serviços que eu trabalhei, a gente não trabalhava com BT. (prata)

4.2 Apesar de parecer complexo e trabalhoso no início, o uso do BT é percebido como uma experiência positiva

O enfermeiro reconhece que a realização da sessão de BT é trabalhosa e complexa em um primeiro momento, às vezes, por falta de conhecimento, revelando-se uma estratégia facilitadora para as demandas assistenciais futuras e reduzindo o tempo gasto na realização de procedimentos com a criança.

Achava um pouco de perda de tempo, até que eu fiz o primeiro (BT) com a primeira criança. Porque aí, eu vi que a gente realmente perde os dez minutos, mas depois ganha duas, três, quatro horas na assistência. Porque fica muito mais fácil. (preto)

O ganho que a gente tem com as crianças aqui, que ficam internadas principalmente (em internações) de longa duração, é muito válido. Tanto para a gente, mas principalmente para criança [...] Difícil...que a gente acha que... nossa, que não vai dar certo... de entrar no quarto da criança e ela esgoelar... e isso ser resolvido (com o BT), mesmo que a longo prazo. (branco)

Eu não fazia por falta de conhecimento e por falta de conhecer os benefícios que isso trazia, entendeu? Eu percebi que agora, depois de um tempo trabalhando na Pediatria e vendo o benefício que isso traz... (verde claro)

Muitas foram as experiências positivas relatadas pelo enfermeiro com o uso do BT, destacando-se o momento de abordagem da criança para examiná-la ou realizar procedimentos de enfermagem.

Se ela normalmente está muito agitada, não quer deixar... a gente leva uma boneca, leva aquele “esteto” (estetoscópio de brinquedo utilizado na sessão de BT) e aí, faz primeiro no brinquedo, [...] ela vai deixando a gente examinar ela com mais facilidade. (azul claro)

O BT em si, (eu uso) raramente, mas a gente sempre pega... Sempre que possível, que tem algum brinquedo próximo, eu utilizo. Então, antes de examinar uma criança e ela tá com a boneca lá (brinquedo da própria criança), ela examina a boneca... É uma forma de fazer um BT, mas não aquele BT (refere-se à sessão do BT de forma estruturada). (cinza)

Para o enfermeiro, ficou clara a mudança de comportamento da criança após a realização do BT, que se torna mais tranquila, colaborando com os procedimentos.

Cuidei de um menininho que [...] entrava no quarto e ele: ããããh (imita choro da criança). Chorando o tempo todo... Tinha um dreno de tórax... a gente não sabia direito interpretar o que estava acontecendo. Eu falei com a C... (enfermeira da unidade): vê se consegue fazer BT com essa criança. Olha, no outro plantão, te juro, era outra criança... outra! [...] Ele mudou muito o comportamento. É lógico que ainda assustado, mas, assim, não tinha aquele comportamento o tempo todo, juro! (vermelho)

Sempre que a gente entrava no quarto, ela (a criança) chorava muito e aí, a gente começou a fazer BT com ela. No mesmo dia, a gente viu o resultado. Eu entrei e fiz (o BT). Ensinei ela a limpar o clave (dispositivo usado no acesso venoso), ensinei ela a fazer a medicação e tudo mais. E na próxima medicação que eu já fui administrar, ela já me ajudou a limpar o “clave”. (preto)

O enfermeiro destaca a participação da família na sessão de BT, evidenciando o seu potencial para integrá-la ainda mais no cuidado à criança. Quando o familiar percebe que a brincadeira facilita a realização dos procedimentos com a criança, passa a confiar na equipe, estabelecendo uma relação de confiança com os profissionais.

Se você conseguir conquistar os pais, você já facilita o seu trabalho com a criança. Porque eles também vão te ajudar nessa brincadeira (o BT). (azul)

4.3 Enfrentando dificuldades para realizar o BT na prática

Sob o ponto de vista do enfermeiro, alguns fatores dificultam a implementação sistemática do BT, como: desconhecimento sobre este tipo de brincadeira e falta de capacitação dos enfermeiros para utilizá-lo na prática; desvalorização por parte de outros profissionais da equipe, que não respeitam a aplicação do BT; tempo insuficiente devido à demanda aumentada de atividades administrativas, burocráticas e assistenciais na unidade.

Às vezes, acaba não sendo possível, pela demanda assistencial que a gente tem, né! [...] (prata)

Os profissionais ainda têm muita resistência de usar. [...] (vinho)

Vejo que aqui na instituição, a gente tem um pouco mais de foco com isso (o BT)... só que não é tão bem aproveitado. Eu acho que as pessoas poderiam ser um pouquinho mais inseridas e treinadas para fazer isso. [...] Eu sinto que, às vezes, é um pouco falho. Que a gente sabe que tem um brinquedo aqui... que a gente poderia colocar já no começo (desde a admissão), antes de fazer o procedimento. E a gente acaba recorrendo a esse recurso na hora que a criança já tem uma barreira de resistência. (cinza)

Destaca-se, ainda, que o enfermeiro do período noturno considera o horário inoportuno para realizar esta atividade. Enfermeiros da UTI também consideram que, devido à alta complexidade de cuidado de seus pacientes, têm dificuldade para utilizar o BT, mesmo reconhecendo sua importância. Por vezes, não se sentem tão preparados. Além do mais, ressaltam que nem sempre conseguem fazer o BT quando a criança chega a unidade e, depois, ela já foi submetida a procedimentos dolorosos sem preparo prévio com o brinquedo.

Nem sempre a gente consegue (fazer o BT à noite), porque as crianças já estão dormindo. (roxo)

Eu queria usar sempre... O quase nunca, é por causa da falta de tempo mesmo. Principalmente quando a gente está aqui na UTI [...] trabalhei muito tempo em uma UTI de alta complexidade, que não dava para fazer esse tipo de trabalho por conta da condição clínica dos pacientes... estarem sedados, em estado grave... (verde claro)

Aqui na UTI, às vezes, a criança não chega, assim, ééé...ela não chega numa situação que dá para aplicar o brinquedo. [...] Ela chega, e não dá para brincar. [...] Então, às vezes, você tem um pouquinho mais de atraso em aplicar o brinquedo e, principalmente, à noite [...] Então, às vezes, na admissão, durante a noite e na UTI, fica mais dificultoso, por conta disso... horário e o setor. [...] É assim.. .Aí, admitiu na madrugada e não conseguiu, então vai conseguir só durante o dia... Ou então, a criança chegou muito ruim, mais instável, conseguiu ajeitar ela um pouquinho durante a noite [...] a criança tá melhor, tá reclamando... aí, agora, vai aplicar o brinquedo. Só que ela já foi picada, já ficou no alto fluxo aqui. Já veio, já aspirou um monte,

oitocentas e cinquenta pessoas já passaram, já viram examinaram a criança) ... mil pessoas já mexeram com ela, que ela não sabia... ela não queria. Ninguém pediu autorização dela e agora que vão introduzir o brinquedo, mas é que agora foi a situação que permitiu. (laranja)

Então aqui (na UTIP), a gente acaba focando mais em outras coisas. Lá (na pediatria), tem mais tempo para isso, porque a demanda é outra. Aqui, o enfermeiro é muito assistencial. O tempo inteiro é curativo... é isso... é aquilo. E tem os problemas para resolver... Então, às vezes, não é nem... às vezes, por falta de dedicação, talvez... não sei. De deixar um tempo para isso... Você acaba não fazendo. Você foca nas coisas de UTI, por isso que fica meio... se for parar para analisar, às vezes, soa como falta de vontade... talvez, de fazer (o BT), se for parar para pensar. Mas eu acho que, por ser complexidade diferente, tipo, você pega uma criança super grave, como você vai fazer o brinquedo, sendo que você tem tantas coisas para olhar ali dentro? [...]Então, o boneco acaba sendo a última coisa que você vai pensar. (turquesa)

4.4 Entendendo que o BT deve ser usado desde a admissão da criança no hospital

O enfermeiro entende que o emprego de BT deve ocorrer desde a admissão da criança na instituição e apontam a falta de tempo e a organização da rotina por parte da equipe para aplicar o BT nesse momento. Vislumbram, todavia, a possibilidade de fortalecer esta prática num futuro próximo.

Eu acho que faria toda a diferença no momento da admissão, porque a criança está vindo para um lugar que ela não conhece, ela não sabe o que vai acontecer...É pessoa chegando e pegando nela... Se houvesse tempo hábil ou se a equipe se organizasse... pra aplicar o BT na admissão, eu acho que isso minimizaria os traumas durante toda a internação. (marrom)

Sim, acho que ajuda (fazer o BT na admissão), principalmente se você começar a empregar logo no primeiro contato que você tenha... por exemplo, a fazer sinais vitais, entendeu? Você leva o boneco já... junto. Porque ela vai se familiarizando...não fica aquela coisa de só momento da tensão, entendeu? Acho que talvez seja melhor aproveitado. (rosa)

Então, se isso (uso do BT) vem desde a admissão para a gente... a gente trabalha muito mais tranquilo... as coisas fluem... a criança muito mais colaborativa... E fora os

traumas que você não tá deixando...você tá deixando de introduzir traumas na assistência dessa criança. (dourado)

5. DISCUSSÃO

Os resultados permitiram ressaltar a importância que os enfermeiros atribuem ao uso do BT no hospital e os benefícios apontados são condizentes com os que vêm sendo enfatizado na literatura (Oliveira, Maia, Borba, & Ribeiro, 2015; Marques, Silva, Cruz, & Souza, 2015; Maia, Ribeiro, & Borba, 2011).

Estudos revelam os inúmeros benefícios vivenciados por enfermeiros que utilizam o BT de forma sistemática na assistência de enfermagem com a criança, como: ajudá-la a compreender melhor a situação e promover seu bem-estar; acalmar e minimizar seu medo, estresse e ansiedade; favorecer o seu desenvolvimento e a socialização; formar vínculo e estreitar a relação com ela e sua família; propiciar a sensação de gratificação e realização para os profissionais envolvidos, além de humanizar o cuidado prestado (Oliveira, Maia, Borba, & Ribeiro, 2015; Marques, Silva, Cruz, & Souza, 2015; Maia, Ribeiro, & Borba, 2011).

Os enfermeiros do presente estudo que afirmaram usar o BT, relatam que o utilizam principalmente quando têm dificuldade para abordar a criança e realizar os procedimentos. Resultados semelhantes quanto à reflexão dos enfermeiros sobre suas experiências com o uso BT foram apontadas no estudo realizado em um hospital infantil de São Paulo (Marques, Silva, Cruz, & Souza, 2015)

Os profissionais entrevistados entendem, também, que a participação da família é importante, percebendo que os pais se sentem satisfeitos com este tipo de atendimento com brinquedo, ao identificarem que seus filhos apresentam mudanças de comportamento, aceitando melhor os procedimentos realizados e colaborando mais com toda equipe, estreitando, assim, a relação da família com os profissionais.

A família é percebida pela criança como fonte de segurança, devendo, portanto, ser inserida na assistência de enfermagem, participando, inclusive, das sessões de BT. Essa prática contribui para que a criança fique mais tranquila, tornando-se mais participativa nos cuidados (Caleffi, Rocha, Anders, Souza, Burciaga, & Serapião, 2016).

Os enfermeiros entrevistados também relatam um sentimento de valorização e motivação no trabalho, quando percebem o reconhecimento dos familiares. Estudos refletem essa mesma

realidade e apontam a participação da família como sendo importante e benéfica na aplicação do BT. Os enfermeiros reconhecem os familiares como facilitadores na comunicação e interação entre eles e a criança, apoiando a participação da família na sessão de BT (Maia, Ribeiro, & Borba, 2011).

Ao começar a usar o BT na prática, os enfermeiros do presente estudo relataram que passaram a identificar inúmeros benefícios que antes não vislumbravam. O sentimento de descrença na efetividade do BT foi algo bastante ressaltado por eles também, relacionado à pouca experiência que possuíam, por serem recém-formados e o tema ter sido pouco explorado durante a graduação.

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) n. 546/2017 afirma que compete à equipe de enfermagem que atua na área pediátrica, a utilização da técnica do brinquedo/BT, na assistência à criança hospitalizada e sua família (Conselho Federal de Enfermagem, 2017).

A abordagem do conteúdo sobre brinquedo/BT nos cursos de graduação é uma recomendação do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, que emitiu parecer favorável à sua utilização como um instrumento da assistência de enfermagem, recomendando que seja obrigatória a inclusão desta temática na grade curricular dos cursos de graduação em Enfermagem (Conselho Federal de Enfermagem, 2004).

Todavia, nem sempre a temática do BT é contemplada de maneira efetiva durante este período de formação acadêmica, uma vez que depende do valor atribuído pelo docente ao BT no ensino do cuidado à criança (Maia, Ohara, & Ribeiro, 2019).

O Grupo de Estudos do Brinquedo (GEBRINq) é um grupo multidisciplinar e interinstitucional, credenciado pelo Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq), que se propõe a aprofundar o estudo e realizar pesquisas sobre o ensino e prática do Brinquedo/ BT na assistência à criança e família, contribuindo para a capacitação de profissionais em diferentes regiões do Brasil.

A literatura aponta a necessidade de se fazer uma reflexão sobre o ensino do BT nos cursos de graduação em enfermagem, de modo que a abordagem deste assunto seja garantida no currículo do graduando, com o envolvimento de diferentes docentes, maior tempo na grade curricular e uso de estratégias facilitadoras do aprendizado. Busca-se, desta maneira,

sensibilizar o acadêmico para o uso do BT em sua vida profissional, tornando-se um agente multiplicador dessa prática no cuidado à criança (Barreto, Maia, Depianti, Melo, Ohara, & Ribeiro, 2017).

Quanto às dificuldades enfrentadas pelos profissionais entrevistados sobre a aplicação do BT na prática, além do conhecimento prévio insuficiente, já citado anteriormente, destaca-se a falta de oportunidades de capacitação, a desvalorização desta atividade pelos demais profissionais da equipe e o tempo insuficiente para realizá-lo, devido às inúmeras atribuições do enfermeiro. Estas dificuldades também são citadas em um artigo, no qual os autores também apontam a falta de material específico e de espaço adequado para realizar o BT (Marques, Silva, Cruz, & Souza, 2015).

Outros estudos também relatam dificuldades semelhantes vivenciadas pelos enfermeiros, que comprometem a aplicação do BT, enfatizando-se a necessidade de se discutir estratégias para superá-las junto a estes profissionais e a instâncias administrativas das instituições (Oliveira, Maia, Borba, & Ribeiro, 2015; Malaquias, Baena, Campos, Moreira, Baldissera, & Higarashi, 2014).

Destaca-se a necessidade de se organizar capacitações sobre o brinquedo/ BT para os profissionais, possibilitando que protocolos assistenciais já existentes sejam realmente implementados na sistematização da assistência de enfermagem (Oliveira, Maia, Borba, & Ribeiro, 2015).

Em relação ao uso do BT desde o momento da admissão da criança no hospital, os enfermeiros entrevistados reconhecem-no como um fator facilitador da assistência, reduzindo o estresse e o trauma relacionado à hospitalização. Para eles, o BT ainda é pouco usado durante a admissão hospitalar na instituição onde atuam, acreditando que a elaboração de protocolos, que já estão em fase de produção, poderá contribuir para tornar esta prática uma realidade nos próximos anos.

Ressalta-se que o BT deve ser empregado em qualquer situação de cuidado, sempre que a criança necessite. Constata-se que a resposta é positiva e satisfatória, tanto em relação ao comportamento da criança, como para o profissional, ao facilitar a realização do procedimento durante a assistência de enfermagem (Malaquias, Baena, Campos, Moreira, Baldissera, & Higarashi, 2014).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao refletir sobre suas experiências com o uso do BT, o enfermeiro o considera como uma atividade complexa e trabalhosa, quando começa a aplicá-lo na prática, passando a identificar muitas vantagens ao utilizá-lo. Aponta, ainda, alguns fatores que dificultam a sua realização, entretanto, reconhece o seu potencial para envolver ainda mais a família no cuidado da criança hospitalizada e entende que seu uso deve ser rotineiro, acontecendo desde o momento da admissão da criança no hospital.

Nessa perspectiva, acredita-se que os resultados deste estudo podem sensibilizar os profissionais de saúde sobre a aplicação do BT em diferentes momentos da assistência, mas principalmente na admissão da criança no hospital, como forma de amenizar o estresse e humanizar o cuidado.

Considerando que o presente estudo foi realizado em um local onde o BT vem sendo utilizado com frequência pelos profissionais, recomenda-se a realização de outras pesquisas que permitam comparar esses resultados com os de instituições que ainda não utilizam o BT rotineiramente no seu cotidiano.

O uso da modalidade de investigação qualitativa, neste estudo, possibilitou explorar com a profundidade necessária, a maneira como o enfermeiro percebe o uso do BT, a partir de suas experiências no cuidado à criança hospitalizada. Evidenciou-se, mais uma vez, o potencial deste tipo de abordagem metodológica para abordar, de forma mais abrangente, questões de pesquisa desta natureza, que envolvem percepções e experiências de vida.

7. REFERÊNCIAS

- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. 6 ed. rev. e atual. Traduzido por Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo, SP: Edições 70.
- Barreto, L. M. S. C., Maia, E. B. S., Depianti, J. R. B., Melo, L. L., Ohara, C. V. S., & Ribeiro, C. A. (2017). Giving meaning to the teaching of therapeutic play: the experience of nursing students. *Escola Anna Nery*, 21(2): e-20170038. Recuperado em 26 de abril de 2018 de http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n2/en_1414-8145-ean-21-02-e20170038.pdf
- Barroso, M. C., Santos, R. S., Santos, A. E., Nunes, M. D., & Lucas, E. A. (2020). Percepção das crianças acerca da punção venosa por meio do brinquedo terapêutico. *Acta Paul Enferm.*, 33, e-APE20180296. Recuperado em 24 de abril de 2020 de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v33/1982-0194-ape-33-e-APE20180296.pdf>
- Caleffi, C. C. F., Rocha, P. K., Anders, J. C., Souza, A. I. J., Burciaga, V. B., & Serapião, L. S. (2016). Contribuição do brinquedo terapêutico estruturado em um modelo de cuidado de enfermagem para crianças hospitalizadas. *Rev Gaúcha Enferm.*, 37(2), e58131. Recuperado em 25 de abril de 2020 de <http://www.scielo.br/pdf/rge/v37n2/0102-6933-rge-1983-144720160258131.pdf>

- Conselho Federal de Enfermagem. (2017). Resolução COFEN n. 546, de 9 de maio de 2017. *Dispõe sobre a utilização da técnica do Brinquedo/Brinquedo Terapêutico pelo Enfermeiro na assistência à criança hospitalizada*. Brasília (DF): Diário Oficial da União. Recuperado em 01 de março de 2020 de http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05462017_52036.html
- Conselho Regional de Enfermagem. (2004). Resolução COFEN n.295, de 24 de outubro de 2004. Dispõe sobre a utilização da técnica do Brinquedo/Brinquedo Terapêutico pelo Enfermeiro na assistência a criança hospitalizada. São Paulo (SP): COFEN. recuperado em 25 de abril de 2020 de http://www.coren-ro.org.br/resolucao-cofen-2952004_2087.html
- Fontes C. M. B., Oliveira A. S. S., & Toso L. A. (2017). Therapeutic toy in pediatric intensive therapy unit. *Rev Enferm UFPE*, 11(Supl.7), 2907-15. Recuperado em 26 de abril de 2018, de <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/9518/19200>
- La Banca, R. O., Ribeiro, C. A., Freitas, M. S., Freitas, M. A. O., Nascimento, L. C., Monteiro, O. O., et al. (2019). Brinquedo Terapêutico no ensino da insulino terapia a crianças com diabetes: estudo de caso qualitativo. *Rev. Eletr. Enferm.* [Internet]; 21, 52591. Recuperado em 24 de abril de 2020, de <https://doi.org/10.5216/ree.v21.52591>.
- Maia, E. B., Ribeiro, C. A., & Borba, R. I. (2011). Compreendendo a sensibilização do enfermeiro para o uso do brinquedo terapêutico na prática assistencial à criança. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(4), 839-46. Recuperado em 25 de abril de 2020, de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a07.pdf>
- Maia, E. B. S., Ohara, C. V. S., Ribeiro, C. A. (2019). Ensino do brinquedo terapêutico na graduação em enfermagem: ações e estratégias didáticas utilizadas por professores. *Texto Contexto Enferm* [Internet], 28, e20170364. Recuperado em 25 de abril de 2020, de <https://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0364>
- Malaquias, T. S. M., Baena, J. A., Campos, A. P. S., Moreira, S. R. K., Baldissera, V. D. A., & Higarashi, I. H. (2014). O uso do brinquedo durante a hospitalização infantil: saberes e práticas da equipe de enfermagem. *Ciencia, Cuidado e Saude*, 13(1), 97-103. Recuperado em 25 de abril de 2020, de <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/21802>
- Marques, D. K. A., Silva, B. L. K., Cruz, D. S., & Souza, I. V. (2015). Benefícios da aplicação do brinquedo terapêutico: visão dos enfermeiros de um hospital infantil. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 22(1), 64-68. Recuperado em 25 de abril de 2020, de <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/240/102>
- Ministério da Saúde. (2013). Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado em 25 de abril de 2020, de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
- Oliveira, C. S., Maia, E. B., Borba, R. I. H. & Ribeiro, C. A. (2015). Brinquedo Terapêutico na assistência à criança: percepção de enfermeiros das unidades pediátricas de um hospital universitário. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediátrica*, 15(1), 21-30. Recuperado em 25 de abril de 2020, de https://sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol15-n1/vol_15_n_2-artigo-de-pesquisa-3.pdf
- Paladino, C. M., Carvalho, R., & Almeida, F. A. (2014) Brinquedo terapêutico no preparo para a cirurgia: comportamentos de pré-escolares no período transoperatório. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(3), 423-9. Recuperado em 25 de abril de 2020, de http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n3/pt_0080-6234-reeusp-48-03-423.pdf
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2011). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem*. 7 ed. São Paulo, SP: Artmed.
- Pontes, J. E., Tabet, E., Folkmann, M. A. S., Cunha, M. L. R., & Almeida, F. A. (2015). Therapeutic play: preparing the child for the vaccine. *Einstein* (São Paulo), 13(2), 238-242. Recuperado em 25 de abril de 2020, de http://www.scielo.br/pdf/eins/v13n2/pt_1679-4508-eins-13-2-0238.pdf

APRENDER EM PROJETOS DE INVESTIGAÇÃO DURANTE A LICENCIATURA EM ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

David Loura¹, Rafael Bernardes², Cristina Lavareda Baixinho^{1,3,4}, Helga Rafael^{1,3}, Isa Félix¹, Mara Guerreiro^{1,3,5}

¹Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal. davidloura@campus.esel.pt isafelix@esel.pt

²UICISA:E, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal rafaelalvesbernardes@esenfc.pt

³UIDE, Portugal. hrafael@esel.pt

⁴ciTechCare, Portugal. crbaixinho@esel.pt

⁵CiiEM, Instituto Universitário Egas Moniz, Monte de Caparica, Portugal. mara.guerreiro@esel.pt

Resumo. Introdução: O desenvolvimento da investigação e a emergência de uma prática baseada na evidência são um desafio claro para a educação dos futuros profissionais de saúde, aos quais são requeridas competências de pesquisa, leitura e utilização correta dos resultados da investigação na prática clínica. Objetivos: Identificar o que aprendem os estudantes de enfermagem com o envolvimento em projetos de investigação, durante a licenciatura. Métodos: A revisão integrativa de literatura foi efetuada segundo um protocolo, com definição dos critérios de elegibilidade dos estudos primários, obtidos nas bases de dados dos motores de busca EBSCO, JBI e Scopus. Resultados: Os estudantes podem ser envolvidos em todas as fases do processo de pesquisa, contribuindo para a sua satisfação na aprendizagem, com impacto positivo na motivação, reflexão e integração do conhecimento, desenvolvimento de competências de comunicação, escrita científica, gestão do tempo e juízo crítico. O envolvimento dos estudantes contribui para o desenvolvimento dos projetos de investigação. Conclusões: O envolvimento dos estudantes em projetos de investigação contribui para diferentes aprendizagens. Os nossos resultados sugerem que a formação teórica sobre investigação deve ser associada a outras estratégias para o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes de pesquisa.

Palavras-chave: Estudantes; Enfermagem; Pesquisa; Aprendizagem.

LEARNING IN RESEARCH PROJECTS DURING NURSING UNDERGRADUATE DEGREE: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

Abstract. Introduction: The development of research and the evidence-based practice paradigm pose a challenge for the education of future health professionals, who are required to have search skills, and be able to appraise and correctly use research results in clinical practice. Objectives: To identify what nursing students learn from being involved in research projects during their undergraduate degree. Methods: This integrative literature review was carried out according to a protocol, defining the eligibility criteria for primary studies, obtained from EBSCO, JBI and Scopus search engines. Results: Students can be involved in all phases of the research process, contributing to their satisfaction with learning, with positive impact on motivation, reflection and integration of knowledge, development of communication skills, scientific writing, time management and critical judgment. Involving these students also benefits the research process. Conclusions: Students' involvement in research projects contributes to a range of learning opportunities. Our results suggest that classroom education on research should be associated with other strategies for the development of research knowledge, skills and attitudes.

Keywords: Students; Nursing; Research; Learning.

1. INTRODUÇÃO

Há um interesse crescente sobre a pesquisa e o desenvolvimento da investigação em saúde e o envolvimento de estudantes da formação pré e pós graduada, com recomendações para que os futuros profissionais de saúde sejam envolvidos neste tipo de atividades, a fim de nutrir uma cultura e um espírito de pesquisa (Einarsen & Giske, 2019). Associado a este movimento tem emergido nos currículos em enfermagem a introdução de educação em Prática Baseada em Evidência (PBE), para o desenvolvimento acadêmico dos estudantes e aprofundamento dos conteúdos teóricos (Mena-Tudela et al., 2018). Tal promove uma integração teórico-prática, essencialmente, durante o ensino clínico para que este tenha um impacto na melhoria dos cuidados e facilite o desenvolvimento de um novo profissional de saúde, com competências científicas de diferentes níveis, apto para reger a sua atividade profissional pelos resultados da investigação.

É inegável que os cuidados de saúde estão a tornar-se mais complexos, exigindo um aumento de competências científicas (Einarsen & Giske, 2019). Todavia, é difícil alcançar os objetivos referidos de um modo tradicional em que um professor prepara aulas, explica e demonstra aos seus estudantes (Sun, Liu, Wu, & Li, 2014), esperando que desta, forma este, saiba utilizar a pesquisa para produzir resultados seguros na clínica. A educação em enfermagem deve fortalecer a capacidade de pensamento crítico e aprimorar as habilidades dos estudantes nas áreas de pensamento analítico, resolução de problemas e raciocínio clínico (Einarsen & Giske, 2019). Tais habilidades proporcionam um maior desenvolvimento profissional, facilitam a compreensão de situações mais complexas nos processos de saúde/doença das pessoas e prepara os enfermeiros para um escopo mais amplo de prática (Einarsen & Giske, 2019).

Slattery et al. (2016) defendem que para além de aprender teoria sobre investigação, familiarizar-se com trabalho interprofissional a este nível, importa que os estudantes participem em pesquisa, interajam efetivamente com investigadores académicos e clínicos e incorporarem os resultados da investigação nas intervenções de enfermagem, obtendo competências de PBE e a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde (Baixinho, Ferreira, Marques, Presado, & Cardoso 2017).

Alguns autores advogam que os Ensinos Clínicos são momentos-chave para a melhoria dos conhecimentos, atitudes e competências dos estudantes ao nível da evidência científica (Aglen, 2016; Mena-Tudela et al., 2018), considerando que a aprendizagem de uma PBE é

maior quando é integrada no ensino clínico, provavelmente pela possibilidade de experienciar o processo e o impacto na melhoria dos cuidados nos diferentes contextos de prática.

A aprendizagem de uma PBE não se aprende nos bancos da escola (Slattery et al., 2016; Mena-Tudela et al., 2018), exige um contacto com projetos de investigação, conhecimento de métodos e técnicas de investigação e capacidade de análise sobre o desenho do estudo, a sua qualidade e os resultados obtidos, ou seja, que o estudante seja um participante ativo em alguma fase do processo de pesquisa.

Os estudos sobre o tema registam as vantagens, mas não são claros quanto ao impacto destas experiências após o seu término. Na avaliação do programa de iniciação à investigação desenvolvido por Slattery et al. (2016) os resultados apontam para que a exposição precoce, dos estudantes de enfermagem, a diferentes atividades de pesquisa encoraje os recém-formados a incorporar a evidência na sua clínica futura e a serem mais proativos na procura de formação pós-graduada. No entanto, Allari (2016) observa que cerca de 50% dos estudantes que são envolvidos em experiências de pesquisa durante o curso consideram que a mesma foi difícil e mesmo vendo os resultados aplicados na prática não manifestam intenção de realizar investigação no futuro.

Foster e Flanders (2014) na investigação que efetuaram sobre os desafios da educação de enfermeiros também alertam para existência de barreiras à aprendizagem de uma PBE, tais como as descrições pouco claras das atividades efetuadas pelos enfermeiros, dado que muitas vezes em vez de lidar com as atividades específicas da profissão, estão a resolver os problemas periféricos dos doentes, com sobrecarga de trabalho, escassez de tempo, o que impede o uso da evidência clínica na educação dos estudantes (Foster & Fladers, 2014), e na prestação de cuidados à pessoa hospitalizada. E estas dificuldades na clínica podem ter influência no envolvimento dos estudantes na investigação, na percepção do que é uma PBE e de como pode ser aplicada na clínica.

Independentemente das dificuldades a educação surge como um fator facilitador da integração da PBE na prática clínica (Cardoso et al., 2019) e da aprendizagem de investigação. Uma vez que estes futuros profissionais precisam de ter competências de investigação e de utilização dos resultados da mesma para terem uma PBE é objetivo deste estudo: identificar o que aprendem os estudantes de enfermagem com o envolvimento em projetos de investigação, durante a licenciatura.

2. METODOLOGIA

A presente Revisão Integrativa da Literatura (RIL) pretende responder à seguinte questão de pesquisa, formulada em consonância com a mnemónica PICO (população, fenómeno de interesse e contexto): “O que aprendem os estudantes de enfermagem com o envolvimento/participação em projetos de investigação durante o curso de licenciatura?”.

A opção pelo método deve-se à possibilidade de incluir literatura relevante que suporte a tomada de decisão, através da síntese do estado do conhecimento sobre o fenómeno em estudo, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam de ser preenchidas com a realização de novos estudos (Mendes, Silveira, & Galvão, 2008).

Para aumentar o rigor do estudo e garantir a validade dos resultados optou-se por seguir o protocolo definido por Mendes, Silveira e Galvão (2008), para este tipo de revisão da literatura com método científico e que compreende seis etapas: (1) identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa, (2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos, (3) definição das informações a serem extraídas, (4) avaliação dos estudos incluídos, (5) interpretação dos resultados e (6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

Esta orientação metodológica facilitou a seleção dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos, com a finalidade de estreitar os intervalos de confiança, facilitar a comparação dos trabalhos, interpretação dos dados e aumentar a precisão dos resultados (Quadro 1).

Quadro 1. Critérios de elegibilidade dos artigos. Lisboa, 2020.

	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Tipo de Estudos	Revisões sistemáticas da Literatura; Revisões Integrativas da Literatura; Scoping review; Estudos primários (quantitativos e/ou qualitativos),	Artigos de opinião, editoriais, relatos de experiência
Participantes	Estudantes de Enfermagem da formação pré-graduada	Estudantes de mestrado e doutoramento
Fenómeno de Interesse	Aprendizagem efetuada pelo envolvimento em projetos de investigação	Aprendizagem em cursos de formação sobre prática baseada em evidência ou investigação, sem participação em projetos ‘no terreno’

A equação de pesquisa, efetuada entre os meses de dezembro de 2019 a fevereiro de 2020, foi (Students or undergraduate students) and (research or research projet or Technology and

Innovation or Atividades or R&D activities or evidence based practice) and (learning or learning outcomes) and nurs*, sendo que estes descritores também foram utilizados em língua portuguesa e inglesa e em associações (AND e OR). Para a seleção dos descritores contribuiu a análise da literatura efetuada na primeira etapa.

A pesquisa foi realizada em dois idiomas (português e inglês), nas bases de dados CINAHL®Complete; Cochrane Controlled Trials Register; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; MedicLatina; MEDLINE, Scopus e JBI. Restringiu-se a pesquisa aos anos de 2014 a 2019, pela atualidade dos resultados de investigação.

O processo de seleção dos estudos foi orientado de acordo com o PRISMA (Figura1).

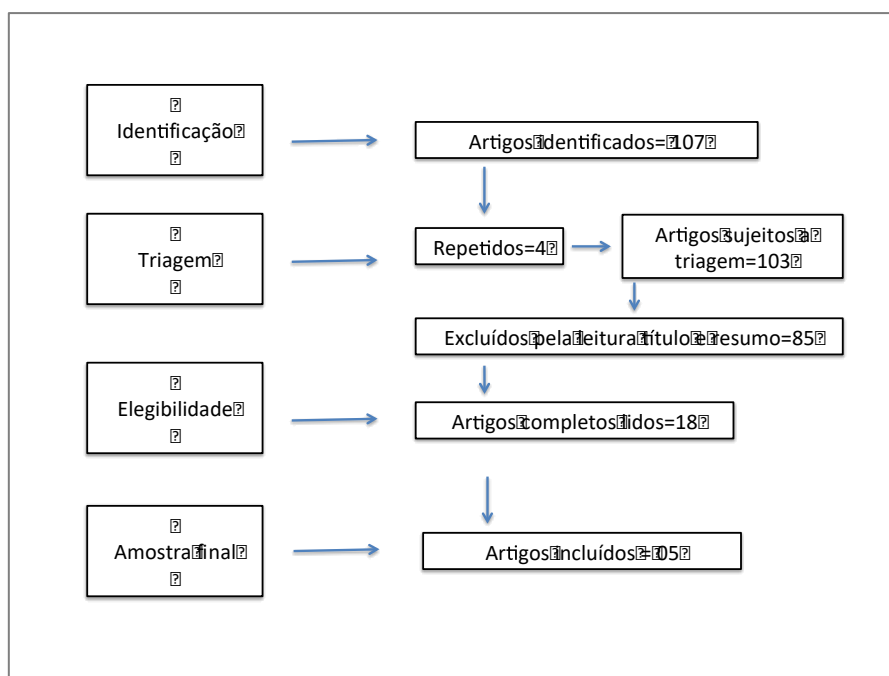


Figura 1. Fluxograma de seleção dos artigos para a revisão integrativa, elaborado a partir das recomendações PRISMA. Lisboa, 2020.

Determinou-se as informações a serem extraídas dos estudos e construiu-se um instrumento com identificação do título do artigo/obra; autor(es), ano de publicação, tipo de artigo; objetivo(s), métodos (se aplicável); avaliação do rigor metodológico; nível de evidência e principais resultados/conclusões.

A potencial amostra ficou constituída por 107 estudos que respeitavam os critérios de inclusão. A análise do título e resumo por dois revisores permitiu eliminar 89 artigos (4

repetidos e 85 que não respeitavam os critérios de elegibilidade). Considerou-se, então, elegíveis 18 artigos. Estes foram sujeitos a análise do texto integral pelos dois investigadores, tendo-se eliminado 13 artigos que não respondiam à questão de investigação. Os artigos foram eliminados por avaliarem programas de formação em PBE ou em investigação, sem envolvimento dos estudantes em projetos de pesquisa translacional ou clínica. Identificou-se também uma Revisão Sistemática sobre o envolvimento de estudantes em investigação, mas que não permitia identificar os ganhos específicos para os estudantes de enfermagem, por isso não foi incluída na amostra (Zuchowski, Heyeres, & Tsey, 2020).

A amostra final foi composta por 5 artigos.

3. RESULTADOS

Os estudos obtidos nesta RIL, e que constituem a amostra bibliográfica, são heterogêneos, quanto aos objetivos, método e resultados. Apesar da diferença das fontes e da metodologia, a sua interpretação permite dar resposta à questão de investigação. As 5 publicações têm níveis de evidência diferentes, bem como métodos e resultados distintos, conforme o descrito no Quadro 2.

Quadro 2. Artigos constituintes da amostra bibliográfica. Lisboa, 2020.

Autores (ano) País do Estudo N	Tipo de Estudo	Objetivos	Principais Resultados
Børsting, Kristensen, & Hanssen (2020) Noruega N=100	Estudo observacional transversal	Examinar as experiências de aprendizagem de estudantes da licenciatura de enfermagem, depois de terem participado num projeto de investigação clínica.	Os estudantes aprendem e desenvolvem competências na área da comunicação, uma vez que precisam de adotar diversas estratégias de abordagem ao doente. Desenvolvem também competências de avaliação e observação clínica, de forma a completar uma colheita de dados para o estudo.
Moskvichena, Bordovskaia, & Darinskaya (2015) Rússia N=40	Estudo exploratório Quantitativo,	Identificar as expectativas dos estudantes face à investigação; e comparar as estimativas com a opinião dos supervisores sobre as habilidades de pesquisa dos alunos.	A análise das expectativas dos alunos mostrou que o apoio do supervisor é um dos fatores mais importantes que motivar alunos de todos os níveis de estudo a participarem de projetos de pesquisa. Há ganhos no conhecimento teórico sobre os fundamentos da investigação, conhecimentos e habilidades de investigação (e a existência de um supervisor contribui para o desenvolvimento em todas as fases da investigação).
Jong, Meijer, Schout, & Abma, (2018) Holanda N= 70	Estudo retrospectivo	Descrever a experiência em envolver estudantes da licenciatura em participarem em atividades de investigação em saúde e ilustrar o valor acrescentado destas atividades enquanto no papel de co-investigadores.	Os estudantes obtêm conhecimento sobre métodos de investigação em enfermagem e competências nesta área. Motiva a autoeficácia dos estudantes na aplicação destes métodos na sua prática. Ajuda o estudante a transferir o conhecimento teórico para a prática.

Autores (ano) País do Estudo N	Tipo de Estudo	Objetivos	Principais Resultados
Einarsen & Giske, (2019) Noruega N=52	Estudo qualitativo (análise conteúdo)	Compreender os resultados a longo prazo após a participação ativa em pesquisas durante o segundo ano do curso e a influência na aprendizagem.	Emergiram 4 categorias Maior consciencialização e atenção na prática; Ser construtivamente crítico com a prática clínica; Maior consciencialização contextual; Tornar-se um pesquisador iniciante (conhecimento, entusiasmo, atitude).
Slattery, <i>et al.</i> , (2016) EUA N= 20	Estudo misto, longitudinal	Avaliar um programa de envolvimento dos estudantes de enfermagem em investigação (investigação translacional e clínica)	A participação no programa possibilitou o conhecimento dos vários papéis, Aprendem a trabalhar em equipas interdisciplinares, Desenvolvimento de competências de análise de dados e implementação de projetos, Aprofundamento do conhecimento sobre o fenómeno em estudo

De salientar, que o estudo de Moskvichena, Bordovskaia e Darinskaya (2015) tem uma amostra com estudantes e supervisores, sendo 40 estudantes da pré-graduação, 40 do segundo ano de mestrado e 20 de doutoramento, mas os resultados e a discussão permitem extrair os resultados de cada um dos grupos, que dão resposta à questão de investigação.

4. DISCUSSÃO

A amostra bibliográfica deste estudo é constituída por 5 artigos que obedecem aos critérios de inclusão pré-estabelecidos no protocolo e que permitem dar resposta à questão de investigação.

As investigações são heterogéneas do ponto de vista do desenho do estudo e em termos de tamanho e características da amostra, medidas e momentos de avaliação da efetividade da intervenção (momento em que foram envolvidos) o que dificulta a comparação dos resultados. Os estudos são todos originais (n=5) e predomina a investigação quantitativa (n=4).

Os resultados desta RIL ilustram os benefícios do envolvimento dos estudantes de enfermagem em projetos de investigação. Independentemente da metodologia e da fase do processo de pesquisa e que pode incluir atividades diferentes, desde a participação na formulação da questão de pesquisa, à revisão de literatura, ao desenho do estudo, à colheita e análise de dados, até à divulgação dos resultados com comunicações e participação na redação de artigos científicos, há ganhos em termos de conhecimento e motivação, até pela constatação que a concretização das atividades que lhe são solicitadas

ajuda no progresso da investigação (Slattery et al., 2016; Jong et al., 2018; Einarsen & Giske, 2019; Børsting, Kristensen, & Hanssen, 2020).

Estes resultados são subsidiados pela opinião de vários autores que recomendam o envolvimento dos estudantes em projetos de investigação como uma estratégia importante para a aquisição e conhecimento e desenvolvimento de competências para adesão a uma verdadeira PBE, enquanto futuros profissionais (Jansen et al., 2015; Long, Bischoff, & Aduddell, 2018; Oh & Yang, 2019; Mendes et al., 2019; Zuchowski, Heyeres, & Tsey, 2020) e pela oportunidade de contribuir para o desenvolvimento do saber na área da profissão que escolheram, enquanto dão resposta aos resultados de aprendizagem esperados para a licenciatura (Jansen et al., 2015).

Os resultados do estudo de Slattery et al. (2016) salientam que a participação no programa possibilitou o conhecimento dos vários papéis e o desenvolvimento de capacidade para trabalhar em equipas interdisciplinares. O que reforça a constatação Jansen et al. (2015) de que os alunos têm, nestas atividades, oportunidades de liderança, de promoção do trabalho em equipe interdisciplinar e ajudar a universidade a alcançar objetivos estratégicos. Estas experiências auxiliam os alunos a perceberem o seu envolvimento como uma oportunidade de entrar em contato com pesquisa e inovação, desenvolver competências e interagir com outras pessoas (Mendes et al., 2019), o que os leva a descrever as oportunidades como desafiantes e interessantes (Mendes et al., 2019; Oh & Yang, 2019).

Os benefícios também incluem a criação de experiências eficazes de aprendizagem que constroem o conhecimento de enfermagem e potencialmente contribuem para a saúde da comunidade (Jansen et al., 2015; Jong, Meijer, Schout, & Abma, 2018; Long, Bischoff, & Aduddell, 2018).

Os dados da pesquisa de Moskvichena, Bordovskaia, & Darinskaya (2015) reportam para o papel do supervisor como central para a orientação, aprendizagem e motivação dos 'investigadores juniores'. Por outro lado, o contacto com os orientadores e a sua experiência, em situações que envolvem a resolução de problemas e tomada de decisão complexa possibilita não só a aprendizagem da evidência, mas também a transferência do conhecimento e o desenvolvimento de habilidades e competências transversais necessárias para a mudança na profissão de enfermagem (Baixinho et al., 2017; Jong et al., 2018).

Apesar do objetivo desta RIL não ser a avaliação de programas de formação em PBE, importa, mesmo assim, referir os resultados do estudo de Kim, Gu e Chang, (2019) que desenvolveram um programa de educação em PBE para estudantes de enfermagem e avaliaram o efeito do programa no conhecimento, capacidades, atitudes, competências e utilização futura da evidência. Concluíram que o grupo experimental apresentou *scores* pós-teste, estatisticamente mais altos, no conhecimento da PBE ($p < 0,001$), habilidades ($p < 0,001$), atitudes ($p < 0,001$), competências ($p < 0,001$), uso futuro da PBE ($p = 0,001$) e pensamento crítico ($p < 0,001$), comparado ao grupo controle. Estes dados justificam que estudos futuros explorem a associação entre a formação e a participação em estudos de investigação e o impacto nestas variáveis.

Os achados desta revisão permitem corroborar a opinião de Ommering et al. (2019) que em relação à educação médica defendem a participação de estudantes em pesquisa durante a faculdade de medicina porque contribui para criar uma atitude académica, subjacente à prática da medicina baseada em evidência.

Convém realçar que as experiências de pesquisa são particularmente adequadas para criar aprendizagens quando ocorrem em ambientes de prática real focados em problemas clinicamente relevantes (Oh & Yang, 2019; Børsting, Kristensen, & Hanssen, 2020).

A investigação é uma competência essencial para os profissionais de saúde e implica que estejam cientes dos mais recentes desenvolvimentos na área da saúde, sejam capazes de avaliar criticamente a literatura científica e utilizar o conhecimento científico na tomada de decisões clínicas (Oh & Yang, 2019; Ommering et al., 2019). Por isso, pesquisar durante a licenciatura é um foco emergente para ajudar os alunos a desenvolver as habilidades e competências necessárias para um profissional de saúde na atualidade (Long, Bischoff, & Aduddell, 2018; Zuchowski, Heyeres, & Tsey, 2020).

Apesar de existirem inúmeras vantagens já descritas, e o consenso da literatura quanto à importância do envolvimento em atividades de investigação por parte de estudantes da licenciatura, existem algumas barreiras como a falta de conhecimento e/ou atitudes negativas sobre a investigação e o envolvimento de estudantes na mesma, dificuldades na comunicação, divulgação e apropriação dos resultados pelos profissionais, falta de apoio institucional e económico necessário para realizar pesquisas (Long, Bischoff, & Aduddell, 2018). Jansen et al. (2015) consideram que o grande desafio no envolvimento dos

estudantes é o tempo necessário para orientar e supervisionar os alunos, porque eles precisam de aprender e de supervisão (Jansen et al., 2015).

Assiste-se neste momento a uma mudança paradigmática, com um apelo pronunciado à transição da educação informada por pesquisa, na qual os estudantes são consumidores passivos de conhecimento, para a educação baseada em pesquisa, na qual os alunos estão realmente envolvidos nos estudos, assimilando, assim, o conhecimento de uma forma ativa (Ommering et al., 2019).

Não havendo indicações precisas do momento ideal para envolver os estudantes, é interessante a ideia de Ommering et al., (2019) ao observar que "a prática leva à perfeição", sendo, por isto, importante envolver os alunos na pesquisa o mais cedo possível.

5. CONCLUSÕES

Os resultados desta revisão integrativa da literatura mostram que a participação de estudantes da licenciatura em enfermagem em projetos de investigação contribui para diferentes aprendizagens, desenvolvimento de atitudes e competências científicas.

Os estudantes podem ser envolvidos em todas as fases do processo de pesquisa, com benefícios para a sua aprendizagem, motivação e para o próprio desenvolvimento da investigação. Esta prática pedagógica possibilita aprendizagem, reflexão e integração do conhecimento, desenvolvimento de competências de comunicação, escrita científica, gestão do tempo, juízo crítico e aumenta a satisfação com o processo de aprendizagem.

Os resultados confirmam a afirmação de alguns autores, fundamentando a ideia de que a PBE desenvolve-se pela participação dos futuros profissionais em projetos de investigação, aumentando a sua capacidade de leitura, produção e síntese de conhecimento. Por isso, a formação teórica sobre investigação deve ser associada a outras estratégias para o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes científicas.

As limitações do estudo são decorrentes da dimensão da amostra bibliográfica, da heterogeneidade dos estudos e da própria natureza da experiência de investigação que o estudante teve possibilidade de realizar. A pesquisa incluiu estudos em português e inglês, não identificando estudos publicados em outras línguas e não tendo sido incluída literatura cinzenta, pelo que poder-se-ão ter perdido alguns estudos de mestrado e doutoramento sobre o tema.

A não identificação de estudos nacionais sobre o tema e o tamanho da amostra (n=5) justificam a necessidade de estudos em Portugal sobre o tema. Os resultados permitem sugerir que os estudos futuros devem explorar a participação dos estudantes em projetos de investigação e a relação com a literacia científica e as atitudes face à PBE no contexto de cuidados de saúde.

6. REFERÊNCIAS

- Aglen, B. (2016). Pedagogical strategies to teach bachelor students evidence-based practice: A systematic review. *Nurse Educ Today*, 36, 255-63. doi: 10.1016/j.nedt.2015.08.025
- Allari, R. S. (2016). Students' Experiences in Nursing Research and Evidence based Practice Course: A Qualitative Study. *Int J Nurs*. 3(2), 62-8. doi: 10.15640/ijn.v3n2a9
- Baixinho, C. L., Ferreira, Ó., Marques, F. M., Presado, M. H., & Cardoso, M. (2017). Transição segura: um projeto da transferência do conhecimento para a prática clínica. In Costa A. P., Sánchez-Gómez M. C., Cilleros M.V.M. *A prática na Investigação Qualitativa: exemplos de estudos*. Oliveira de Azeméis: Ludomédia, pp.57-80.
- Børsting T. E., Kristensen, N., & Hanssen, I. (2020). Student nurses' learning outcomes through participation in a clinical nursing research project: A qualitative study, *Nurs Educ Practice*, 43, 102727. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102727>.
- Cardoso, D. F. B., Coelho, A. R. N., Louçano, C. C., Parola, V. S. O., Rodrigues, M. A., Fineout-Overholt, E. & Apóstolo, J. L. A. (2019). Translation and cross-cultural adaptation of evidence-based practice instruments for Portuguese nursing students. *Rev Enf Referência*, IV(23), 141-21. doi: <https://doi.org/10.12707/RIV19058>
- Einarsen, K. A., & Giske, T. (2019). Nursing students' longitudinal learning outcomes after participation in a research project in a hospital. *IPDJ*, 9(1), 1-4. doi: <https://doi.org/10.19043/ipdj.91.004>
- Foster, J., & Flanders, S. (2014). Challenges in clinical nurse specialist education and practice. *Online J Issues Nurs*, 19(2), 1. doi:10.3912/OJIN.Vol19No02Man01
- Jansen, D. A., Jadack, R. A., Ayoola, A. B., Doornbos, M. M., Dunn, S. L., ... Wegner, G. D. (2015). Embedding Research in Undergraduate Learning Opportunities. *West J Nurs Res*, 37(10), 1340-58. doi: 10.1177/0193945915571136. Epub 2015 Feb 17.
- Jong, G., Meijer, E., Schout, G., & Abma, T. (2018). Involving Undergraduate Nursing Students in Participatory Health Research: Implications from the Netherlands. *J Prof Nurs*; 34(6): 507-513. doi: <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2018.04.001>.
- Kim, J. S., Gu, M. O. & Chang, H. (2019). Effects of an evidence-based practice education program using multifaceted interventions: a quasi-experimental study with undergraduate nursing students. *BMC Med Educ*, 19, 71. doi: <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1501-6>
- Long, A., Bischoff, W. R., & Aduddell, K. (2018). Research Prescription for Undergraduate Students: Research Mentoring in a Small Liberal Arts University. *J Prof Nurs*, 35(3), 170-3. doi: <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2018.12.007>
- Mena-Tudela, D., González-Chordá, V. M., Cervera-Gasch, A., Maciá-Soler, M. L., & Orts-Cortés, M. I. (2018). Effectiveness of an Evidence-Based Practice educational intervention with second-year nursing students. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 26, e3026. doi:<https://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2502.3026>
- Mendes, A., Silva, I. C., Henriques, A., Cláudio, A. P., Balsa, J., Carmos, M. B. ... Guerreiro, M. (2019). Involving undergraduate nursing students in a multidisciplinary research project: strategy for implementation, first results and future perspectives. *Ann. Med.*, 51(sup1), 205. doi: 10.1080/07853890.2018.1560165
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, 17(4), 758-64. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.

- Moskvichena, N., Bordovskaia, N., & Darinskaya, L. (2015). Role of Students and Supervisors' Interaction in Research Projects: Expectations and Evaluations. *Procedia Soc Behav Sci.*, 171(2015), 576-83. doi: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.01.163>
- Oh, E. G., & Yang, Y. L. (2019). Evidence-based nursing education for undergraduate students: A preliminary experimental study. *Nurse Educ Pract.*, 38, 45-51. doi: 10.1016/j.nepr.2019.05.010. Epub 2019 May 31.
- Ommering, B. W. C., Diepen, M. V., van Blankenstein, F. M., Jong, P. G. M., & Dekker, F. W. (2019). Twelve tips to offer a short authentic and experiential individual research opportunity to a large group of undergraduate students. *Med Teach*. doi: 10.1080/0142159X.2019.1695766
- Ross, J. G., & Burrell, S. A. (2019). Nursing students' attitudes toward research: An integrative review. *Nurs Educ Today*, 82, 79-87. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.08.006>.
- Slattery, M. J., Logan, B. L., Mudge, B., Secore, K., von Reyn, L. J., & Maue, R. A. (2016). An Undergraduate Research Fellowship Program to Prepare Nursing Students for Future Workforce Roles. *J Prof Nurs*; 32(6), 412-420. doi: <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2016.03.008>
- Sun, J. H., Liu, J. E., Wu, Y., & Li, S. J. (2014). The Effects Of The Student-Centered Clinical Nursing Practice Mode Based On The Action Research For Clinical Practicum Of Undergraduate Students In Beijing, China. *Procedia Soc Behav Sci*; 141(2014), 839-45. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.05.146
- Zuchowski, I., Heyeres, M. & Tsey, K. (2020). Students in Research Placements as Part of Professional Degrees: A Systematic Review. *Aus. Soc. Work.*, 73(1), 48-63. doi: 10.1080/0312407X.2019.1649439

O MAPA DO TERRENO DO APOIO MATRICIAL: UMA REVISÃO DIALÓGICA DA LITERATURA

Renata Laureano da Silva¹ e Maria Auxiliadora Teixeira Ribeiro²

¹Centro Universitário Tiradentes de Alagoas, Brasil. laureano.renata1@gmail.com

²Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Alagoas, Brasil. maria.ribeiro@ip.ufal.br

Resumo. O Apoio Matricial surgiu ao constatar-se que a reforma psiquiátrica não pode avançar se a atenção básica não for incorporada ao processo. Este é definido como um arranjo organizacional que objetiva aumentar a resolubilidade das ações de saúde, por meio de equipes multidisciplinares e por uma conexão em rede. O que tem sido pesquisado sobre esse arranjo, objetiva-se relatar neste trabalho, por meio do mapeamento da literatura científica, acessada em banco de dados BIREME. A análise e leitura desse material foram norteadas pelas ideias dos pesquisadores Montuori e Walker, que defendem uma forma inovadora de revisão da literatura, denominada revisão dialógica da literatura. Apresentamos os critérios utilizados para a seleção de material, bem como os locais de estudo, a área de conhecimento dos autores e o foco de discussão das pesquisas, organizando, assim, um panorama geral dos estudos sobre Apoio Matricial. Oitenta e três estudos foram analisados e estabelecemos como ponto de diálogo as potencialidades do Apoio Matricial, as quais foram citadas pelos autores pesquisados como uma Educação Permanente, sendo que este arranjo permite uma forma de trabalho mais resolutiva. A contribuição deste estudo para as pesquisas qualitativas está na forma de fazer e apresentar a revisão da literatura.

Palavras-chave: Apoio Matricial; Revisão Dialógica de Literatura; Reforma Psiquiátrica.

MAP OF MATRIX SUPPORT GROUND: A DIALOGICAL REVIEW OF THE LITERATURE

Abstract. Matrix support came to be from the finding that a psychiatric reform cannot advance if basic care is not incorporated in the process. This is defined as an organizational arrangement to increase the solvability of healthcare actions, through multidisciplinary teams and a network connection. In this context, we will report the mapping of the scientific literature about this arrangement, accessed through research in BIREME's database. The analysis and reading of this material were guided by the ideas of researchers Montuori and Walker, who defend an innovative way of literature reviewing, named dialogical review of the literature. We presented the criteria used for selecting the material, as well as the study location, the area of knowledge of the authors and the focus of discussion of each research, as such organizing a general view of the studies related to matrix support. Eighty-three studies were analysed and it has been established as a dialogue point the potential of matrix support, which have been quoted by the authors researched like Permanent Education and this arrangement allows a more resolute way of working. This is conceived as a creative and constructive process, in which there is a dialogue with the researchers who study matrix support. This study has contributed to present another way of making and presenting the literature review on qualitative research.

Keywords: Matrix Support; Dialogic Literature Review; Psychiatric Reform.

1. INTRODUÇÃO

Para iniciarmos a reflexão sobre o Apoio Matricial (AM), localizamos o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil como um dos marcos sócio-históricos que permitiu a articulação entre Saúde Mental e Atenção Básica, propiciando, conseqüentemente, um campo para o debate sobre o matriciamento.

Esse movimento faz uma crítica ao modelo hospitalocêntrico pregresso de cuidados às pessoas em sofrimento psíquico. Propõe que os manicômios e hospitais psiquiátricos sejam substituídos por dispositivos que possibilitem o tratamento e restabeleçam os laços sociais e familiares daqueles que apresentam transtorno mental.

Na busca de concretizar essa nova proposta, torna-se fundamental a articulação entre os serviços de saúde mental e atenção básica para a rede de saúde, visto que o foco sai apenas do processo doença e cura, e a saúde mental passa a ser considerada dentro da saúde coletiva como um processo psicossocial complexo.

Podemos compreender que o Apoio Matricial surgiu por meio da constatação de que a reforma psiquiátrica não poderia avançar se a atenção básica não fosse incorporada ao processo. Não é produtivo concentrar esforços somente na rede substitutiva, porém, é preciso abrir a rede de cuidados em saúde mental para todos os níveis de assistência, em especial, para a atenção primária (Dimenstein, Severo, Brito, Pimenta, Medeiros, & Bezerra, 2009).

É nesse cenário que surge a proposta de que o Apoio Matricial seja definido como um arranjo organizacional, visando assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais nos serviços de saúde. Constitui-se como uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação. O AM pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência (Campos & Domitti, 2007).

Ao analisar o termo Apoio Matricial, os autores indicam que o primeiro – Apoio –, nesse modelo organizacional, sugere uma metodologia para ordenar essa relação entre referência e especialista, com base em procedimentos dialógicos e não mais na autoridade e nas relações verticais. Já o segundo termo – Matricial – pode ter vários sentidos: em sua origem latina, significa o lugar onde se geram e se criam coisas, mas, aqui, é utilizado no sentido de sugerir que os profissionais de referência e os especialistas mantenham uma relação horizontal e não apenas vertical, como recomenda a tradição dos sistemas de saúde (Campos & Domitti, 2007).

O Apoio Matricial e a equipe de referência, juntos, objetivam ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e

profissões. Portanto, são arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde que pretendem assegurar maior eficácia e eficiência, mas também investir na construção de uma autonomia dos usuários (Campos & Domitti, 2007).

As primeiras experiências de Apoio Matricial ocorreram no SUS de Campinas-SP, a partir de 1989 (Figueiredo & Onocko-Campos, 2009). Diante dessas vivências, o Ministério da Saúde propôs a estratégia do Apoio Matricial (AM) para facilitar o direcionamento dos fluxos na rede, promovendo uma articulação entre os equipamentos de saúde mental e as Unidades Básicas de Saúde (Dimenstein et al., 2009).

Em 2015, deu-se início o desenvolvimento de projetos, que visavam a implantação do AM, na cidade de Maceió (Alagoas), município em que as pesquisadoras vivem, incentivando a realização de uma pesquisa mais ampla sobre as possibilidades de sua implementação.

A princípio, buscou-se conhecer o que tem sido produzido a respeito desse arranjo, por meio do mapeamento da literatura científica, acessada do banco de dados BIREME, identificando quais discursos permeavam as produções científicas sobre o Apoio Matricial.

Portanto, esse primeiro momento é aqui relatado, no qual conhecemos as produções científicas nacionais que abordavam a temática do Apoio Matricial, em que regiões, áreas de conhecimento e periódicos eram produzidas. Posteriormente, elegemos analisar as potencialidades discutidas por essas produções.

Essa análise foi norteadada por uma revisão dialógica (Walker, 2015) da literatura. Salientamos que não encontramos estudos que abordassem Apoio Matricial utilizando o referencial teórico por nós adotado.

Este trabalho é um recorte da dissertação da primeira autora, orientada pela segunda, intitulada “As Versões de Apoio Matricial por um Grupo de Profissionais de Saúde”, defendida em 2017.

2. METODOLOGIA

Em nosso percurso de formação acadêmica, estudamos diversos textos e abordagens sobre Psicologia e o método científico. Nesse vasto catálogo de opções, alguns deles são apenas mais uma leitura obrigatória, já, outros, nos marcam e nos acompanham por todo nosso caminho profissional, com reverberações por quaisquer rotas que trilhemos. Esses textos,

ditos coloquialmente por nós como marcantes, nos fazem problematizar aquilo que tínhamos como certo e familiar e, especialmente, refletir sobre nossos modos de atuação/pesquisar. Tal efeito aconteceu com os escritos de Montuori (2005) e Walker (2015), que discutem a revisão da literatura no processo científico.

Concebemos que esta é uma etapa inerente a qualquer processo de pesquisa. Geralmente, é realizada e descrita de maneira semelhante pelos pesquisadores e não se constitui como um dos passos mais cativantes do empreendimento científico. No entanto, esses dois autores nos fizeram compreender a revisão de uma maneira totalmente inovadora e instigante.

A revisão da literatura defendida por Montuori (2005) abre uma oportunidade para pesquisas criativas, um diálogo com a comunidade científica e aqueles que fazem parte dela. Portanto, o revisor é um participante ativo na construção desse diálogo e não meramente um espectador que visa reproduzir da melhor maneira possível trabalhos e temas relevantes. A revisão da literatura não pode ser exaustiva e reprodutiva. É o mapa do terreno e não o terreno em si. O pesquisador, nesse sentido, apresenta uma interpretação dos estudos em questão, que nos falam tanto do próprio pesquisador quanto dos estudos revisados.

Inspirada pelas ideias de Montuori (2005), a pesquisadora Walker (2015) também reflete sobre o processo de revisão da literatura. Para ela, essa etapa pode criar um conhecimento transformador. Ao realizar uma revisão, a autora busca expor o contexto relacional dos textos. Logo, monta conexões, explora os padrões e interações relacionais desses, como se os textos conversassem e debatessem de forma respeitosa entre si. Desse modo, busca estabelecer um diálogo entre os textos e consigo mesma.

Instigadas por essas ideias, procuramos traçar, neste trabalho, uma revisão dialógica da literatura técnico-científica sobre Apoio Matricial, concebendo esse passo como um processo criativo e construtivo, a fim de realizá-la não como algo distante de nós e, sim, como uma comunidade vivente permeada por histórias, paixões, controvérsias e alianças. Pontuamos que nesse tipo de revisão traçamos um panorama das produções e dialogamos com os temas investigados.

2.1 Levantamento na base de dados

A pesquisa em base de dados possibilita nossa compreensão inicial sobre o campo-tema pesquisado e o acesso a materiais produzidos, em espaços e tempos distintos daqueles em que se encontra o pesquisador. Além disso, agrupa as informações de uma forma organizada e leva-nos a explorar os modos pelos quais os assuntos se tornam relevantes para a ciência, acessá-los e discuti-los criticamente. Esse processo não é meramente técnico e não há neutralidade em sua construção, mas se constitui por aspectos históricos, éticos e políticos (Ribeiro, Martins, & Lima, 2015).

Campo-tema é compreendido como o complexo de redes de sentidos que se interconectam, um espaço criado, herdado ou incorporado pelo pesquisador ou pesquisadora e negociado na medida em que busca se inserir nas suas teias de ação. “Quando fazemos o que nós chamamos de pesquisa de campo, nós não estamos “indo” ao campo. Já estamos no campo, porque já estamos no tema” (Spink, 2004).

Para a revisão da literatura, buscamos na base de dados Bireme (acessada no dia 31 de maio de 2015) estudos relacionados ao Apoio Matricial. Os critérios que delimitaram e orientaram a seleção do material foram: I - Parâmetro temático: produções que abordassem ou pesquisassem sobre o Apoio Matricial; II - Parâmetro linguístico: estudos publicados em língua portuguesa; III - Principais fontes: periódicos; IV - Parâmetro cronológico de publicação: produções publicadas no período entre 1990 a 2015. Utilizamos o descritor “apoio matricial”.

A delimitação à língua portuguesa deveu-se ao fato de o AM ser uma proposta exclusivamente brasileira. Para o parâmetro cronológico, incluímos a década de 1990, visto que as primeiras experiências em matriciamento aconteceram naquele ano.

Para a seleção das publicações, lemos cada título e resumo. Excluimos textos que não possuíam a temática do Apoio Matricial no cerne da discussão. Com as produções selecionadas realizamos, primeiramente, a leitura de cada título e resumo. Para a leitura na íntegra dos artigos, definimos as informações a serem extraídas dos trabalhos revisados, como objetivos, metodologia e principais conclusões. Estas informações eram catalogadas em fichas de leitura.

Nessas fichas, caracterizamos os aspectos avaliados como importantes para refletirmos sobre a temática do Apoio Matricial. Levamos em consideração os aspectos já citados,

como os locais de estudo, a área de conhecimento dos autores e o foco de discussão das pesquisas para a construção do panorama geral. Estes dados foram quantificados em tabelas e serão apresentadas e discutidas a seguir.

Além disso, a análise das publicações selecionadas permitiu a identificação da maneira como os pesquisadores definiam o Apoio Matricial, quais termos, expressões e vocábulos utilizavam para conceituar esse arranjo e, principalmente, favoreceu a compreensão sobre as potencialidades e dificuldades do matriciamento. Todavia, enfocaremos as potencialidades deste.

Por fim, pontuamos que utilizaremos os termos apoio matricial e matriciamento concomitantemente, visto que são sinônimos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

De um total de 130 (cento e trinta) resultados obtidos com o levantamento bibliográfico, após a exclusão de artigos repetidos, bem como daqueles que não estavam disponíveis com texto completo para acesso (ou ainda, não se relacionavam com a temática e os critérios de nosso estudo mencionados anteriormente), obtivemos o quantitativo final de 68 (sessenta e oito) produções para análise. Desse total, 5 (cinco) eram dissertações, 3 (três) teses e uma cartilha produzida pelo Ministério da Saúde que também foi analisada.

No dia 14 de junho de 16, realizamos uma segunda pesquisa, na mesma base de dados, com o objetivo de incluir artigos mais recentes e que não apareceram na primeira busca. Seguimos os critérios supracitados, apenas incluindo o ano de 2016 no parâmetro cronológico. Nesse novo levantamento foram identificados mais 15 (quinze estudos), totalizando 83 (oitenta e três) trabalhos.

Nas produções analisadas, caracterizamos os aspectos avaliados como importantes para refletirmos sobre a temática do Apoio Matricial. Realizamos um diálogo com números, mas sem cair na falácia quantitativa, na qual os números são dados neutros, fidedignos de uma realidade ou verdade sobre o fenômeno estudado. O primeiro deles consiste em sinalizar as regiões brasileiras em que esses estudos foram feitos. A Tabela 1 apresenta a quantidade em ordem decrescente de estudos nas respectivas regiões. As pesquisas que apresentaram discussões teórico-conceituais identificadas como revisões de literatura não foram contabilizadas, visto que não possuíam um local de estudo delimitado; portanto, só

consideramos as pesquisas empíricas. Por conseguinte, a Tabela 1 apresenta um total de 60 produções.

Tabela 1. Número de produções em ordem decrescente classificadas a partir das regiões brasileiras. Maceió, 2017.

Regiões Brasileiras	Número de Produções
Sudeste	28
Nordeste	21
Sul	8
Centro-Oeste	2
Norte	1

Na Tabela 1, notamos que a maioria dos artigos foram produzidos no Sudeste, tendo predominância aqueles oriundos do estado de São Paulo, especialmente Campinas, município pioneiro na implementação e pesquisa sobre o Matriciamento e que recebe constantes investimentos em equipamentos substitutivos, como: Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Enfermarias de psiquiatria em Hospital Geral e Serviços de Geração de Renda (Ballarin, Blanes, & Ferigato, 2012). Há também, nesse município, uma variedade de categorias profissionais e de locais de trabalho, a partir dos quais se realiza o Apoio Matricial que se expande para outros contextos, não só a Saúde Mental.

Uma pesquisa em todos os estados brasileiros (Fonseca Sobrinho et al., 2014) com as equipes de Saúde da Família indica que apenas no Sudeste as equipes de ESF avaliaram um alto grau de apoio. Na distribuição por estados, São Paulo, Rio de Janeiro e Santa Catarina apresentaram as maiores porcentagens de ações de apoio (Fonseca Sobrinho et al., 2014).

Em relação à região Nordeste, destacam-se os estudos oriundos do estado do Ceará. Os pesquisadores Bonfim, Bastos, Góis e Tofóli (2013) sinalizam as possíveis causas dessa crescente produção ao afirmarem que, a partir de 2006, as áreas de saúde mental e a atenção primária foram prioritárias em investimentos, o que proporcionou um processo gradual de implantação do AM em Saúde Mental, especialmente em Fortaleza.

Apontamos apenas uma pesquisa que abarca todos os estados brasileiros (Fonseca Sobrinho et al., 2014) e um estudo (Lacerda e Silva, Dias, Pessoa, Fernandes, & Gomes, 2013) enfocando três regiões brasileiras: Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

Outro aspecto que abordamos foi a área de conhecimento dos pesquisadores, que pode ser visualizada na Tabela 2, no qual está relacionada também a quantidade de produções com a respectiva área de conhecimento dos autores.

Tabela 2. Número de produções em ordem decrescente classificadas a partir da Área de conhecimento dos autores. Maceió, 2017.

Área de conhecimento	Número de Produções
Multidisciplinar	29
Saúde Pública	17
Psicologia	16
Saúde Coletiva	9
Enfermagem	7
Saúde Mental	3
Medicina Preventiva e Social	2

Para definir a área de conhecimento, utilizamos as definições dos próprios autores nas produções. Quando não constavam, realizávamos uma pesquisa na Plataforma Lattes. A área multidisciplinar predominante nos estudos refere-se àquelas produções nas quais havia autores que pertenciam a mais de uma área de conhecimento. A produção de um conhecimento multiprofissional e interdisciplinar está condizente com a própria proposta de AM, que busca a construção coletiva e compartilhamento dos saberes. Além disso, as áreas de Saúde Pública e Saúde Coletiva também são campos interdisciplinares.

A análise das discussões apresentadas nos estudos nos levou a identificar dois focos que intitulamos: Discussões Conceituais e Operacionalidade do Conceito.

O primeiro caracteriza-se pelas produções que realizaram um estudo teórico e/ou crítico sobre o Apoio Matricial e, o segundo, refere-se às pesquisas empíricas sobre a temática, as quais foram classificadas de acordo com o foco da área da política pública estudada.

Sendo elas: Apoio Matricial e Atenção Básica; Apoio Matricial, Saúde Mental e Atenção Básica; Apoio Matricial e Saúde Mental; Apoio Matricial e Gestão; Apoio Matricial e Saúde do Trabalhador; Apoio Matricial, Atenção Básica e Gestão; Apoio Matricial, Saúde Mental, Atenção Básica e Gestão.

A Tabela 3 apresenta a quantidade de pesquisas em cada uma das categorias descritas.

Tabela 3. Número de produções classificadas a partir dos focos de discussão das pesquisas. Maceió, 2017.

Foco da Discussão	Número de Produções
Discussão Conceitual	20
Apoio Matricial e Atenção Básica	21
Apoio Matricial, Saúde Mental e Atenção Básica	15
Apoio Matricial e Saúde Mental	14
Apoio Matricial e Gestão	5
Apoio Matricial e Saúde do Trabalhador	3
Apoio Matricial, Atenção Básica e Gestão	2
Apoio Matricial, Saúde Mental, Atenção Básica e Gestão	1

Esses critérios não se aplicam a duas produções, visto que apenas citam o AM como uma potencialidade para solucionar os problemas identificados nas pesquisas realizadas. O matriciamento não é caracterizado como objeto de estudo dessas produções. Portanto, a Tabela 3 possui um total de 81 produções.

A grande parte das pesquisas selecionadas consiste em pesquisas empíricas sobre o Apoio Matricial, havendo um número expressivo daquelas que focalizam o AM e a Atenção Básica. Em termos gerais, há predominância da metodologia qualitativa, com a utilização de entrevistas como técnica de coleta de dados e os profissionais como informantes. A análise de dados é apenas citada, particularmente, como análise de conteúdo. Os pesquisadores não deixam claro quais passos, etapas e procedimentos realizaram para chegar às categorias temáticas ou aos resultados. Referendam as autoras, predominantemente Bardin ou Minayo, o que é insuficiente para dar visibilidade ao processo de análise dos resultados das pesquisas.

Alguns estudos se diferenciam ao levarem em conta as informações obtidas dos familiares e/ou usuários, não se atendo apenas às falas dos profissionais (Iglesias & Avellar, 2014; Jorge, Vasconcelos, Neto, Gondim, & Simões, 2014). Para compreender a prática do matriciamento, discutem a contribuição e participação dos usuários e seus familiares no processo de produção de conhecimento em relação ao Apoio Matricial (Quinderé, Jorge, Nogueira, Costa, & Vasconcelos, 2013; Pinto et al., 2012; Jorge, Sousa, & Franco, 2013; Onocko-Campos et al., 2011).

A partir da leitura dos resumos de todos os artigos e apoiadas no referencial teórico-metodológico das práticas discursivas e produção de sentidos fundamentado na perspectiva do Construcionismo Social (Spink, 2004), procuramos compreender alguns dos aspectos do conhecimento construído sobre Apoio Matricial, dentre eles, as potencialidades em sua prática. Partimos de uma análise dos discursos científicos e as versões destes, na produção

das práticas discursivas. Além disso, não encontramos estudos que abordem sobre a temática utilizando o referencial teórico por nós adotado.

Ao analisar os repertórios sobre o Apoio Matricial produzidos na literatura científica, realizamos uma reflexão sobre as potencialidades desse arranjo discutidas nos estudos.

Primeiramente, a Educação Permanente, incentivada por esse arranjo, é apontada como potencializadora na superação de vários desafios na rede de serviços de saúde (Minozzo, 2011; Ballarin et al., 2012; Bonfim et al., 2013; Fonseca Sobrinho et al., 2014; Jorge, Diniz, Lima, & Penha, 2015; Fittipaldi, Romano, & Barros, 2015). Nesses estudos, o matriciamento e a educação permanente são apontados como trabalhos associados.

A educação permanente foi pontuada como relevante por seu potencial de qualificação das práticas em saúde e de reorganização do processo de trabalho (Fittipaldi et al., 2015). Para os profissionais que colaboraram nas pesquisas, a educação permanente possibilita a discussão da clínica psicossocial, permitindo, assim, uma aproximação com o debate sobre os casos de saúde mental (Minozzo, 2011).

Além disso, o compartilhamento de saberes proporcionado pela Educação Permanente e Apoio Matricial permite a ampliação dos conhecimentos da equipe e sua capacidade de atendimento, propiciando uma aproximação não só entre seus membros, como de toda equipe com os usuários (Ballarin et al., 2012).

Outra potencialidade do AM discutida é que o fluxo da assistência se torna mais resolutivo devido à aproximação das equipes e articulação entre diferentes níveis de atenção (Bezerra & Dimenstein, 2008; Dimenstein, Galvão, & Severo, 2009; Quinderé et al., 2013; Hirdes & Scarparo, 2013).

O Apoio Matricial possibilita distinguir as situações individuais e sociais, que podem ser acolhidas pela equipe local, daquelas demandas que necessitam de uma atenção especializada da saúde mental de acordo com o risco e a gravidade, além da necessidade de um acompanhamento por um serviço substitutivo (Dimenstein et al., 2009). Por meio do princípio da territorialidade, o AM interliga diferentes dispositivos com a articulação e o assessoramento da rede básica (Bezerra & Dimenstein, 2008).

Outra potencialidade apontada nos trabalhos consiste em que o AM fortalece o trabalho interdisciplinar (Brasil, 2004; Campos & Domitti, 2007; Bezerra & Dimenstein, 2008; Minozzo, 2011; Santos & Lacaz, 2012; Quinderé et al., 2013).

O AM permite lidar com a saúde de uma forma ampliada e integrada, por meio de um saber generalista e interdisciplinar. Dessa forma, amplia o olhar dos profissionais da saúde mental, em virtude do conhecimento das equipes nas unidades básicas de saúde, em relação aos usuários, às famílias e ao território, propondo que os casos sejam de responsabilidade mútua (Bezerra & Dimenstein, 2008).

Há um reconhecimento pelos estudos de que essa forma de trabalho é resolutive (Quinderé et al., 2013; Santos & Lacaz, 2012; Pinto et al., 2012; Galvão, 2012) e, conseqüentemente, aumenta a resolubilidade dos casos de saúde mental.

4. CONCLUSÕES

A Revisão de Literatura Dialógica contribuiu para apresentarmos uma forma de fazer e apresentar a revisão da literatura, na medida em que possibilita uma aproximação do pesquisador com o problema investigado nas pesquisas documentais, como um primeiro momento de uma pesquisa mais ampla sobre o tema de interesse.

Com este trabalho, não pretendemos afirmar essa possibilidade como sendo a correta, porém como um convite aos investigadores a realizarem estudos que explorem novos enfoques. No entanto, queremos destacar a importância da revisão da literatura dialógica nas pesquisas qualitativas, confrontando especialmente a ideia de que nesse tipo de pesquisa não seria necessário partir dessa etapa e/ou até mesmo evitá-la. Este posicionamento que podemos avaliar como retrógrado deve-se ao fato de que a pesquisa qualitativa esteve por muito tempo relacionada à ideia de exploração apenas de novos campos ou temas.

Salientamos que não encontramos trabalhos que abordem o Apoio Matricial utilizando o referencial teórico por nós adotado. Podemos concluir que este estudo permitiu o exame de materiais visando novas e/ou interpretações complementares.

Por meio da análise da produção científica, norteadas por uma revisão dialógica da literatura, compreendemos que o fio condutor do trabalho de matriciamento é o compartilhamento de saberes, competências, responsabilidades e ações. O AM é um arranjo que busca mudar o

cuidado pautado no modelo biomédico hegemônico, ao dissolver as fronteiras entre as disciplinas, o que não indica reduzir uma à outra, mas impulsionar em cada profissional de saúde a capacidade de uma prática integral e humanizada.

Em pesquisas sobre AM, mais recentes (Vendruscolo et al., 2020, Lima & Gonçalves, 2020, Saraiva, Zepeda, & Liria, 2020), a Educação Permanente e o matriciamento continuam sendo apontados como trabalhos associados e uma estratégia fundamental para a organização do cuidado psicossocial e trabalho em equipe.

Compreendemos que a metodologia proposta para a implantação do AM é complexa, acrescida da dificuldade em compatibilizar seus princípios com a prática vigente nos serviços de saúde. Constitui-se como um desafio, assim como a metodologia da revisão dialógica da literatura, por ambas se caracterizarem como um modelo que possibilita transpor as barreiras de um saber compartimentado e construir um saber integrado.

5. REFERÊNCIAS

- Ballarin, M. L. G. S., Blanes, L. S., & Ferigato, S. L. (2012). Apoio matricial: Um estudo sobre a perspectiva dos profissionais da saúde mental. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, 16, 767-78.
- Bezerra, E., & Dimenstein, M. (2008). Os CAPS e o trabalho em rede: Tecendo o apoio matricial na atenção básica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28, 632-645.
- Bonfim, I. G., Bastos, E. N. E., Góis, C. W. L., & Tófoli, L. F. (2013). Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: Uma análise da produção científica e documental. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, 17(45), 287-300.
- Brasil (2004). Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Equipe de referência e apoio matricial* / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde.
- Campos, G. W. S., & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: Uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, 23(2), 399-407.
- Dimenstein, M., Galvão, V. M., & Severo, A. K. (2009). O apoio matricial na perspectiva de coordenadoras de equipes de Saúde da Família. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 4(1).
- Dimenstein, M., Severo, A. K., Brito, M., Pimenta, A. L., Medeiros, V., & Bezerra, E. (2009). O apoio matricial em unidades de saúde da família: Experimentando inovações em saúde mental. *Saúde Soc*, 18(1), 63-74.
- Figueiredo, M. D., & Onocko-Campos R. (2009). Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: Uma rede ou um emaranhado? *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 129-138.
- Fittipaldi, A. L. M., Romano, V. F., Barros, D. C. (2015). Nas entrelinhas do olhar: Apoio matricial e os profissionais da estratégia saúde da família. *Saúde Debate*, 39(104), 76-87.
- Fonseca Sobrinho, D., Machado, A. T. G. M., Lima, A. M. L. D., Jorge, A. O., Reis, C. M. R., Abreu, D. M. X., & Santos, A. F. (2014). Compreendendo o apoio matricial e o resultado da certificação de qualidade nas áreas de atenção à criança, mulher diabetes/hipertensão e saúde mental. *Saúde Debate*, 38, 83-93.

- Galvão, C. A. V. (2012). *Saúde Mental e atenção primária: As implicações e desafios do apoio matricial em saúde mental na perspectiva da gestão em saúde* (Dissertação de Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, Brasil.
- Iglesias, A., & Avellar, L. Z. (2014). Apoio matricial: Um estudo bibliográfico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(9), 3791-3798.
- Jorge, M. S., Diniz, A. M., Lima, L. L., & Penha, J. C. (2015). Apoio matricial, projeto terapêutico singular e produção do cuidado em saúde mental. *Texto Contexto Enfermagem*, 24(1), 112-20.
- Jorge, M. S. B., Vasconcelos, M. G. F., Neto, J. P. M., Gondim, L. G. F., & Simões, E. C. P. (2014). Possibilidades e desafios do apoio matricial na atenção básica: Percepções dos profissionais. *Psicologia: Teoria e Prática*, 16(2), 63-74.
- Jorge, M. S. B., Sousa, F. S. P., & Franco, T. B. (2013). Apoio matricial: Dispositivo para resolução de casos clínicos de saúde mental na Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(5), 738-44.
- Lacerda e Silva, T., Dias, E. C., Pessoa, V. M., Fernandes, L. M. M., & Gomes, E. M. (2013). Saúde do trabalhador na atenção primária: Percepções e práticas de equipes de Saúde da Família. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, 18(49), 973-988.
- Lima, M. C., & Gonçalves, T. R. (2020). Apoio matricial como estratégia de ordenação do cuidado em saúde mental. *Trab. Educ. Saúde*, 18(1), 1-21.
- Minozzo, F. (2011). *Análise da implantação do apoio matricial em saúde mental entre CAPS e equipes de saúde da família: Trilhando caminhos possíveis* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Brasília, Brasília, Brasil.
- Montuori, A. (2005). Literature review as creative inquiry: reframing scholarship as a creative process. *Journal of Transformative Education*, 3(4), 374-393.
- Onocko-Campos, R., Gama, C. A., Ferrer, A. L., Santos, D. V. D., Stefanello, S., Trapé, T. L., & Porto, K. (2011). Saúde mental na atenção primária à saúde: Estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4643-4652.
- Pinto, A. G. A., Jorge, M. S. B., Vasconcelos, M. G. F., Sampaio, J. J. C., Lima, G. P., Bastos, V. C., & Sampaio, H. A. C. (2012). Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: Olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 653-660.
- Quinderé, P. H. D., Jorge, M. S. B., Nogueira, M. S. L., Costa, L. F. A., & Vasconcelos, M. G. F. (2013). Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: A experiência do apoio matricial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(7), 2157-2166.
- Ribeiro, M. A. T., Martins M. H. M., & Lima, J. M. (2015). A pesquisa em banco de dados: Como fazer? In Lang, C. E., Bernardes, J. F., Ribeiro, M. A. T., & Zanotti, S. V. (Orgs.) *Metodologias: Pesquisas em saúde, clínica e práticas psicológicas* (pp. 61-83). Maceió: Edufal.
- Santos, A. P. L., & Lacaz, F. A. C. (2012). Apoio matricial em saúde do trabalhador: Tecendo redes na atenção básica do SUS, o caso de Amparo/ SP. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(5), 1143-1150.
- Saraiva, S. A. L., Zepeda, J., & Liria, A. F. (2020). Componentes do apoio matricial e cuidados colaborativos em saúde mental: Uma revisão narrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(2):553-565.
- Spink, M. J. (2004). *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Spink, P. K. (2003). Pesquisa de campo em psicologia social: Uma perspectiva pós-construcionista. *Psicologia & Sociedade*, 15(2), 18-42.
- Vendruscolo C., Trindade L. L., Metelski F. K., Vandresen L., Pires D. E. P., Tesser C. D., & Martins M. M. F. P. S. (2020). Contribuições da educação permanente aos núcleos ampliados de saúde da família. *Esc Anna Nery*, 24(3), 1-8.
- Walker, S. (2015). Literature reviews: generative and transformative textual conversations. *Forum Qualitative Social Research*, 16(3).

VALORACIÓN DE LOS FACTORES QUE CONDICIONAN LA ADQUISICIÓN DE HÁBITOS ALIMENTARIOS SALUDABLES EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG): APROXIMACIÓN CUALITATIVA DESDE UNA PERSPECTIVA EN PRIMERA PERSONA Y DE LOS PROFESIONALES

Mireia Vilamala-Orra¹, Cristina Vaqué-Crusellas² y Ruben del Rio Saéz¹

¹Fundació Centre Mèdic Psicopedagògic d'Osona y Universidad de Vic - Universidad Central de Cataluña, España. mvilamala@osonament.cat

²Universidad de Vic - Universidad Central de Cataluña, España. cristina.vaque@uvic.cat

Resumen. Introducción: La adopción de dietas de baja calidad nutricional se relaciona con la aparición de alteraciones metabólicas, factor que contribuye a la elevada tasa de comorbilidades entre las personas con TMG. Conocer los factores condicionantes permite desarrollar programas de educación alimentaria adecuados a las necesidades de la persona; Objetivos: Explorar los factores que condicionan la adopción y mantenimiento de los hábitos alimentarios, e identificar las estrategias más eficientes para el cambio de hábitos; Métodos: Estudio descriptivo mediante la recogida de datos y análisis cualitativo. Los datos se obtuvieron de la realización de 6 grupos de discusión. Se procedió a un análisis temático del corpus textual; Resultados: Participaron 23 personas vinculadas a los servicios de salud mental y 30 profesionales de los distintos ámbitos de atención. Se desprenden 6 temas principales; Conclusiones: Profesionales y usuarios coinciden en la necesidad de promocionar la alimentación saludable. Conocer la predisposición y los condicionantes para adoptar un cambio de conducta es fundamental para el diseño de intervenciones eficientes.

Palabras clave: Trastornos Mentales; Investigación Cualitativa; Estilo de Vida Saludable; Promoción de la Salud; Bienestar Social.

ASSESSMENT OF THE FACTORS THAT DETERMINE THE ACQUISITION OF HEALTHY EATING HABITS IN PEOPLE WITH SEVERE MENTAL DISORDER: QUALITATIVE APPROACH FROM A FIRST- PERSON PERSPECTIVE AND FROM PROFESSIONALS

Abstract. Introduction: Adoption unhealthy diets is related to the appearance of metabolic alterations a contributing factor to the high rates of comorbidities in people with severe mental illness. Knowing the determining factors allows to develop food education programs appropriate to the needs of the person; Goals: To explore the factors that determine the adoption and maintenance of eating habits, and identify the most efficient strategies for changing habits; Methods: Descriptive study with qualitative data collection and analysis. Data was obtained from 6 discussion groups. A thematic analysis of the corpus was carried out; Results: 23 people attended to mental health services and 30 professionals from different care areas participated. Six main themes emerge; Conclusions: Professionals and users agree on the need to promote healthy eating. Knowing the predisposition and conditioning factors to adopt a behaviour change is essential for the design of efficient interventions.

Keywords: Mental Disorders; Qualitative Research; Healthy Lifestyle; Health Promotion; Social Welfare.

1. INTRODUCCIÓN

Las personas con TMG presentan una tasa de mortalidad media de 2 a 3 veces superior a la de la población general, reduciendo la esperanza de vida entre 10 y 25 años (Liu et al.,

2017)². En este contexto, la promoción, prevención y tratamiento de la salud de las personas con trastorno mental se considera una línea prioritaria de intervención desde el punto de vista de la salud pública (Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, 2017)².

La elevada mortalidad presenta una causa multifactorial, incluyendo factores de riesgo individual, asociados a la enfermedad o en la adopción de comportamientos específicos, junto con factores de riesgo asociados al sistema sanitario y a determinantes socio-ambientales. Los factores de riesgo individual incluyen características inherentes al trastorno y a los comportamientos relacionados con la salud de la persona. Dichos factores se pueden atribuir a la fisiopatología, la severidad del trastorno y a la sintomatología asociada, junto con la adopción de estilos de vida poco saludables (Liu et al., 2017)².

La elevada morbilidad y mortalidad en muchos casos se debe a la aparición de patologías concurrentes, siendo especialmente prevalentes las patologías cardiovasculares. Esta condición es debida a la elevada incidencia de alteraciones metabólicas, relacionadas con una serie de factores de riesgo cardiovascular, como la obesidad, la hipertensión, la diabetes mellitus tipo 2 y la síndrome metabólica (Ayerbe et al., 2018)². La presencia de alteraciones metabólicas, especialmente la obesidad, se relaciona a su vez con una disminución del nivel de funcionalidad y un empobrecimiento de la calidad de vida de la persona (Cerimele & Katon, 2013)².

Es sabido que las personas con TMG tienden a adoptar hábitos alimentarios desequilibrados desde una perspectiva dietética-nutricional, resultando en un patrón alimentario definido por el seguimiento de dietas hipercalóricas, junto a una baja presencia de alimentos de origen vegetal (Jahrami, Faris, Saif, & Hammad, 2017)². Los objetivos del abordaje dietético están enfocados a promover una alimentación saludable y adecuada a las necesidades individuales como parte fundamental del tratamiento integral de la persona, para prevenir y controlar las comorbilidades asociadas, junto a la promoción del bienestar psicológico y la satisfacción (Kaur, Bhatia, & Gautam, 2014)².

Distintos factores influyen en la toma de decisiones y condicionan las prácticas alimentarias adoptadas (Aschbrenner et al., 2013)², siendo en cierta medida modificables mediante programas de educación alimentaria. Entender a las personas, sus comportamientos alimentarios y el contexto en el que se desenvuelven es crucial para desarrollar

intervenciones con el objetivo de adecuar las prácticas y elecciones alimentarias (Contento, 2011)².

La mayoría de las intervenciones desarrolladas para incidir en los estilos de vida de las personas con TMG se centran en la reducción del peso corporal o en el incremento de la actividad física, para reducir la incidencia de alteraciones metabólicas y consecuentemente mejorar el estado de salud (Naslund et al., 2017)³. Son pocas las intervenciones que muestran resultados favorables sostenidos en el tiempo (Holt et al., 2019)⁴, hecho atribuible a las limitaciones metodológicas de las intervenciones o a la inadecuación de los contenidos. Es por este motivo que se considera primordial explorar las necesidades de la población y conocer aquellos elementos que condicionan la adquisición de unos hábitos alimentarios saludables en vistas a desarrollar estrategias de intervención eficientes y sostenibles.

2. METODOLOGÍA

El presente estudio se enmarca dentro de un estudio más amplio que tiene por objetivo evaluar la eficacia de un programa de educación alimentaria basado en el apoderamiento de las personas con TMG para la promoción del consumo de fruta y verdura (DIETMENT), en el que se desarrolla una estrategia de educación alimentaria específica.

Los objetivos se centran en conocer y contrastar las opiniones de los profesionales y usuarios de los servicios de salud mental en relación a los factores que condicionan la adopción y mantenimiento de los hábitos alimentarios en personas con TMG, e identificar las estrategias más eficientes para el cambio de hábitos.

Estudio descriptivo mediante la recogida de datos y análisis cualitativo, en el que se han realizado 6 grupos de discusión con las personas con diagnóstico clínico de TMG vinculadas activamente a Osonament - Fundació Centre Mèdic Psicopedagògic d'Osona (3 grupos), servicios de atención integral a personas con problemas de salud mental y adicciones de la comarca de Osona (Barcelona, Cataluña), junto con los profesionales de los dispositivos de salud mental de la comarca de Osona que atienden a las personas con TMG (3 grupos) a nivel social y sanitario.

Los grupos se condujeron mediante dos guiones semiestructurados a partir de 5 preguntas abiertas que se discutieron durante 40 a 80 minutos. Una vez obtenida la información de

ambos colectivos, se realizó la transcripción literal de las diferentes dinámicas grupales. Se realizaron varias lecturas para la familiarización con la información obtenida y empezar a generar los códigos iniciales mediante un proceso de codificación mixta, con el objetivo de focalizar, simplificar y abstraer los datos relevantes agrupándolos en categorías temáticas (Braun & Clarke, 2006).

Se optó por analizar los datos a través del análisis temático (Boyatzis, 1998) con el soporte del programa Atlas.ti 8. Se identificó un total 6 temas o categorías principales con diversas subcategorías.

El proceso de codificación fue realizado independientemente por dos investigadores y posteriormente contrastado con los participantes.

Todos los participantes participaron voluntariamente en el estudio. Los datos fueron tratados confidencialmente, respetando en todo momento los derechos de la persona.

3. RESULTADOS

Se realizaron 3 grupos de discusión con los usuarios de los servicios de salud mental y 3 con los profesionales de atención, con una participación total de 23 y 30 personas respectivamente. El perfil de los participantes se describe en las Tablas 1 y 2.

Tabla 1. Descripción del perfil de la muestra referente a los usuarios.

	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Total
Número participantes	9	8	6	23
Edad (años)	50,2 (DE 7,8)	49,7 (DE 13,1)	43,3 (DE 4,3)	48,3 (DE 9,4)
Sexo	22,2% Hombre	62,5% Hombre	100% Hombre	56,5% Hombre
Trastorno depresivo	22,2%	25%	16,7%	21,7%
Trastorno bipolar	11,1%	25%	0%	13%
Trastorno de personalidad	0%	12,5%	16,7%	8,7%
Espectro esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	66,7%	37,5%	66,7%	56,5%
Años del diagnostico	10,9	11,1	11,7	11,2

Tabla 2. Descripción del perfil de la muestra referente a los profesionales.

	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Total
Número participantes	11	7	12	30
Edad (años)	36 (DE 6,0)	37,4 (DE 5,0)	30,2 (DE 9,4)	34 (DE 7,8)
Sexo	18,1% Hombre	14,2% Hombre	25% Hombre	20% Hombre
Psicólogo	9,1%	28,6%	16,7%	16,7%
Terapeuta ocupacional	36,4%	14,3%	0%	16,7%
Educador social	18,2%	42,9%	0%	16,7%
Trabajador social	0%	0%	8,3%	3,3%
Integrador social	27,3%	0%	0%	10%
Enfermero	0%	0%	25%	10%
Auxiliar de enfermería	0%	0%	8,3%	3,3%
Psiquiatra	0%	0%	16,7%	6,7%
Monitor	0%	14,3%	8,3%	6,7%
Estudiante en prácticas	0%	0%	16,7%	6,7%
Técnico Actividad Física	9,1%	0%	0%	3,3%
Años experiencia profesional	11,4	12,1	4,7	8,9

El análisis temático de la información se presenta en relación a la comparación de las opiniones emergidas entre los dos colectivos (usuarios y profesionales) para explorar puntos coincidentes y divergentes entre ellos. A continuación se presentan los 6 temas principales obtenidos:

3.1 Tema 1. Conocimientos sobre alimentación saludable frente a las prácticas alimentarias

En general los usuarios son conocedores de los aspectos más básicos en relación a la alimentación saludable. Algunas personas tienen conocimientos más específicos, hablan de nutrientes y raciones de consumo de determinados alimentos. Sin embargo, aparecen dudas en relación a cómo seguir una alimentación saludable y se identifican algunos aspectos que generan confusión.

Cuando se explora la valoración sobre las prácticas alimentarias, se observa que la mayoría asumen que no comen de forma saludable, pese a saber identificar los aspectos que podrían modificar para adecuar su alimentación. Asimismo, algunas personas tienen una visión distorsionada sobre qué significa una alimentación saludable, asociándola a una dieta restrictiva carente de placer.

Usuario 8 "Debería comer creo un poco más variado, en el sentido de comer algo de carne, que no la pruebo casi, y de comer más fruta y más verdura que los cómo sólo uno o dos o tres veces a la

semana"; Usuario 17 "No como bien, quiero decir que no tengo horarios, como solo dos veces al día... no considero que este comiendo correctamente"; Usuario 21 "Ya hay pocos placeres en esta vida, sólo falta que me quiten la comida que me gusta"

3.2 Tema 2. Asociación entre la alimentación saludable y la salud

Ambos grupos manifiestan los beneficios de seguir un patrón alimentario saludable y destacan las repercusiones de su déficit a nivel de salud física y mental, ya sea a nivel de estado de ánimo ó bienestar personal. Los profesionales apuntan también a su relación con la calidad de vida y a la estabilidad psicopatológica de la persona.

Sin embargo en diversas ocasiones, y desde ambas perspectivas, sólo se relaciona el consumo de alimentos de baja calidad nutricional o la adopción de conductas alimentarias poco saludables a repercusiones vinculadas a la ganancia de peso corporal, y no se atribuye a consecuencias mayores a nivel de salud.

Desde la perspectiva de los profesionales, pese a haber consenso respecto a la importancia que los usuarios sigan una alimentación saludable y en su relevancia como una herramienta más para trabajar la salud mental de la persona, aparecen discrepancias en cuanto a su trabajo: algunos sólo lo consideran un tema prioritario cuando aparece una disfunción o una patología orgánica de base, en cambio otros lo consideran como un aspecto a trabajar en paralelo a diferentes aspectos en el proceso de recuperación de la persona.

Usuario 17 "Yo creo que mejorando esta parte de la alimentación me hará sentir mejor, supongo que si me siento mejor por dentro también me sentiré mejor mentalmente"; Profesional A7 "Yo creo que sí es un pilar, pero no el único ni mucho menos"; Profesional B1 "No tienes el tiempo en las visitas, tienes que trabajar otras cosas aparte de la alimentación"

3.3 Tema 3. Factores que condicionan positivamente la adquisición de hábitos alimentarios saludables

Se desprenden dos subcategorías: condicionantes intrínsecos a la persona y condicionantes extrínsecos. Referente a los condicionantes intrínsecos, profesionales y usuarios identifican la autoestima, la motivación, tener mayores conocimientos y ser consciente de la importancia y beneficios de comer de forma saludable, aspectos que hacen más fácil adoptar y mantener los cambios en el tiempo.

Diversos profesionales coinciden que cuando el asesoramiento va precedido de una demanda implica mayor motivación, por contra, cuando el profesional es quien impone el

cambio mayoritariamente los resultados derivan a intervenciones no efectivas. A su vez, identifican como elemento favorecedor tener una actitud pro-activa y una mayor implicación en el proceso de cambio y toma de decisiones.

Profesional A13 "Yo creo que es más importante la motivación, porque puede haber conciencia pero... decir ya sé que lo tengo que hacer, pero me da igual"; Profesional A8 "La persona que ha tenido predisposición para el cambio, yo tengo algunos casos concretos y se ha notado muchísimo"

En relación a los condicionantes extrínsecos, son pocos los puntos comunes, aun así, ambos grupos perciben el apoyo social como un aspecto favorecedor, siempre y cuando el entorno siga unos hábitos alimentarios saludables o esté dispuesto a adoptar cambios conjuntos. Los profesionales también apuntan a un entorno que fomente unos hábitos saludables, ya sea a nivel de entidad como de círculo familiar o social, que haga más accesible el consumo de alimentos saludables, tanto a nivel físico como económico. A su vez, los usuarios valoran positivamente contar con alguien que se responsabilice de la alimentación, sobre todo en aquellos momentos donde la astenia, desmotivación o estados anímicos más bajos están más presentes.

Usuario 13 "Yo creo que hago una dieta equilibrada porque no soy yo quien la hace, quiero decir es mi madre quien organiza la alimentación"; Usuario 15 "También hay quien cocina y hay a quien le hacen la comida, aquí la diferencia es muy importante, si te lo tienes que hacer tú el estado de ánimo puede influir, te puedes descuidar"

Los profesionales sugerían realizar cambios progresivos de acuerdo con la predisposición de la persona, evitando cambios muy drásticos en su funcionamiento habitual. Enfatizaban en la persistencia e insistencia de los mensajes que se dan, que sean reiterativos y que se haga un trabajo constante para que la persona pueda ir integrándolo en su día a día. Asociar beneficios sociales al trabajo de la alimentación, dar valor a los beneficios de seguir una alimentación saludable, compartir el proceso con otras personas y objetivar los cambios con medidas de impacto o indicadores de salud se describieron como elementos que favorecen la motivación de la persona y fomentan el trabajo del hábito, facilitando consecuentemente su adopción.

Profesional A9 "No hacer grandes cambios, partiendo de su rutina habitual mirar que se puede añadir, quitar o cambiar"; Profesional B2 "Yo considero que sería importante asociar beneficios, es decir, después de hacer una buena comida y hacerlo con compañía de alguien, tener la posibilidad de tener una conversación, asociar beneficios de carácter más social"

3.4 Tema 4. Factores que condicionan negativamente la adquisición de hábitos alimentarios saludables

Se identificaron diversas barreras para la adopción y mantenimiento de una hábitos alimentarios saludables organizadas en dos subcategorías: los condicionantes intrínsecos a la persona y los condicionantes extrínsecos. En relación a los condicionantes intrínsecos, profesionales y usuarios destacan el estado emocional, acentuando la ansiedad y las situaciones de angustia. Estas situaciones pueden derivar a “atracones” o, por el contrario, a la privación de las ingestas, sesgando la percepción de hambre respecto a la distinción del estado, a la vez que también pueden condicionar la toma de decisiones alimentarias. A nivel de los usuarios, en algún caso, se verbaliza la falta de motivación para cambiar la forma de alimentarse, ya sea por falta de interés o bien por pereza. Ambos grupos identifican factores inherentes al trastorno. La estabilidad clínica, la sintomatología negativa, la rigidez o el deterioro cognitivo pueden dificultar el mantener o adoptar estilos de vida saludables.

Profesional A17 “Los estados de ánimo a veces si que determinan, cuando hay estados más ansiosos o más depresivos condiciona si compras más alimentos hipercalóricos, o si tienes más apetencia por el dulce”; Usuario 17 “Yo me estoy dando cuenta que me estoy haciendo mayor y que no estoy saludable, pero por cuestión de ánimos tampoco hago nada, es como un pez que se come la cola”; Profesional A1 “Pensar que ellos tal vez antes de los trastornos ya tenían un hábitos saludables, pero quizás el propio deterioro o el estado anímico bajo hace que ahora la persona se descuide, incluso en lo que tenía más integrado”

En diversas ocasiones, ambos grupos mencionan las preferencias y aversiones alimentarias. Los usuarios remarcen la aversión hacia la fruta y la verdura, lo que comporta un consumo insuficiente. Los profesionales apuntan también a una mayor preferencia hacia las técnicas culinarias menos recomendadas y hacia alimentos de baja calidad nutricional. Por otro lado, la falta de habilidades o la falta de interés en la cocina limita las opciones a las comidas preparadas.

Usuario 8 “Yo no puedo hacer dieta, porque si me dices que no puedo comer lo que me gusta, por ejemplo la bollería y este tipo de cosas, luego me entran más ganas de comerlo”; Usuario 21 “No me gustan demasiadas cosas, las patatas fritas y la carne, los vegetales no los como”

En relación a los atributos externos, ambos grupos identifican el factor económico. Asimismo, los usuarios relacionan el hecho de no disponer de apoyo social a repercusiones en la calidad de la alimentación, ya sea por el tipo de alimento que se consume o bien por la cantidad. Los profesionales apuntan a que aquellas personas que viven solas o bien no están acompañadas en las comidas tienden a descuidar su alimentación. Por el contrario,

ambos coinciden que no tener el liderazgo en la toma de decisiones alimentarias o en la preparación de las comidas puede condicionar negativamente el cambio de hábitos. Siempre que las personas que se responsabilizan de la alimentación no sigan un patrón alimentario saludable o se nieguen a adoptar cambios.

Profesional A1 "Algunas personas son conscientes de que deberían comer más producto fresco, pero económicamente no se lo pueden permitir"; Usuario 11 "Se come peor estando solo, se cocina menos. A mí me gusta mucho cocinar para la gente, pero para mí mismo cocino como si cocinara para una mascota"; Profesional A1 "A veces es eso, es la familia la que no tiene un hábitos saludables, es quien prepara los alimentos, ya puedes ir trabajando con la persona que el problema está más atrás y nosotros no tenemos acceso"

Los profesionales atribuyen la fácil accesibilidad a alimentos de bajo valor nutricional junto a la falsa percepción que estos alimentos son más fáciles de preparar, más saciantes y placenteros a nivel gustativo al hecho que sean alimentos de primera elección para muchas personas.

El tratamiento farmacológico y los consiguientes efectos secundarios, también se identificaron como factores que interfieren en la adopción de los hábitos alimentarios saludables, aunque dicha relación solo es mencionada por los profesionales.

3.5 Tema 5. Estrategias educativas eficientes

Se identificó que la alimentación es un tema poco trabajado. Aun así las personas con TMG están interesadas en participar de actividades focalizadas a promocionar la alimentación saludable.

Ambos grupos destacaron que sería más favorecedor abordar la alimentación desde un enfoque grupal. Los usuarios valoraron positivamente disponer de un espacio donde poder compartir experiencias y opiniones. A su vez, se apuntaba que aquellas personas conocedoras o expertas en algún tema dietético pudieran transmitirlo a otros, dándole un formato de grupo de iguales. Todos los profesionales coincidieron en que la intervención grupal es muy positiva, tanto por el refuerzo obtenido a través del grupo, como por devenir en una fuente de motivación. Ambos colectivos también subrayaron el hecho de complementar el trabajo grupal con asesoramientos y seguimientos individuales, para reforzar la parte de planificación de menús y adaptar la intervención y el plan de trabajo a las necesidades y oportunidades de la persona.

Profesional A4 "La parte esta grupal es importante, porque tal vez por mi solo me cueste pero en grupo veo que hay otras personas que me pueden ayudar en esto, y compartimos"; Usuario 17 "Tener un menú me iba muy bien, porque hacia las cinco comidas, desayunaba por la mañana y todo esto me iba bien, no sé si perdí peso o no, pero me fue bien hasta que lo terminé, luego se acabó"

Se comparte la visión de basar las intervenciones en metodologías vivenciales, trabajarlo desde la vertiente práctica, para que sea más fácil de trasladar y aplicar a las rutinas diarias, hecho que aumenta la motivación y facilita la adherencia al cambio. Algunos aspectos que se desprenden son: soporte en la planificación de la alimentación y en la compra, prácticas y cursos de cocina, o alternativas saludables a los alimentos de consumo habitual.

Profesional B2 "Una intervención mucho más práctica, mucho más vivencial por el paciente, que la persona vea directamente el trabajo, lo manipule, ve los beneficios de lo que está haciendo, que una idea o un concepto mucho más teórico que quizá después le cueste integrar esta información y no le ve la utilidad"

3.6 Tema 6. Complejidad en el abordaje de la alimentación

En reiteradas ocasiones los usuarios han manifestado la dificultad para seguir una alimentación saludable, algunos de los motivos que se aducen son la no inmediatez de los beneficios, junto con la complejidad en la sostenibilidad de los cambios, sobre todo cuando se desdibuja la figura del profesional, lo que conlleva al abandono de la conducta adquirida antes de evidenciar resultados.

La dificultad no sólo es percibida por parte de las personas atendidas, sino también por el propio profesional. Atribuyen dicha dificultad a la falta de conocimientos o a la carencia de herramientas y estrategias para su abordaje, junto con la falta de tiempo para trabajarlo. Se describieron distintos modelos de atención profesional donde se interviene en la alimentación, aunque siempre constituyendo un apoyo muy superficial.

Los profesionales plantean la necesidad de establecer un referente en alimentación, mediante la figura del dietista-nutricionista, para poder ofrecer un asesoramiento adecuado y resolver las demandas que puedan derivarse. También, se consideró relevante aumentar la evidencia científica basada en resultados contrastados para fomentar la necesidad de intervención en la alimentación de las personas con TMG.

Usuario 19 "La dieta en sí quizás no sea difícil, pero lo que es difícil es mantenerla, mantenerla es lo que es más difícil pienso yo"; Profesional A2 "Siempre somos los mismos diciendo que deben vigilar con el"

azúcar, que al final no le sabes ni explicar lo que es la diabetes, que haya un profesional que se lo explique, que le haga el seguimiento, esto es lo que motiva"

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados principales se focalizan en conocer y contrastar las opiniones en relación a la promoción de la alimentación en los servicios de salud mental, desde la perspectiva de las personas atendidas y de los profesionales de distintos ámbitos de atención. En general aparecen pocas discrepancias entre ambos grupos, cada uno aporta una visión complementaria a la del otro, resultando en un conocimiento más global.

Ambas partes definen un patrón alimentario caracterizado por el seguimiento de dietas desequilibradas, debido a la falta de adecuación a las frecuencias y raciones de consumo de determinados grupos de alimentos, junto con una desestructuración de los horarios de las comidas, tal y como algunos autores ya han descrito anteriormente (Jahrami et al., 2017)². El consumo de alimentos de baja calidad nutricional o la adopción de conductas alimentarias poco saludables se atribuyen principalmente a repercusiones vinculadas al aumento de peso corporal y no a consecuencias mayores a nivel de salud. Aún conociendo los aspectos básicos de la alimentación saludable estos conocimientos no siempre se trasladan a la práctica habitual, prevaleciendo la apetencia hacia determinados tipos de alimentos frente a los atributos vinculados a la salud. Barre, Ferron, Davis y Whitley (2011)³ relacionan la no predisposición al cambio a una falta de consciencia, situando a estas personas en una fase pre-contemplativa o contemplativa. A su vez, Yarborough, Stumbo, Yarborough, Young y Green (2016)⁴ apuntan que el cambio de hábitos relacionado a los estilos de vida está motivado principalmente por la percepción del riesgo a eventos adversos relacionados con la salud.

Asimismo, los usuarios perciben la alimentación saludable como un tema complejo debido a las dificultades para su adopción y mantenimiento. Ambas partes identifican diversos aspectos percibidos como barreras en el cambio de hábitos, relacionados con la conducta y capacidades de la persona, a factores inherentes al trastorno, junto con atributos externos vinculados con el entorno social y comunitario. Otros autores también señalan al rol de ciertos alimentos como fuente de placer y su contribución al bienestar emocional de la persona o a la priorización de la salud mental frente a la alimentación saludable (Barre et al., 2011)⁵. Para implementar intervenciones eficientes y sostenibles dirigidas a adecuar los hábitos alimentarios de las personas con TMG, es fundamental conocer y tener en

consideración los condicionantes negativos, e interferir sobre aquellos que se consideran modificables. Asimismo, cabe destacar e incluir los factores que facilitan la predisposición al cambio, ya sea desde una perspectiva intrínseca o extrínseca a la persona (McKibbin, Kitchen, Wykes, & Lee, 2014).

Enfocar las estrategias de educación alimentaria sobre actividades grupales basadas en metodologías prácticas y vivenciales, junto con su combinación a un asesoramiento individualizado, fue un punto común entre profesionales y usuarios. Se resalta basar las intervenciones a la demanda y estímulo de la persona, hecho que acaba reportando mayor motivación y resultados más favorables con respecto a la adopción y adherencia al cambio de hábitos (Graham et al., 2014).

La complejidad en el abordaje de la alimentación no solo es percibida por parte de los usuarios, los profesionales manifiestan tener pocos conocimientos, recursos y estrategias de intervención para hacer frente a las demandas. Aunque se trabaje desde distintos servicios y áreas de atención, siempre es de una manera muy superficial. Asimismo, se plantea la profesionalización en el abordaje de la alimentación, mediante la figura del dietista-nutricionista para poder ofrecer un asesoramiento adecuado y dar respuesta a las necesidades de las personas. Del mismo modo, en el estudio de Mahony, Haracz y Williams (2012), los profesionales de atención manifestaron tener limitaciones en el asesoramiento nutricional.

Se insiste en la necesidad de realizar más estudios que permitan explorar las opiniones de las personas con TMG en relación al abordaje de la alimentación y las estrategias más adecuadas para su promoción, permitiendo conocer sus necesidades reales, junto con los condicionantes para su adopción. Focalizar la intervención hacia la predisposición al cambio de la persona permite diseñar estrategias metodológicamente más adecuadas, eficientes y sostenibles, reportando resultados más favorables y adecuando la gestión de los recursos profesionales.

5. REFERENCIAS

- Aschbrenner, K., Carpenter-Song, E., Mueser, K., Kinney, A., Pratt, S., & Bartels, S. (2013). A Qualitative Study of Social Facilitators and Barriers to Health Behavior Change Among Persons with Serious Mental Illness. *Community Ment Health J*, 49, 207-212.

- Ayerbe, L., Forgnone, I., Foguet-Boreu, Q., González, E., Addo, J., & Ayis, S. (2018). Disparities in the management of cardiovascular risk factors in patients with psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 48(16), 2693-2701.
- Barre, L. K., Ferron, J. C., Davis, K. E., & Whitley, R. (2011). Healthy eating in persons with serious mental illnesses: Understanding and barriers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 34(4), 304-310.
- Boyatzis, R. (1998). *Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Cerimele, J. M., & Katon, W. J. (2013). Associations between health risk behaviors and symptoms of schizophrenia and bipolar disorder: A systematic review. *Gen Hosp Psychiatry*, 35(1), 16-22.
- Contento, I. R. (2011). Overview of determinants of food choice and dietary change: Implications for nutrition education. Conte. En *Nutrition Education: Linking Research, Theory and Practice*. 2 ed. Jones and Bartlett Publishers.
- Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. (2017). Pla integral d'atenció a les persones amb transtorn mental i addicions. En *Generalitat de Catalunya*.
- Graham, C., Rollings, C., de Leeuw, S., Anderson, L., Griffiths, B., & Long, N. (2014). A qualitative study exploring facilitators for improved health behaviors and health behavior programs: mental health service users' perspectives. *The Scientific World Journal*, 2014, 870497.
- Holt, R. I. G., Gossage-worrall, R., Hind, D., Bradburn, M. J., Mccrone, P., Morris, T., ... Wright, S. (2019). Structured lifestyle education for people with schizophrenia, schizoaffective disorder and first-episode psychosis (STEPWISE): randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 214, 63-73.
- Jahrami, H. A., Faris, M. A. I. E., Saif, Z. Q., & Hammad, L. H. (2017). Assessing dietary and lifestyle risk factors and their associations with disease comorbidities among patients with schizophrenia: A case-control study from Bahrain. *Asian Journal of Psychiatry*, 28, 115-123.
- Kaur, J., Bhatia, M. S., & Gautam, P. (2014). Role of dietary factors in Psychiatry. *Delhi Psychiatry Journal*, 17, 452-457.
- Liu, N. H., Daumit, G. L., Dua, T., Aquila, R., Charlson, F., Cuijpers, P., ... Saxena, S. (2017). Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. *World Psychiatry*, 16, 30-40.
- Mahony, G., Haracz, K., & Williams, L. T. (2012). How mental health occupational therapists address issues of diet with their clients: a qualitative study. *Australian Occupational Therapy Journal*, 59, 294-301.
- McKibbin, C. L., Kitchen, K. A., Wykes, T. L., & Lee, A. A. (2014). Barriers and facilitators of healthy lifestyle among persons with serious and persistent mental illness: Perspectives of community mental health providers. *Community Ment Health J*, 50(5), 566-576.
- Naslund, J. A., Whiteman, K. L., Mchugo, G. J., Aschbrenner, K. A., Marsch, L. A., & Bartels, S. J. (2017). Lifestyle interventions for weight loss among overweight and obese adults with serious mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*, 47, 83-102.
- Yarborough, B. J. H., Stumbo, S. P., Yarborough, M. T., Young, T. J., & Green, C. A. (2016). Improving lifestyle interventions for people with serious mental illnesses: Qualitative results from the STRIDE study. *Psychiatr Rehabil J*, 39(1), 33-41.

EXPERIENCIAS, VALORES Y PREFERENCIAS DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA SOBRE EL CUIDADO DE SU SALUD: INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

Vanessa Ramos-García¹, Ana Toledo-Chávarri¹, María del Mar Trujillo-Martín¹, Tasmania Del Pino-Sedeño¹, Wenceslao Peñate Castro² y Lilisbeth Perestelo Pérez³

¹Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC), España. vanesa.ramosgarcia@sescs.es; apfel@gmail.com; anatoledochavarri@sescs.es; mar.trujillomartin@sescs.es; mar.trujillomartin@sescs.es

²Facultad de Ciencias de la Salud – Sección de Psicología, Universidad de La Laguna (ULL), España. wpenate@ull.edu.es

³Servicio de Evaluación del Servicio Canario de La Salud (Sescs), España. lilisbeth.peresteloperez@sescs.es

Resumen. El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es uno de los trastornos de ansiedad más comunes y representa un porcentaje elevado en el ámbito de atención primaria (AP). Conocer los valores y preferencias de las personas con TAG en relación a los tratamientos disponibles facilita su elección y mejora las condiciones de salud. Objetivo: Realizar un estudio cualitativo para conocer la experiencia, valores y preferencias de las personas con TAG respecto a los tratamientos e incluir los resultados en las recomendaciones de una Guía de Práctica Clínica. Método: Diseño cualitativo con entrevistas semiestructuradas. Resultados: A partir del análisis narrativo se identificaron 5 temas: 1) Acceso al cuidado: diagnóstico, tratamiento farmacológico y atención especializada; 2) Aceptabilidad de los tratamientos; 3) Valores y preferencias; 4) La atención en atención primaria; 5) Conocimiento para la autogestión y necesidades de información. Conclusiones: La aceptabilidad de los tratamientos es variable y el diagnóstico es más frecuente fuera de entornos de AP. Existe una necesidad de información en relación al TAG y a sus tratamientos.

Palabras-clave: Atención Primaria; Autocuidado; Trastorno de Ansiedad Generalizada; Valores y Preferencias.

EXPERIENCES, VALUES AND PREFERENCES OF PEOPLE WITH GENERALIZED ANXIETY DISORDER ABOUT THEIR HEALTH CARE: QUALITATIVE RESEARCH

Abstract. Generalized Anxiety Disorder (GAD) is one of the most common anxiety disorders and represents a high percentage in primary care (PC) settings. Knowing the values and preferences of people with GAD in relation to available treatments facilitates their choice and improves health conditions. Goals: To conduct a qualitative study to learn about the experience, values and preferences of people with GAD with respect to treatments and to include the results in the recommendations of a CPG. Method: Design qualitative with semi-structured interviews. Results: Five topics were identified from the narrative analysis: 1) Access to care: diagnosis, drug treatment and specialized care; 2) Acceptability of treatments; 3) Values and preferences; 4) Care in primary care; 5) Knowledge for self-management and information needs. Conclusions: Acceptability of treatments is variable and diagnosis is more frequent outside PC settings. There is a need for information regarding GAD and its treatments.

Keywords: Primary Care; Self-Care; Generalized Anxiety Disorder; Values and Preferences.

1. INTRODUCCIÓN

Los trastornos de ansiedad (TA) son el tipo de trastorno mental más frecuente, con una prevalencia doble en las mujeres que en los hombres (World Health Organization 2017; D. J. Stein et al. 2017). Afectan a más de 260 millones de personas (Organización Mundial de la Salud, 2017) y aproximadamente a 61.5 millones de adultos en Europa (Begum et al. 2020), mientras que en España, un estudio reciente indica que afectan al 11% de personas (Villagrasa et al. 2019). Los TA son los más frecuentes dentro del ámbito de Atención Primaria (AP) y concretamente, el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) tiene una alta prevalencia (Alonso and Lépine 2007; Bados 2017).

La característica esencial del TAG es una excesiva, persistente y exagerada preocupación por los acontecimientos de la vida cotidiana, sin razón aparente. Durante al menos 6 meses la persona experimenta episodios de angustia con preocupación excesiva, caracterizados por una sensación de "intranquilidad", fatiga crónica, irritabilidad o tensión muscular y presenta dificultades para manejar la incertidumbre, ya que a menudo se condicionan por el peligro o amenazas externas sin existir razón aparente (American Psychiatric Association 2013).

Con frecuencia, el TAG se presenta junto a otros trastornos del estado de ánimo y TA (den Boeft et al. 2016; Meuldijk et al. 2016), y especialmente, tiene una alta correlación con los trastornos depresivos (Parmentier, García-Campayo, and Prieto 2013). Debido a su alta comorbilidad, las personas con TAG suelen acudir a los servicios de AP por síntomas somáticos físicos o relacionados con su ansiedad, tales como dolores de cabeza o de espalda, problemas gastrointestinales (dispepsia), cardiovasculares (palpitaciones) o respiratorios (disnea) (García-Campayo, Caballero, Perez, & López, 2012; Stein & Sareen, 2015); lo cual dificulta su diagnóstico desde AP en fases tempranas del trastorno y, por consiguiente, la elección de un tratamiento adecuado para mejorar las condiciones de salud.

Las herramientas de ayuda a la toma de decisión (HATD) son intervenciones que apoyan a los pacientes a hacer explícitas sus decisiones, proporcionan información acerca de las opciones y beneficios de cada opción de tratamiento y ayudan a aclarar los valores personales (Stacey et al. 2017). De este modo, cuando el paciente es partícipe del proceso de decisión del tratamiento junto al profesional sanitario, y se tienen en cuenta las experiencias, valores y preferencias del paciente, aumenta la satisfacción en el proceso de

toma de decisión conjunta del tratamiento, así como el conocimiento sobre su enfermedad (Stacey et al. 2017; Légaré et al. 2018).

En este sentido, conocer de antemano las experiencias, valores y preferencias de las personas con TAG, facilita el proceso de tomar una decisión conjunta con el profesional sanitario respecto a las opciones de tratamientos disponibles. Además de las HATD, las Guías de Práctica Clínica (GPC) incorporan los valores y preferencias de la población, teniendo presente factores como la equidad, la aceptabilidad y viabilidad para determinar la fuerza de las recomendaciones (van der Weijden et al. 2012) y adaptando las recomendaciones basadas en la población en recomendaciones dirigidas a personas de manera individual (van der Weijden et al. 2012).

El objetivo de este estudio es incorporar en la actualización de una GPC para el tratamiento del TAG en AP (en proceso de elaboración), coordinada por el Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de la Salud (SESCS) y Guía Salud (RedETS) las experiencias, valores y preferencias de las personas con TAG, con el fin de ayudar a los profesionales sanitarios de AP, a las personas con TAG y sus familias a tomar decisiones más informadas sobre cómo abordar su problema de salud y los tratamientos disponibles.

1.1 Objetivo principal

Realizar un estudio cualitativo que permita conocer las experiencias, valores y preferencias de las personas con TAG e incluir los resultados en las recomendaciones de la GPC.

1.2 Objetivos secundarios

1) Conocer cuál es la atención que reciben las personas con TAG en el ámbito de atención primaria; 2) Explorar los valores y preferencias de las eprsonas con TAG con respecto a los diferentes tratamientos y 3) identificar cuáles son las necesidades de información de las personas con TAG.

2. MÉTODO

2.1 Diseño del estudio

Se siguió una metodología cualitativa a partir de entrevistas semiestructuradas.

2.2 Contexto

Las entrevistas semiestructuradas se llevaron a cabo de forma presencial o telefónica en el centro de salud de referencia de los participantes.

2.3 Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión: Personas adultas, mayores de 18 años y con un diagnóstico principal de TAG realizado por los servicios de AP (Sistema Nacional de Salud) o en una consulta privada.

Exclusión: Personas con otro TA (agorafobia con o sin trastorno de pánico) como diagnóstico principal, personas con TAG con alguna enfermedad crónica incapacitante o con un trastorno cognitivo que dificultase la participación en la entrevista.

2.4 Muestreo

Los participantes se seleccionaron mediante un muestreo intencional de máxima variación, con el objetivo de cubrir las variaciones individuales más relevantes en relación a las experiencias, valores y preferencias con los distintos tratamientos. Se incluyeron personas que hablaran español, mayores de edad y menores 65 años, de ambos géneros, con un tiempo desde el diagnóstico reciente (<5 años) y no reciente (>5 años) y tratados, mayormente, en AP.

2.5 Reclutamiento

El equipo investigador elaboró un formulario online -Google Forms- donde se explicitó el objetivo de dicho estudio y se pidió la colaboración voluntaria de la población de las distintas Comunidades Autónomas (CC.AA). Dicho enlace se distribuyó a través de las redes sociales (Twitter y Facebook) de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (RedETS), prestaciones del Servicio Nacional de Salud (SNS) y de la asociación de pacientes AMADAG (Asociación Madrileña de Agorafobia). Aquellas personas que cumplieron criterios se les citó para la entrevista.

2.6 Instrumento de recogida de datos

El guion semiestructurado cubrió los siguientes aspectos: 1) Trayectoria general de la enfermedad, experiencia pre-diagnóstica, diagnóstica, sintomatología y comorbilidades; 2) Experiencia con los tratamientos, opciones de tratamientos recibida, acceso y adherencia a

esos tratamientos; 3) Aceptabilidad y preferencias con respecto a los tratamientos y la toma de decisiones compartida; 4) Importancia de las medidas de resultado (valoración individual); 5) Medidas de resultado de los tratamiento (grado de importancia individual atribuida a los tratamientos en relación a la frecuencia, duración e intensidad de los síntomas); 6) AP (exploración de la atención sanitaria recibida en atención primaria, diagnóstico, recaídas y tratamientos); 7) Necesidades de información (exploración sobre el conocimiento y aprendizaje del trastorno, información recibida en AP o búsqueda de información fuera de AP); 8) Apoyo emocional y social del entorno de la persona; y 9) Recomendación a otras personas que estén recién diagnosticadas de TAG.

2.7 Análisis de los datos

Las entrevistas fueron grabadas en audio y transcritas para su análisis. Una investigadora llevó a cabo el proceso de análisis de contenido temático, codificando las transcripciones sistemáticamente a partir del guion previo desarrollado. De esta forma se identificaron los temas, estableciendo conexiones temáticas entre ellos y relacionándolos con las preguntas y los objetivos del estudio (Ritchie, J., Lewis, J., Nicholls, C.M. Ormston 2014). Los temas principales surgidos se discutieron con el equipo investigador. El análisis de las entrevistas se realizó con un software específico para datos cualitativos (NVIVO 12).

2.8 Análisis éticos

Este estudio fue desarrollado dentro del marco de actualización de la GPC para el tratamiento del TAG en AP, coordinado por el SESCO y Guía Salud (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria 2008) siguiendo un enfoque de empoderamiento de pacientes y de atención centrada en la persona. Ambos enfoques éticos (Entwistle and Watt 2013) implican “respetar y responder a las preferencias, necesidades y valores individuales de los pacientes, y garantizar que los valores de los pacientes guíen todas las decisiones clínicas” (Institute of Medicine (IOM) 2001).

La participación fue voluntaria y se pudo abandonar el estudio en cualquier momento. A los participantes se les ofreció tiempo para leer la hoja informativa del estudio y se aseguró que comprendieran su participación. Antes de cerrar una cita, los participantes tuvieron la oportunidad de hacer preguntas antes de decidir si participar o no y firmar su consentimiento.

Las medidas para el tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los participantes se ajustó a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y a la aplicación de del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD), los nombres se cambiaron por seudónimos tras el proceso de transcripción para garantizar el anonimato; los datos fueron almacenados de forma segura para garantizar la confidencialidad.

3. RESULTADOS

Participaron un total de 8 personas con diagnóstico activo de TAG de las CC. AA de Canarias, Castilla y León, Extremadura y Madrid con edades entre 30 y 65 años; 5 mujeres y 3 hombres. El tiempo desde el inicio del diagnóstico varió entre 1 y 20 años. Siete de los ocho habían sido tratados en atención primaria. Siete personas estaban en tratamiento farmacológico y psicológico, mientras que sólo uno estaba en tratamiento farmacológico. Cuatro personas tenían un diagnóstico comórbido de depresión, otros dos con TA (agorafobia y agorafobia con ataque de pánico), una con un trastorno de la conducta alimentaria y la última no tenía comorbilidades.

El análisis narrativo del estudio primario permitió identificar 5 temas principales: 1) Acceso al cuidado: diagnóstico, tratamiento farmacológico y atención especializada; 2) Aceptabilidad de los tratamientos; 3) Valores y preferencias; 4) La atención en AP; 5) Conocimiento para la autogestión y necesidades de información. A continuación, se destacan los principales resultados por áreas temáticas.

La trayectoria diagnóstica del TAG es variable. Generalmente, los profesionales de psiquiatría y psicología son quienes diagnostican TAG, aunque la mayoría de las veces, la ansiedad se identifica en los servicios de urgencias o en AP, donde las crisis agudas que sufren las personas con ansiedad suelen ser clave para su diagnóstico.

Sin embargo, las personas con TAG acuden a estos servicios buscando un origen no psicológico a sus síntomas. En este sentido, el diagnóstico de TAG en AP juega un papel limitado, ya que ninguna de las personas entrevistadas recibió el diagnóstico de TAG en AP.

Cuadro 1. Tema 1. Acceso al cuidado: diagnóstico, tratamiento farmacológico y atención especializada.**Citas**

“El médico de cabecera se lo comenté y me derivó directamente a psiquiatría, él no me dijo nada”. TAG01MADLG35M

“(…)Acudí a urgencias por ese tema, me hacían pruebas (...)Y eso fue así como durante... pues tranquilamente uno o dos meses, uno o dos meses hasta que una vez estuve en urgencias y me acuerdo que fue una doctora que me dijo... sacó un blister de pastillas y me dijo: “Mira, te vas a meter esta pastilla abajo de la lengua y vas a esperar fuera en la sala de espera durante 30 minutos, atendiendo otro paciente y te vuelvo a llamar”. “(…) Entonces automáticamente me derivó al psiquiatra y al psicólogo para que me valoraran un poquito más en profundidad, y ya me... fue cuando me pusieron a tratamiento para la ansiedad. TAG04CYLRSR38H

El proceso diagnóstico puede llevar desde pocos días o meses -en crisis aguda- o alargarse durante años (4 de las 8 personas entrevistadas, obtuvieron el diagnóstico después de 10 años, después del debut de los problemas y, de éstas, una más después de 20 años y otra después de 30 años).

Cuadro 2. Tema 1. Acceso al cuidado: diagnóstico, tratamiento farmacológico y atención especializada.**Citas**

“Pues tardé muchísimos años en saber qué es lo que me pasaba”. “(…) Yo empecé con 16 años, tengo 44, y lo que yo recuerdo es que prácticamente me vino de la noche al día (...)”.TAG02ME44M

“Pues yo comencé con la ansiedad cuando tenía como 9 años. No se sabía realmente en aquella época, ya que tengo 52 años para 53, no se sabía realmente por qué actuaba de esa manera pero un día era muy nerviosa, siempre lloraba por todo, tenía mucha irritabilidad, mucha autoexigencia y luego sobre todo en esa etapa de los 9 años se me presentó una situación con la alimentación...” TAG03CANZHQ39M

El acceso a la atención sanitaria de personas con TAG no es equitativo. La derivación a servicios de psiquiatría, psicología y otros (trabajo social) es variable. Los períodos de espera para la derivación a psicología o psiquiatría son largos y las citas no tienen una periodicidad regular que requeriría el tratamiento de una persona con TAG.

El acceso a los fármacos es más fácil, aunque también parece haber poca equidad en la capacidad de los médicos de AP para recetar el tratamiento adecuado a las personas con TAG. Tres de los entrevistados perciben que los tratamientos recibidos en AP no les resultan efectivos, y, en un caso, los considera erróneos.

Cuadro 3. Tema 1. Acceso al cuidado: diagnóstico, tratamiento farmacológico y atención especializada.

Citas

“yo voy a un centro especializado (...) Centro de Rehabilitación Psicosocial. Es gratuito, (...), a mí me ve cada 15 días una psicóloga, no me ha visto durante semanas muchas veces hasta que yo he llegado a estar bien” (...) TAG05BADMAT50M

“(...) otra vez volví a mi médica de cabecera, me volvió a derivar al psicológico y al psiquiatra. TAG04CYLRSR38H

“Mi médico pues una vez me manda el fármaco, él sin ningún problema pues me hace la receta y bueno, ya está de acuerdo en que esa sea la medicación. (...) No he tenido problema en ese aspecto, ni tampoco me ha dicho: “No, mejor esto no”, porque obviamente si sabe que me están tratando por otro lado él se ajusta a lo que me digan”. TAG03CANZHQ39M.

A las personas con TAG les cuesta aceptar los nuevos tratamientos y cuidados en un primer momento, mostrando resistencia ante ello. Para la mayoría, la resistencia inicial se supera tras un periodo inicial, aunque en otras, esta resistencia es mayor, prologándose en el tiempo y dificultando el acceso al cuidado a largo plazo.

Una persona con TAG pasa por distintas fases diagnósticas sobre las que deben tomar decisiones terapéuticas, y, esperan que la atención sanitaria que reciben de su sistema de salud, tenga en cuenta la temporalidad del trastorno. Sin embargo, el seguimiento a largo plazo de la medicación o de la psicoterapia no parece ser sistemático en el SNS, por lo que no siempre es posible que haya una adaptación a las distintas fases diagnósticas de la enfermedad.

La resistencia a los tratamientos es más común en el caso de los tratamientos farmacológicos, aunque es variable. Algunas personas aceptan permanentemente el fármaco después del rechazo inicial, aunque tengan efectos secundarios que consideren difíciles de llevar (i.e. subir de peso).

La resistencia a tomarlos puede permanecer latente y se reactiva en momentos en las fases de la enfermedad, pudiendo afectar a las intenciones de interrumpir el tratamiento. Por otro lado, la interrupción del tratamiento farmacológico lo realizan con o sin apoyo médico.

Con apoyo médico, la interrupción es progresiva, mientras que sin apoyo es brusca, pudiendo implicar síntomas causados por la dependencia a los fármacos (vómitos, sudores). Algunas personas justifican la interrupción del tratamiento bien por la sensación de encontrarse bien, o bien por la sensación de sentir dependencia a los fármacos. Las recaídas son muy comunes cuando interrumpen o no el tratamiento farmacológico.

Cuadro 4. Tema 2. Aceptabilidad de los tratamientos.

Citas

"Y la medicación pues no me la tomé (...) como no me lo tomé tan en serio como que era una enfermedad, pues mejoré bastante sin tratamiento. El tratamiento yo lo comienzo cuando no trago (cuando os síntomas aumentaron)". TAG03CANZHQ39M

"con los fármacos tuve un poco de resistencia al principio, sobre todo, con el primer tratamiento (...) pues claro, tienes 21 años y no conoces a nadie que padezca esto y tú no sabes muy bien tampoco lo que es ansiedad, entonces tú piensas que estás loco." TAG04CYLRSR38H

"Voy al médico, y "¿Cómo te encuentras?" Bien. "Pues nada, sigue con ello". (...) muchas veces me ha preguntado el médico que si no he pensado en dejar de tomármela, pero la verdad es que no me lo he planteado el dejar de tomármela". TAG01MADLG35M

"(...) estoy con un psiquiatra que él ahora mismo está empezando a retirar poco a poco algunos de los medicamentos (...) sobre todo la adicción que producen (...) los ansiolíticos que he estado tomando. (...) cuesta mucho dejarlos". TAG07CANICR37M

"¿Has pensado en algún momento dejar la medicación? R: Jamás (...) a mí el hecho de tomar medicación me ha producido un aumento de peso (...) Pues aun así yo he considerado que tenía que seguir tomando la medicación si quería estar bien (...)". TAG05BADMAT50M

"¿Has pensado en algún momento dejar la medicación? R: Sí, sí. Muchas veces. Muchísimas. Muchísimas, porque en el momento que yo veía que avanzaba y luego me iba para atrás, yo decía: ¿Para qué me sirve esto que me estoy tomando?". TAG06MADAGD

“Como me encontré bien pues la dejé yo. Claro, y a los seis meses volví a caer, volví otra vez con los miedos, con las fobias, mis amigas decían de ir por ejemplo a un concierto y yo no quería ir (...)”. TAG01MADLG35M

La psicoterapia tiene mayor aceptabilidad que los fármacos. Entre las características que la hacen más aceptable, se encuentran: la accesibilidad de los profesionales en momentos de crisis (aumentar el número de sesiones o acceso telefónico); si reciben sesiones terapéuticas semanales durante la primera fase del trastorno.

Según los entrevistados, la aceptabilidad de técnicas como la relajación, meditación, mindfulness, respiración, yoga o autoayuda, está limitada por la necesidad de pasar la barrera de resistencia inicial ante un nuevo tratamiento.

Las personas que practican la relajación, meditación o mindfulness, señalan que han tenido que superar esas barreras iniciales para aceptarlas y aprender a gestionar los síntomas del TAG.

Cuadro 5. Tema 2. Aceptabilidad de los tratamientos.

Citas

“Yo creo que la psicoterapia es más efectiva en los casos en que no tengamos otro tipo de trastornos, (...). Pero yo creo que debe prevalecer la psicoterapia. (...) Porque la psicoterapia te da todas las herramientas que necesitas (...)”. TAG03CANZHQ39M

“Claro, yo al principio también era muy negativista con el tema este de la meditación, pero sí que me ayuda bastante”. TAG04CYLRSR38H

“yo desde hace bastantes años he estado, aunque no he progresado en ello, en el tema de las técnicas de relajación, no he progresado mucho” (...). TAG08CANJUV65H

Los entrevistados señalan una clara preferencia por los tratamientos combinados (fármacos y psicoterapia). Sin embargo, algunas prefieren la psicoterapia frente a los fármacos, aunque no renunciarían a éstos si son necesarios.

Por el contrario, ninguna persona entrevistada mostró preferencia por los fármacos exclusivamente. Existe poca información sobre tratamientos farmacológicos concretos. Dentro de los mencionados, la Paroxetina es el fármaco más aceptado y el más eficaz de los probados, ya que suele tomarse tras otros intentos con otro fármaco.

Cuadro 6. Tema 3. Valores y preferencias.**Citas**

Creo que la psicoterapia la valoro, porque empiezas a conocer por qué le pasa lo que le pasa a tu cuerpo...No es que yo esté en contra de que te tengan que mandar los fármacos, pero es donde empiezas a conocer por qué le pasa cada cosa, de dónde puedes venirte esos problemas, e incluso a controlarlos a través de respiraciones, de ejercicios y demás (...).TAG07CANICR37M

“Preferiría la psicoterapia. (...) yo soy una persona súper reacia, que me da miedo tomarme antidepresivos”. TAG06MADAGD

“No. Son tratamientos combinados, estoy a favor del tratamiento combinado, medicación y terapia. Nunca por separado (...). Tú tienes que tomar tu medicación, pero la medicación sola no hace nada”. TAG05BADMAT50M

En general, la valoración de la AP en el cuidado del TAG no es positiva. Sólo una de las personas entrevistadas tiene a su médico de AP como referencia en el cuidado de su enfermedad y acude a su profesional de medicina para gestionar sus crisis, recibir tratamiento farmacológico y derivación a psiquiatría.

La mayoría de las personas con TAG tienen como referente de cuidado los profesionales de psiquiatría o psicología, que, en muchas ocasiones, no trabajan en el SNS.

Las personas entrevistadas valoran como negativo la falta de tiempo durante las consultas, la falta de conocimiento y empatía sobre el TAG que pueden tener algunos profesionales del sistema sanitario, así como una ausencia de la respuesta del sistema sanitario ante los momentos de crisis, ante la falta de pautas y planes de actuación para dichas fases agudas.

La falta de conexión entre AP y los servicios especialistas de psiquiatría y psicología es otro aspecto que consideran negativo.

Los entrevistados valoran positivamente las situaciones en las que los profesionales de medicina de AP realizan un acompañamiento durante las fases de la enfermedad, que puede incluir el seguimiento a largo plazo del tratamiento con fármacos, así como brindar información acerca de los fármacos, sus efectos y la posibilidad de interrumpir el fármaco tras procesos continuos de recaídas.

Cuadro 7. Tema 4. La atención en atención primaria.**Citas**

“Yo fui por una cuestión porque bueno, fui primero al médico de la Seguridad Social, el cual no me fue bien”: TAG01MADLG35M

“¿Por tanto considera que hay carencias en la atención? R: A mí desde luego sí. Y al día de hoy igual. Primero, lo muchísimo que se tarda en atender a una persona, he tenido momentos realmente cruciales en mi vida y no he sido atendida como consideraba, ni saben consolar a una persona ni saben ser empáticas”. TAG02ME44M

“mi médico pues debe llevar conmigo como ya siete u ocho años. Pues ya me conoce bastante (...). Sí que he notado como una atención más cercana, y como que conocen mucho mejor mi caso, que pueden conocer... tanto el psiquiatra como el psicólogo, como la psicóloga que yo tengo”. TAG04CYLRSR38H

“Por lo menos la mía, todos los médicos de Atención Primaria al final hacen un poquito de psicólogos. (...) Entonces yo creo que sí, que desde Atención Primaria se puede hacer mucho más. Lo que pasa que los médicos de cabecera al final con pasar sus consultas y todo eso, yo creo que ya tienen el tiempo cubierto”. TAG04CYLRSR38H

Las entrevistas realizadas indican importantes necesidades de información sobre el TAG, sus síntomas, los tratamientos disponibles, riesgos y beneficios asociados al ellos.

También se han encontrado beneficios para la autogestión del conocimiento sobre el TAG. En este sentido, conocer la definición del TAG, los síntomas específicos que tiene cada persona, tomando consciencia de que pueden cambiar con el tiempo o reaparecer cuando hay un curso largo de la enfermedad, puede ayudar a la autogestión de los propios síntomas.

Los síntomas pueden disminuir con el conocimiento de la propia enfermedad y emplear herramientas y estrategias psicológicas o de autogestión en función de cada persona. Se detectó la necesidad de conocer los efectos secundarios y la posibilidad de dependencia de alguno de los tratamientos farmacológicos.

Se desconoce que algunos fármacos requieren seguimiento a largo plazo y una planificación sobre cuándo y cómo debe interrumpirse el tratamiento.

Cuadro 8. Tema 5. Conocimiento para la autogestión y necesidades de información.**Citas**

“Al inicio no eres tan consciente, pero cuando se te va pasando un poco, (...), ves una mejoría, empiezas a investigar por tu cuenta, qué es la agorafobia, por ejemplo, qué es el TAG, qué síntomas (...), el hecho de saber que los síntomas, en este caso sobre todo con la ansiedad generalizada y con determinados pensamientos obsesivos, (...) más te crecen esos pensamientos y más te crece la ansiedad (...). Para mí, esa información fue fundamental (...)”. TAG06MADAGD

“En atención primaria, la verdad que no me lo explicaron, me lo explicó la psicóloga. Me explicó en qué consistía, un poco los síntomas... (...)”. TAG03CANZHQ39M

“Nadie te explicó nada. No, no, pues es ansiedad pero nadie te dice... Pues mira, vas a tener este síntoma y esto y esto, las explicaciones son muy... (...)”. TAG04CYLRSR38H

“Me hubiera encantado que en el primer momento me hubieran dicho “Mira, tienes un trastorno de ansiedad generalizada y una depresión severa mayor y el trabajo que vamos a tener que seguir es este”, pero no lo hicieron”. TAG05BADMAT50M

“(...) Yo voy donde mi médica y le digo: Mira, E., esta medicación que mandaste me provoca a lo mejor estos síntomas que no sé si son normales”. TAG04CYLRSR38H

“Poco a poco, [los síntomas] han ido como disminuyendo en medida, ya, gracias al conocimiento, todo lo que me han explicado, lo que no es que no me asustan los síntomas”. TAG06MADAGD

“Pero son trucos que vas descubriendo tú, pues eso, de vivir 20 años con... (...) Y luego esos trucos por ahí veces que dejan de funcionar, no sabes por qué”. TAG04CYLRSR38H

4. CONCLUSION

Este estudio primario cualitativo ha analizado la experiencia, valores y preferencias de las personas con TAG en relación con los tratamientos recibidos. Los resultados han mostrado que el proceso de diagnóstico del TAG es más frecuente en los servicios de urgencias o en atención especializada, aunque el acceso a los servicios sanitarios parece no ser equitativo para todas las personas. Este hallazgo es congruente con otros estudios, donde existe una ligera tendencia a acudir a los servicios de urgencia para recibir un diagnóstico (Hurtado et al. 2020), y donde tan sólo un 25% de los pacientes son diagnosticados en entornos de AP (Piontek et al. 2018).

Como ya se había identificado anteriormente (Bosman et al. 2016; Dickinson et al. 2010), nuestros resultados permitieron identificar que no todos los tratamientos son aceptados inicialmente, es más, existen barreras que provocan resistencia a comenzar con nuevos tratamientos, sobre todo en el caso de los fármacos, aunque esta resistencia inicial desaparece con el inicio del tratamiento, pudiendo reactivarse en momentos de crisis agudas. Sin embargo, en este estudio no han encontrado estas resistencias iniciales a los tratamientos psicológicos, como sí definen Berg, Sandahl y Bullington, 2010 y O'Brien et al., 2019. No obstante, una revisión sistemática cualitativa, en proceso de publicación, encontró que el proceso de aceptar una terapia psicológica dependía de la experiencia previa con la propia terapia, así como de las características del profesional sanitario y de las condiciones ambientales.

Los pacientes con ansiedad desean recibir información y asesoramiento (Prins et al. 2009) y nuestro análisis indica que la atención recibida desde AP no se valora positivamente, debido en parte, al poco tiempo empleado en consulta, a la falta de acompañamiento en momentos de crisis y a la falta de un plan de actuación establecido para el seguimiento de los tratamientos. Por último, las necesidades de información de las personas con TAG son en relación a los síntomas y los tratamientos disponibles. Los resultados de este estudio cualitativo han permitido integrar, junto a la síntesis de la evidencia cuantitativa de resultados de efectividad y seguridad de los tratamientos, y sobre la síntesis de la evidencia cualitativa, la perspectiva y experiencia de las personas con TAG en relación a los tratamientos, así como explicitar sus valores y preferencias, con el fin de acercar una medicina basada en la evidencia a las GPCs mediante un enfoque metodológico de estudios mixtos.

La síntesis de resultado final permitió aportar evidencia de suficiente calidad metodológica, para integrar las recomendaciones finales de la GPC para el TAG en AP. Una limitación importante fue que no se cubrieron los perfiles para conseguir una máxima variabilidad, ya que sólo se realizó una entrevista a una persona de 65 años o más y sólo 2 personas con un diagnóstico reciente.

Tampoco se ha podido llegar a una saturación de la información. Los temas surgidos a partir de las entrevistas se podrían enriquecer a partir de la ampliación de este estudio.

Agradecimientos. Se agradece la participación que todos los pacientes tuvieron en las entrevistas.

5. REFERENCIAS

- Alonso, Jordi, and Jean Pierre Lépine. 2007. "Overview of Key Data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD)." *The Journal of Clinical Psychiatry* 68 Suppl 2: 3–9.
- American Psychiatric Association. 2013. "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-V (5th Ed.). Fifth Edit." Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bados, Arturo. 2017. "Trastorno de Ansiedad Generalizada." <http://hdl.handle.net/2445/115724>.
- Begum, Mursheda, Grant Lewison, Eva Wölbert, Karen Berg Brigham, Meryl Darlington, Isabelle Durand-Zaleski, and Richard Sullivan. 2020. "Mental Health Disorders Research in Europe, 2001–2018." *Evidence Based Mental Health* 23 (1): 15–20. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2019-300130>.
- Berg, Adrienne Levy, Christer Sandahl, and Jennifer Bullington. 2010. "Patients' Perspective of Change Processes in Affect-Focused Body Psychotherapy for Generalised Anxiety Disorder." *Body, Movement and Dance in Psychotherapy* 5 (2): 151–69. <https://doi.org/10.1080/17432979.2010.494853>.
- Boeft, Madelon den, Jos W. R. Twisk, Berend Terluin, Brenda W. J. H. Penninx, Harm W. J. van Marwijk, Mattijs E. Numans, Johannes C. van der Wouden, and Henriette E. van der Horst. 2016. "The Association between Medically Unexplained Physical Symptoms and Health Care Use over Two Years and the Influence of Depressive and Anxiety Disorders and Personality Traits: A Longitudinal Study." *BMC Health Services Research* 16 (1): 100. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1332-7>.
- Bosman, Renske C, Klaas M Huijbregts, Peter Fm Verhaak, Henricus G Ruhé, Harm Wj van Marwijk, Anton Jlm van Balkom, and Neeltje M Batelaan. 2016. "Long-Term Antidepressant Use: A Qualitative Study on Perspectives of Patients and GPs in Primary Care." *British Journal of General Practice* 66 (651): e708–19. <https://doi.org/10.3399/bjgp16X686641>.
- Dickinson, Rebecca, Peter Knapp, Allan O House, Vandana Dimri, Arnold Zermansky, Duncan Petty, John Holmes, and David K Raynor. 2010. "Long-Term Prescribing of Antidepressants in the Older Population: A Qualitative Study." *British Journal of General Practice* 60 (573): e144–55. <https://doi.org/10.3399/bjgp10X483913>.
- Entwistle, Vikki A., and Ian S. Watt. 2013. "Treating Patients as Persons: A Capabilities Approach to Support Delivery of Person-Centered Care." *The American Journal of Bioethics* 13 (8): 29–39. <https://doi.org/10.1080/15265161.2013.802060>.
- García-Campayo, Javier, Fernando Caballero, María Perez, and Vanessa López. 2012. "Prevalence and Clinical Features of Newly Diagnosed Generalized Anxiety Disorder Patients in Spanish Primary Care Settings: The GADAP Study." *Actas Espanolas de Psiquiatria* 40 (3): 105–13. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22723129>.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. 2008. "Guía de Práctica Clínica Para El Manejo de Pacientes Con Trastornos de Ansiedad En Atención Primaria." Madrid. Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo: Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS No 2006/10; 2008.
- Hurtado, María M., Amelia Villena, Amanda Vega, Gisela Amor, Clara Gómez, and José Miguel Morales- Asencio. 2020. "'I Have Anxiety, but I Have Values and Preferences' Experiences of Users with Generalized Anxiety Disorder: A Qualitative Study." *International Journal of Mental Health Nursing*, January, inm.12690. <https://doi.org/10.1111/inm.12690>.
- Institute of Medicine (IOM). 2001. *Crossing the Quality Chasm*. Washington, D.C. National Academies Press. pp 360
- Légaré, France, Rhéda Adekpedjou, Dawn Stacey, Stéphane Turcotte, Jennifer Kryworuchko, Ian D Graham, Anne Lyddiatt, et al. 2018. "Interventions for Increasing the Use of Shared Decision Making by Healthcare Professionals." *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 7: CD006732. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006732.pub4>.
- Meuldijk, D., I.V.E. Carlier, I.M. van Vliet, T. van Veen, R. Wolterbeek, A.M. van Hemert, and F.G. Zitman. 2016. "The Clinical Effectiveness of Concise Cognitive Behavioral Therapy with or without Pharmacotherapy for Depressive and Anxiety Disorders; a Pragmatic Randomized Controlled Equivalence Trial in Clinical Practice." *Contemporary Clinical Trials* 47 (March): 131–38. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2015.12.021>.

- O'Brien, Katie, Nora O'Keeffe, Hannah Cullen, Aoife Durcan, Ladislav Timulak, and James McElvaney. 2019. "Emotion-Focused Perspective on Generalized Anxiety Disorder: A Qualitative Analysis of Clients' in-Session Presentations." *Psychotherapy Research* 29 (4): 524–40. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1373206>.
- Parmentier, H., J. García-Campayo, and R. Prieto. 2013. "Comprehensive Review of Generalized Anxiety Disorder in Primary Care in Europe." *Current Medical Research and Opinion* 29 (4): 355–67. <https://doi.org/10.1185/03007995.2013.770731>.
- Piontek, Katharina, Meike C. Shedden-Mora, Maria Gladigau, Amina Kuby, and Bernd Löwe. 2018. "Diagnosis of Somatoform Disorders in Primary Care: Diagnostic Agreement, Predictors, and Comparisons with Depression and Anxiety." *BMC Psychiatry* 18 (1): 361. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1940-3>.
- Prins, Marijn A., Peter F.M. Verhaak, Klaas van der Meer, Brenda W.J.H. Penninx, and M. Bensing, Jozien. 2009. "Primary Care Patients with Anxiety and Depression: Need for Care from the Patient's Perspective." *Journal of Affective Disorders* 119 (1–3): 163–71. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.03.019>.
- Ritchie, J., Lewis, J., Nicholls, C.M. Ormston, R. 2014. *Qualitative Research Practice: A Guide for Social Science Students & Researchers*. 2nd ed. London: SAGE.
- Stacey, Dawn, France Légaré, Krystina Lewis, Michael J Barry, Carol L Bennett, Karen B Eden, Margaret Holmes-Rovner, et al. 2017. "Decision Aids for People Facing Health Treatment or Screening Decisions." *Cochrane Database of Systematic Reviews*, April. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001431.pub5>.
- Stein, Dan J., Carmen C. W. Lim, Annelieke M. Roest, Peter de Jonge, Sergio Aguilar-Gaxiola, Ali Al-Hamzawi, Jordi Alonso, et al. 2017. "The Cross-National Epidemiology of Social Anxiety Disorder: Data from the World Mental Health Survey Initiative." *BMC Medicine* 15 (1): 143. <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0889-2>.
- Stein, Murray B, and Jitender Sareen. 2015. "Generalized Anxiety Disorder." Edited by Caren G. Solomon. *New England Journal of Medicine* 373 (21): 2059–68. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1502514>.
- Villagrasa, B, B Olaya, R Lopez-Anton, C de la Cámara, A Lobo, and J Santabàrbara. 2019. "Prevalence of Anxiety Disorder among Older Adults in Spain: A Meta-Analysis." *Journal of Affective Disorders* 246: 408–17. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.087>.
- Weijden, Trudy van der, Antoine Boivin, Jako Burgers, Holger J Schünemann, and Glyn Elwyn. 2012. "Clinical Practice Guidelines and Patient Decision Aids. An Inevitable Relationship." *Journal of Clinical Epidemiology* 65 (6): 584–89. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2011.10.007>.
- World Health Organization. 2017. "Mental Health in the Workplace." WHO. World Health Organization. 2017. https://www.who.int/mental_health/es/.

PERSPECTIVA DE ADOLESCENTES QUE VIVEM COM DIABETES MELLITUS ACERCA DO AUTOCUIDADO

Caren da Silva Bertoldo¹, Eliane Tatsch Neves¹, Aline Cammarano Ribeiro¹, Camila Barreto¹, Diúlia Calegari de Oliveira¹, Camila Lopes Marafija²

¹Universidade Federal de Santa Maria, Brasil. carensbertoldo@gmail.com; eliane.neves@ufsm.com; alinecammarano@gmail.com; camilabarreto_6@msn.com; diuliacoliveira@gmail.com

²Faculdade Integrada de Santa Maria, Brasil. Camila_l_marafija@outlook.com

Resumo. Introdução: a Diabetes Mellitus tipo 1, caracteriza-se como uma doença autoimune com expressivo quantitativo de crianças e adolescentes acometidos. A adolescência é permeada por inúmeras descobertas, junto a isso, os adolescentes com diabetes mellitus tipo 1 precisam adaptar-se ao cotidiano de convívio com a rotina de cuidados imposta pela doença crônica. Com isso, torna-se pertinente o conhecimento sobre como o adolescente desenvolve o autocuidado. Objetivos: conhecer como os adolescentes que vivem com diabetes mellitus tipo 1 desenvolvem o autocuidado. Métodos: este estudo configura-se como pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva. A coleta de dados ocorreu em um hospital de ensino da região sul do Brasil, no ambulatório de pediatria. Os participantes foram adolescentes com diabetes mellitus tipo 1, de idade entre 12 anos e 18 anos incompletos. Realizou-se 14 entrevistas. As entrevistas foram transcritas e submetidas à análise temática de conteúdo, segundo Braun e Clarke (2006). Resultados: A partir da análise emergiram os seguintes temas: "Percepção de autocuidado"; "Alterações nos hábitos de vida" e "Prática de exercícios físicos", sendo agrupados na categoria temática: "Autocuidado de adolescentes que vivem com Diabetes Mellitus". Conclusões: os adolescentes percebem o autocuidado como as atividades diárias que eles realizam e possuem autonomia na sua realização.

Palavras-chave: Autocuidado; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Adolescentes; Pesquisa Qualitativa.

PERSPECTIVE OF ADOLESCENTS LIVING WITH DIABETES MELLITUS ABOUT SELF CARE

Abstract. Background: Type 1 Diabetes Mellitus, is characterized as an autoimmune disease with significant numbers of affected children and adolescents. Adolescence is permeated by innumerable discoveries, along with this, adolescents with type 1 diabetes mellitus need to adapt to the daily life of living with the care routine imposed by chronic disease. With this, knowledge about how adolescents develop self-care becomes relevant. Objective: to know how adolescents living with type 1 diabetes mellitus develop self-care. Methods: this study is a qualitative, exploratory and descriptive research. Data collection took place in a teaching hospital in the southern region of Brazil, at the pediatric outpatient clinic. Participants were adolescents with type 1 diabetes mellitus, aged between 12 and 18 years old. There were 14 interviews. The interviews were transcribed and submitted to thematic content analysis, according to Braun and Clarke (2006). Results: From the analysis, the following themes emerged: "Perception of self-care"; "Changes in lifestyle habits" and "Physical exercise practice", being grouped in the thematic category: "Self-care of adolescents living with Diabetes Mellitus". Conclusions: adolescents perceive self-care as the daily activities they perform and have autonomy in carrying it out.

Keywords: Self Care; Chronic Disease; Diabetes Mellitus; Adolescent; Qualitative Research.

1. INTRODUÇÃO

A DM1 é definida como doença autoimune, acontece quando a produção de insulina do pâncreas é insuficiente, pois suas células sofrem destruição. Os portadores de DM1

apresentam demandas de cuidados diários, necessitam de injeções de insulina para manter a glicose no sangue em valores normais, teste da glicemia capilar e controle da alimentação (Bertin, Elizio, Moraes, Medeiros, & Soo 2016). É uma doença que resulta em demandas clínicas, psicológicas e sociais na vida das pessoas. A doença se caracteriza por poliúria, polidipsia e emagrecimento apresentados por grande parte dos indivíduos acometidos. A DM tipo I é mais comum se manifestar na infância e na adolescência. O público infanto-juvenil acometido pela doença, vivencia diversos percausos em relação à faixa etária e suas atribuições sociais (Bertonhi & Dias, 2018). Na adolescência as necessidades da doença somam-se as características da fase. O adolescente vivencia mudanças físicas, psicológicas, sociais e comportamentais com a necessidade de integrações sociais e descobertas pessoais e ao mesmo tempo precisa atentar-se para os cuidados com a sua saúde para evitar o adoecimento.

Dessa forma o adolescente acometido pela DM1 vivencia diversas mudanças no seu cotidiano, as quais interferem no seu processo de desenvolvimento, tais como a dieta restrita, aplicações de insulina diariamente, atividade física regular, sentimento de medo das possíveis complicações e mal-estar pelos sintomas de hiperglicemia e hipoglicemia. Nesse contexto, o adolescente se vê obrigado a amadurecer precocemente, pois depende de ações de autocuidado para manutenção do processo saúde-doença que tem como agravante as características inerentes da idade. A partir de tal conjuntura, evidencia-se a importância do autocuidado na rotina desses adolescentes que possuem um conjunto de regras pré-estabelecidas, a fim de promover a própria saúde e bem-estar (Andrade, 2014).

Nessa perspectiva, é imprescindível a atuação dos profissionais da saúde no cuidado ao adolescente que vive com DM1, principalmente do profissional enfermeiro, visto que atua diretamente na rotina dos usuários e seus familiares de modo a conhecer suas reais necessidades de cuidado.

Assim, torna-se necessário o trabalho conjunto entre profissionais e adolescentes, a fim de promover o acolhimento, diminuir a ansiedade e promover o empoderamento para o autocuidado assistido.

A partir do exposto tem-se o questionamento: como os adolescentes que vivem com diabetes mellitus tipo 1 desenvolvem o autocuidado? Assim, objetiva-se: conhecer como os adolescentes que vivem com diabetes mellitus tipo 1 desenvolvem o autocuidado.

2. METODOLOGIA

Este estudo configura-se como pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva. A pesquisa qualitativa objetiva a compreensão dos fenômenos que se relacionam aos seres humanos, assim utiliza-se de valores e percepções na busca pelo conhecimento, ou seja, ela analisa expressões humanas intrínsecas em suas relações. Ademais, a pesquisa qualitativa preocupa-se em garantir a cientificidade das produções por meio de quatro critérios: coerência, consistência, originalidade e objetivação, os quais devem ser observados e respeitados ao se pesquisar (Minayo, 2014).

Realizada no ambulatório de um hospital localizado em município que possui cerca de 280.000 habitantes. Trata-se de um hospital de ensino vinculado a uma Universidade Federal, credenciado ao SUS, referência no atendimento em saúde para toda a macrorregião centro-oeste do estado do Rio Grande do Sul. O ambulatório recebe uma grande demanda de adolescentes para realizarem tratamento em saúde em diversas clínicas e especialidades, como, seguimento de prematuro; Cirurgia pediátrica; Doenças infecciosas pediátricas; Diabetes infantil; Endocrinologia pediátrica; Grupo de obesidade; Neurologia estimulação precoce; Neurologia pediátrica; Obesidade criança e adolescente; PAISC (Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança); Pediatria; Pneumologia pediátrica.

O serviço de saúde funciona de segunda a sexta-feira, nos horários das 7h às 19h e os usuários são encaminhados pelo sistema de referência e contra-referência da Secretaria Municipal de Saúde dos municípios com o hospital universitário. Conta com uma ampla equipe multiprofissional e uma área física constituída por nove consultórios, uma sala de enfermagem, uma recepção, uma sala de estar para equipe de enfermagem e uma brinquedoteca.

Os participantes desse estudo foram adolescentes com diabetes mellitus tipo 1, de idade entre 12 anos e 18 anos incompletos (Brasil, 2015), que realizaram pelo menos uma consulta no ambulatório durante o período de coleta de dados. Assim, realizou-se 14 entrevistas obedecendo aos critérios de inclusão. Ademais, três adolescentes se recusaram a participar do estudo e um teve consentimento do responsável negado. A coleta desses dados aconteceu no primeiro semestre de 2017 por meio da entrevista com roteiro aberto, composta pela seguinte questão norteadora: *Conte-me como você desenvolve seu cuidado em relação à diabetes mellitus no dia-a-dia*. Essa técnica de obtenção de dados tem como

finalidade dar voz aos participantes do estudo sobre a maneira como desenvolvem o autocuidado no seu cotidiano.

As entrevistas, como meio de obtenção de dados qualitativos, permitem captar informações pessoais detalhadas e proporcionam informações permeadas pelos pontos de vista dos participantes (Creswell, 2013). A opção pela entrevista aberta, sem categorias preestabelecidas, foi definida para que os participantes expressem da melhor maneira suas experiências, sem serem influenciados pela visão do pesquisador ou pelos resultados de outros estudos, além de proporcionar flexibilidade para o pesquisador trabalhar com as questões de acordo com o ritmo e conteúdo oferecidos pelo participante durante seu discurso.

Os adolescentes foram abordados no ambulatório do hospital, cenário do estudo, durante o período de espera pelas consultas de rotina previamente agendadas com o médico endocrinologista. A primeira abordagem foi realizada na sala de espera e posteriormente os participantes eram direcionados para uma sala reservada. Alguns pais acompanharam os filhos durante as entrevistas, ao passo que outros não julgaram necessário, mesmo assim, todos os responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), consentindo a participação do adolescente na pesquisa, e o adolescente assinou o termo de assentimento, concordando em participar. A coleta de dados foi encerrada quando a pesquisa alcançou a densidade teórica de acordo com Moreira e Caleffe (2008) para atender os objetivos do estudo.

As entrevistas duraram entre 15 minutos até 30 minutos, foram gravadas em áudio, transcritas na íntegra pelas pesquisadoras, identificadas por letras e números (identificação alfanumérica) e, posteriormente, submetidas à análise temática de conteúdo, segundo Braun e Clarke (2006), a qual se divide em seis etapas. Familiaridade com os dados: transcrição das entrevistas e releituras dos dados; Geração de códigos: codificação de forma sistemática (agrupamento) das características dos dados em comum, sendo os códigos gerados: “autocuidado”; “hábitos de vida” e “exercícios físicos”. Procura de temas: formação de temas potenciais; Revisão de temas: verificação da relação dos temas com os dados (nível 1) e geração da temática para análise (nível 2); Definição e Nomenclatura dos temas: análise para refinar a especificidade de cada tema, geração e definição de nomes para cada tema; Elaboração do relatório: sendo esta a última oportunidade para análise dos extratos. Trás a análise para a pergunta da pesquisa e permite a redação final de um

relatório científico. Os autores destacam que não é necessário seguir a ordem descrita, o pesquisador tem a liberdade de retornar etapas sempre que necessário (Braun & Clarke, 2006). Cabe destacar que a codificação dos dados foi realizada pela pesquisadora principal para imersão necessária dos dados.

Foram preservados os direitos dos informantes observando-se as orientações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Brasil, 2012). A pesquisa passou por avaliação do Conselho de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (CEP/UFSM) e recebeu aprovação sob o parecer nº 2.233.073, nº CAAE: 57774916.7.0000.5346.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Autocuidado de adolescentes que vivem com diabetes mellitus

Participaram do estudo 14 adolescentes, dez do sexo masculino e quatro do sexo feminino. A idade média dos participantes foi de 14 anos. Todos possuem diagnóstico de DM tipo 1 e fazem acompanhamento frequente no ambulatório do hospital cenário do estudo. A maioria deles faz uso de insulinoterapia para manutenção adequada da glicemia. A partir da análise temática indutiva emergiram os seguintes temas: “Percepção de autocuidado”; “Alterações nos hábitos de vida” e “Prática de exercícios físicos”. Os temas foram agrupados na categoria temática: “Autocuidado de adolescentes que vivem com Diabetes Mellitus”.

Os adolescentes entrevistados percebem o autocuidado como as atividades diárias que eles realizam em detrimento das mudanças de hábitos ocasionadas pela Diabetes Mellitus.

“Eu levanto, me escovo, como as coisas que tenho que comer, faço insulina, faço as coisas dentro de casa.”
(A2, 13 anos)

“[...] É, eu acordo, tem que fazer o HGT (Hemoglicoteste) e aplicar a insulina e uma tal de regular. Depois eu tomo café, foi a coisa que mais mudou, por causa que eu tive que tirar uns tipos de pão e comer só integral, é a pior coisa que tem. Depois, chega o meio dia e eu tenho que fazer de novo o HGT (Hemoglicoteste). Depois do meio dia tem outro lanche da tarde, que eu tenho que fazer se não fica muito baixa (insulina). Chega a janta e eu tenho que fazer o mesmo procedimento que é HGT (Hemoglicoteste) e a regular [...]” (A3, 13 anos)

Para muitos adolescentes o processo de adolecer é complexo e conflituoso, uma vez que ocorrem diversas alterações físicas, biológicas, sociais e psicológicas. Para os adolescentes que vivem com diabetes mellitus esse processo é dificultado pelo diagnóstico de uma condição crônica, que quase sempre é motivo para ansiedade, preocupação, tristeza e insegurança por parte dos adolescentes (Ferreira, Zanatta, Brum, Nothaft, & Soo, 2013; Conte & Jeneral, 2018). Esses sintomas emocionais são atribuídos às alterações que a diabetes mellitus implica no cotidiano dos adolescentes, principalmente no que diz respeito a rotina de autocuidado relacionada aos hábitos alimentares, a prática de exercícios físicos, a monitorização da glicemia e a aplicação da insulina, restringindo alguns hábitos aos quais já estavam em sua rotina (Greco-Soares & Dell'Aglio, 2016; Greco-Soares & Dell'Aglio, 2017).

Desse modo, a autoaplicação da insulina e a realização do controle glicêmico através do HGT (Hemoglicoteste) esteve presente no discurso dos adolescentes ao se reportaram acerca da maneira como desenvolvem seu autocuidado.

“Quando a insulina entrou (começou a usar), eu aplico uma vez por dia de manhã.” (A6, 16 anos)

“Os HGTs (Hemoglicoteste) eu faço, ah.. quando é pra aplicar na perna, na barriga, isso ainda eu aplico. Quando é pra aplicar no braço eu não consigo, daí alguém aplica. Na escola eu só meço HGT, em casa eu faço controle com insulina e HGT e eu continuo fazendo uma contagem de carboidratos.” (A5, 14 anos)

“A insulina eu faço a basal de manhã, a Lantus, e aí faço a de apoio, a ultrarrápida, aí depende o que eu vou comer durante o dia, mas no mínimo umas cinco vezes no dia. Os HGT (Hemoglicoteste) é conforme eu vou fazer a refeição ou quando eu sinto se ela tá alta ou tá baixa.” (A4, 17 anos)

Com relação a aplicação da insulina, seja autoaplicada ou não, e o monitoramento da glicemia capilar com o hemoglicoteste (HGT), as autoras Greco-Soares e Dell'Aglio (2017) acreditam que esses são fatores que podem influenciar negativamente na adesão ao tratamento e a rotina de autocuidado do adolescente que vivem com diabetes mellitus, visto que, são procedimentos que implicam dor e desconforto ao usuário. Isso o desmotiva e pode culminar em sintomas psicológicos a longo prazo, como por exemplo a depressão. Apesar disso, a literatura aponta a importância da independência do adolescente na realização dos cuidados relacionados à DM, uma vez que a autonomia caracteriza-se como a capacidade do indivíduo de gerenciar sua própria vida, de modo a torná-lo capaz de decidir por si próprio e ser responsável por sua saúde. Além disso, a autonomia também constitui-se como importante aliado na adesão ao tratamento e realização do autocuidado impactando de maneira positiva na qualidade de vida dos adolescentes (Espírito et al., 2012; Greco-Soares & Dell'Aglio, 2016).

A partir disso, observam-se dois fatores importantes para o manejo da DM, a adesão ao tratamento e o autocuidado que embora estejam correlacionados, possuem sentidos distintos. A adesão ao tratamento se refere ao cumprimento de tarefas e procedimentos em busca de resultados positivos para o controle da DM, incluindo também o autocuidado. Este, por sua vez, diz respeito aos comportamentos e posições adotadas pelo indivíduo no cotidiano de convívio com a doença crônica que podem tanto acarretar benefícios quanto agravos à sua saúde (Greco-Soares & Dell'Aglio, 2017). Estudo desenvolvido com 122 adolescentes com diagnóstico de DM1, em atendimento em um serviço do Sistema Único de Saúde (SUS) mostrou que quanto melhor autocuidado maior a adesão, e quanto maior adesão e autocuidado, menor os valores de hemoglobina glicada (Greco-Soares & Dell'Aglio, 2017).

Ainda, durante as entrevistas observou-se dificuldade de alguns adolescentes em realizar as atividades de autocuidado em detrimento do estresse causado pelo convívio com a doença crônica e sentimentos como ansiedade.

“[...] quem faz a insulina é minha mãe, mas pelas poucas vezes que eu fiz fiquei um pouco nervoso porque era a primeira vez.” (A8, 13 anos)

“Eu fico nervosa, eu tenho crise de ansiedade e quando eu vou fazer eu começo a tremer por causa do nervosismo.” (A8, 13 anos)

“Eu não sei... eu tenho muito medo de comer pouco e passar mal depois. Dai eu costumo comer muito em uma hora e depois de duas horas eu como de novo, o que acaba dando alta (insulina).” (A8, 13 anos)

A adolescência é permeada por diversas transformações hormonais, descoberta e formação do caráter e personalidade e quando acrescidas a necessidade de alterações nos hábitos de vida pode gerar um conflito interno no adolescente, dificultando a aceitação da doença e o tratamento. Portanto, essas dificuldades limitam o adolescente no desenvolvimento do autocuidado e a responsabilidade dos cuidados com os níveis glicêmicos recai, geralmente, sobre os familiares (Andrade, 2014). Acerca disso, a literatura aponta que os familiares também sofrem diante do diagnóstico de DM, e expressam principalmente sentimentos de culpa e medo. Além disso, a maioria dos familiares não possui conhecimento acerca da DM e sentem-se limitados para auxiliar o adolescente na rotina de cuidados (Gomes, Moreira, Silva, Motta, & Soo, 2019).

Por conseguinte, diante das limitações dos adolescentes e suas famílias torna-se imprescindível a atuação dos profissionais de saúde, em especial do enfermeiro, na atenção

à saúde dessa população. O enfermeiro possui potencial para suprir as lacunas existentes no cotidiano de cuidado dos adolescentes que vivem com DM e suas famílias, visto que eles os acompanham com maior frequência e, portanto, são capazes de identificar suas reais necessidades. Desse modo, o enfermeiro pode planejar ações de cuidado embasadas nas dúvidas e sentimentos desses indivíduos, auxiliando tanto na adesão ao tratamento e promoção autocuidado quanto na redução de sintomas psicológicos nos adolescentes e suas famílias (Gomes et al., 2019).

Ademais, no discurso dos adolescentes a DM trouxe alterações significativas e difíceis para suas vidas, principalmente relacionadas às alterações nos hábitos alimentares.

“[...] Foi difícil acostumar porque era tudo integral, tudo diferente, daí era difícil.” (A8, 13 anos)

“Antes de eu descobrir que tinha diabetes eu comia de tudo, só que daí depois quando minha madrastra me encaminhou para o médico de lá me falaram que não podia comer muito arroz, não podia comer doce. Bem difícil. Ver todo mundo comer e não poder comer...” (A7, 14 anos)

Porém outros adolescentes relatam conseguirem conviver normalmente com a doença, apontando-a como algo positivo.

“Não mudou muito, pra mim ficou quase a mesma coisa. A única coisa que mudou foi meu café e os lanches, antigamente eu não era obrigado a fazer lanche, hoje em dia eu tenho que fazer, se não eu passo mal, obrigatório. Muitas vezes tá alta, é a pior parte, a glicose alta.” (A3, 13 anos)

“Tipo muita gente reclama da diabetes, que deixa de fazer muita coisa, comer doce, mas eu não... eu acho que sei lá, vem mais pra ajudar, por incrível que pareça. A gente passa a ter mais responsabilidade com a gente mesmo. Ter um cuidado pro futuro já. Muita gente nessa idade não se cuida tanto com o corpo. Já o diabético, ele se cuida mais.” (A4, 17 anos)

Os enunciados dos adolescentes apontam que a maior dificuldade encontra-se em alterar os hábitos alimentares, corroborando com estudo realizado com crianças e adolescentes acompanhados por ambulatório de hospital universitário, os quais apontaram a alimentação saudável como principal empecilho no tratamento da DM (Bertin et al., 2016).

O sentimento de aceitação e positividade com relação à doença, mencionado nas falas, pode estar relacionado com a capacidade de resiliência do indivíduo. Para Castro e Moreno-Jiménez (2007) a resiliência, relacionada às condições crônicas, se refere a capacidade de adaptação, de progressão positiva e de superação da doença. Além disso, a resiliência tem relação também com os fatores de proteção que envolvem o indivíduo e o auxiliam nos desafios de conviver com a doença crônica. Dentre esses fatores destacam-se

características pessoais, vínculo com adultos de referência; e rede de apoio familiar, grupos de pares e serviços de saúde (Cassarino-Perez & Dell'Aglío, 2015).

As alterações na alimentação também foram elencadas como negativas para a interação social dos adolescentes, prejudicando relações comuns na adolescência.

“O único problema é a bebida né, agora eu tô ficando jovem e eu não posso beber né!? Cerveja... vodka... essas coisas. Daí normalmente eu me excluo dessas coisas também.” (A9, 14 anos)

“Quando eu vou sair com meus amigos, se eles compram um refri ou alguma coisa assim, eu fico meio de fora porque eu não posso tomar, então é um negócio que meio que dá uma excluída ali né!?” (A10, 16 anos)

Durante a adolescência a necessidade de sentir-se incluído em grupos de pares é maior, a fim de o adolescente sentir-se aceito pela sociedade. Porém, os grupos de pares tendem a aumentar a suscetibilidade aos comportamentos de risco como ingestão de bebidas alcoólicas e o tabaco, potencializando riscos para a estabilidade glicêmica e futuras complicações da DM (Gaete, 2015).

Com relação à prática de exercícios físicos, os adolescentes entrevistados relataram não praticarem atividades físicas por não gostarem ou não julgarem necessário.

“Ultimamente não tenho feito (exercícios), tenho me baseado mais pela insulina, porque a insulina que eu faço, a ultrarrápida dá um pouco mais de liberdade sabe, dá pra comer o que quiser fazendo a contagem dos carboidratos certinho.” (A4, 17 anos)

“Eu fazia academia, agora eu parei. Não gostei muito.” (A2, 13 anos)

Já os adolescentes que relataram aderir à prática de exercícios físicos, dizem fazê-lo nas aulas de educação física que realizam na escola.

“Eu pratico na escola, na educação física.” (A5, 14 anos)

“Eu faço exercícios duas vezes por semana, na escola.” (A8, 13 anos)

Acerca da prática de exercícios físicos, estudo desenvolvido com 51 adolescentes com DM1, 49% não praticavam exercício físico regular, 20% praticavam um a dois períodos por semana 31% três ou mais períodos por semana (Pereira, Neto, Moleiro, & Gama, 2015). A prática de exercícios físicos além de prevenir o surgimento da doença, auxilia na redução das taxas de glicose no sangue, na ação da insulina na circulação sanguínea, diminui peso e riscos de doenças cardiovasculares, melhora as capacidades cardiorrespiratórias, reduz a pressão arterial, controla a hemoglobina glicada e melhora a sensibilidade à insulina.

Portanto, a combinação entre a prática regular de exercícios físicos e uma dieta equilibrada se caracteriza como estratégia fundamental para o controle glicêmico, havendo necessidade de intervenção profissional, a fim de conscientizar os adolescentes acerca da importância do exercício físico no controle da DM (Marçal, Alexandrino, Cortez, & Bennemann, 2018).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do desenvolvimento desta investigação qualitativa, por meio das entrevistas, foi possível conhecer como os adolescentes que vivem com diabetes mellitus desenvolvem o autocuidado. Nessa direção, destaca-se a importância da pesquisa qualitativa para obtenção dos resultados, pois ela permite um aprofundamento do fenômeno estudado, considerando características, subjetividades e contextos. Com isso, pôde-se compreender a percepção que os adolescentes têm acerca do autocuidado e identificar as dificuldades encontradas por eles no convívio com a doença crônica, evidenciando lacunas no cuidado.

Portanto, conclui-se que os adolescentes entendem o autocuidado como as atividades cotidianas que precisam e realizam em razão do convívio com a DM. Esses adolescentes possuem autonomia na realização do autocuidado e conhecimento sobre a doença. Além disso, as principais limitações para o autocuidado se referem à adoção de hábitos alimentares saudáveis e a prática regular de exercícios físicos.

Esses achados reforçam importantes aliados para o planejamento das ações de cuidado direcionadas aos adolescentes que vivem com DM e suas famílias, ao passo que apontam aos profissionais de saúde as fragilidades enfrentadas no manejo da doença que podem culminar em complicações agudas ou crônicas e internações hospitalares. Logo, compete também aos profissionais de saúde orientar e englobar a família no tratamento da DM, uma vez que ela exerce importante influência na adesão do adolescente ao tratamento em razão do apoio que oferecem.

Com relação às contribuições desta pesquisa para a prática sugere-se que os profissionais de saúde acompanhem e estimulem o adolescente na realização do autocuidado, dotando-o de conhecimento a fim de torná-lo independente e responsável, capaz de decidir sobre sua saúde de maneira consciente e assistida. Como limitação do estudo aponta-se o delineamento transversal, que realiza um recorte da população em determinado período de tempo, visto que para melhor conhecimento acerca do autocuidado de adolescentes que vivem com DM seria interessante realizar um acompanhamento prolongado, a fim de

compreender de maneira aprofundada o problema em questão. Assim, sugere-se a realização de estudo etnográfico com essa população, que busque compreender também os fatores sócio-culturais relacionados ao autocuidado.

5. REFERÊNCIAS

- Andrade, M. L. M. S. (2014). *A saúde e os estilos de vida dos jovens adultos com diabetes tipo 1*. (Tese de Doutorado em Educação, Universidade de Lisboa, Portugal). Disponível em <https://core.ac.uk/download/pdf/61473432.pdf>
- Bertin, R. L., Elizio, N.P.S., Moraes, R.N.T., Medeiros, C.O., Fiori, L.S., & Ulbrich, A.Z. (2016). Pereções do cotidiano alimentar de crianças e adolescentes com diabetes mellitus tipo 1. *Revista Contexto & Saúde*, 16 (30), 100-109. doi: 10.5020/18061230.2016.p371
- Bertonhi, L. G., e Dias, J. C. R. (2018). Diabetes mellitus tipo 2: aspectos clínicos, tratamento e conduta dietoterápica. *Revista de Ciências Nutricionais On*, 2(2), 1-10. Disponível em <http://unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/cienciasnutricionaisonline/sumario/62/18042018212025.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2015). *Estatuto da Criança e do Adolescente*. (13 ed). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006, december 1). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp0630a
- Cassarino-Perez, L., & Dell'Aglio, D. D. (2015) Processos de resiliência em adolescentes com diabetes mellitus tipo I. *Psicologia em Estudo*, 20(1), 45-56. doi: 10.4025/psicolestud.v20i1.24035
- Castro, E. K., & Moreno-Jiménez, B. (2007). Resiliencia em niños enfermos crônicos: Aspectos teóricos. *Psicologia em Estudo*, 12(1), 81-86. doi: 10.1590/S1413-73722007000100010
- Cavini, F. L., Gonçalves, K. A., Samara, M. C., Moreira, D. S., & Rescks, Z. M. R. (2016). Vivências de adolescentes com diabetes: Uma abordagem fenomenológica. *Revista de Enfermagem UFPE online*, 10(2), 805-13. doi: 10.5205/reuol.6884-59404-2-SM-1.1002sup201615
- Conte, A. F. & JeneraL, R. B. R. (2018). Sentimentos vivenciados pelos adolescentes portadores de diabetes mellitus tipo 1. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 20(4), 218-22. doi: 10.23925/1984-4840.2018v20i4a7
- Costa, M., e Gameiro, M. G. H. (2016). Autocuidado dos adolescentes com diabetes mellitus tipo 1: responsabilidade no controlo da doença. *Revista de Enfermagem Referência*, (9), 9-19. doi: 10.12707/RIV16010
- Espírito-Santo, M. B., Souza, L. M. E., Souza, A. C. G., Ferreira, F. M., e Silva, C. N. M. R. (2012). Adesão dos portadores de diabetes mellitus ao tratamento farmacológico e não farmacológico na atenção primária à saúde. *Revista Enfermagem*, 15(1), 88-101. Disponível em <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/3275>
- Ferreira, L. E., Zanatta, E. A., Brum, M. L. B., Nothaft, S. C., & Motta, M. G. C. (2013). Diabetes mellitus sob a ótica do adolescente. *Cogitare Enfermagem*, 18(1), 71-7. Disponível em <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/83609/000895917.pdf?sequence=1>
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista Chilena de Pediatría*, 86 (6). doi: 10.1016/j.rchipe.2015.07.005

- Gomes, G. C., Moreira, M. A. J., Silva, C. D., Mota, M. S., Nobre, C. M. G., & Rodrigues, E. F. (2019). Vivências do familiar frente ao diagnóstico de diabetes mellitus na criança/adolescente. *Journal of Nursing and Health*, 9(1). doi: 10.15210/jonah.v9i1.13393
- Greco-Soares, J. P., & Dell'Aglio, D.D. (2016). Relações entre qualidade de vida e diabetes mellitus tipo 1 na adolescência. *Contextos Clínicos*, 9(2). doi: 10.4013/ctc.2016.92.02
- Greco-Soares, J. P., & Dell'Aglio, D.D. (2017). Treatment adherence in adolescents with type 1 diabetes mellitus. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(2). doi: 10.15309/17psd180204
- Marçal, D. F. S., Alexandrino, E. G., Cortez, L. E. R., & Bennemann, R. M. (2018). Efeitos do exercício físico sobre diabetes mellitus tipo 1: uma revisão sistemática de ensaios clínicos e randomizados. *Journal of Physical Education*, 29. doi: 10.4025/jphyseduc.v29i1.2917
- Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (14 ed.). São Paulo: Hucitec.
- Moreira, H., & Caleffe, L. G. (2008). *Metodologia da pesquisa para o professor pesquisador*. Rio de Janeiro: DP & A.
- Pereira, E., Neto, S., Moleiro, P., & Gama, E. (2015). Exercício Físico em Adolescentes com Diabetes Mellitus Tipo 1. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 46, 311-7. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/283297302_Physical_Exercise_in_Adolescents_with_Type_1_Diabetes_Exercicio_Fisico_em_Adolescentes_com_Diabetes_Mellitus_Tipo_1
- Souza, A. B. L., & Cruz, A. C. D. (2015, Março). Implantação da caderneta do adolescente: Relato do município de Manaus. *Adolescência & Saúde*, 12(1), 52-59. Disponível em http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=491
- Viero, V. S. F., Farias, J. M., Ferraz, F., Simões, P. W., Martins, J. A., & Ceretta, L. B. (2015). Educação em saúde com adolescentes: análise da aquisição de conhecimentos sobre temas de saúde. *Escola Anna Nery*, 19(3). doi: 10.5935/1414-8145.20150064

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE FAMÍLIAS DE CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA À LUZ DO MODELO TEÓRICO DOS SISTEMAS DE CUIDADOS À SAÚDE

Andreia Chaves Farias¹, Maria Rosilene Cândido Moreira¹, Milena Silva Costa¹, Joseph Dimas de Oliveira¹, Antônio Germane Alves Pinto¹ e Evanira Rodrigues Maia¹

¹Universidade Regional do Cariri, Crato, Ceará, Brasil. andreiacf32@gmail.com; rosilene.moreira@ufca.edu.br; milena.costa@ufca.edu.br; josephdimas@hotmail.com; germanepinto@gmail.com; evanira.maia@urca.br

Resumo. Introdução: A trajetória percorrida pelos familiares na busca de serviços de atenção à criança com deficiência pode influenciar no cuidado integral dela. Objetivo: Conhecer a atuação do subsistema profissional no cuidado com a saúde de crianças com deficiência. Métodos: Pesquisa qualitativa, desenvolvida em serviços de reabilitação situados no Ceará, Brasil. Participaram 41 familiares de crianças com deficiência, por meio de história oral tópica. Os resultados foram processados pela técnica de análise de similitude proveniente do *software* IRaMuTeQ e analisados pelo subsistema profissional do modelo teórico dos Sistemas de Cuidados à Saúde. A pesquisa cumpriu os preceitos éticos recomendados. Resultados: Acompanhando o Itinerário Terapêutico, os familiares entraram no subsistema profissional para buscar cuidado na atenção especializada, em um caminho marcado por dificuldades relativas à oferta de serviços de saúde e de educação, e pela ausência de linha de cuidado específica. Desvelou-se a participação de instituições de ensino profissional na oferta de atividades de reabilitação e consulta especializada. Conclusões: O subsistema profissional do Itinerário Terapêutico implicou em prejuízos para o acesso, a equidade, a integralidade e a efetividade do cuidado com crianças com deficiência.

Palavras-chave: Crianças com Deficiência; Cuidado da Criança; Atenção à Saúde.

THERAPEUTIC ITINERARY OF FAMILIES OF DISABLED CHILDREN IN THE LIGHT OF HEALTH CARE SYSTEM THEORY

Abstract. Introduction: The trajectory of family members when looking for care services for disabled children may influence their integral care. Goals: To know the performance of the professional subsystem in the health care for disabled children. Methods: Qualitative research, developed in rehabilitation services located in Ceará, Brazil. In this study, 41 family members of children with disabilities participated, through an interview. The results were processed using the similitude analysis technique from the IRaMuTeQ software and analysed by the professional subsystem of Health Care System model by Arthur Kleinman. The research was in accord with the recommended ethical precepts. Results: Following the Therapeutic Itinerary, family members accessed the professional subsystem in order to have care in specialized care, in a path marked by difficulties related to the provision of health and education services, and to the absence of a specific care line. The participation of professional education institutions in offering rehabilitation and specialized consultation activities was revealed. Conclusions: The professional subsystem of the Therapeutic Itinerary resulted in losses to access, equity, comprehensiveness and effectiveness of care for children with disabilities.

Keywords: Disabled Children; Child Care; Health Care (Public Health).

1. INTRODUÇÃO

As famílias de crianças com deficiência podem apresentar-se isoladas e enfrentar discriminação, o que pode resultar em limitação na utilização dos recursos disponíveis e da inclusão social (Missel, Costa, & Sanfelice, 2017). Tais problemas ocorrem pelo fato de a criança com deficiência encontrar-se em situação de maior fragilidade e vulnerabilidade, considerando o caráter crônico de sua condição de saúde, a complexidade e a maior demanda por cuidados e serviços, quando comparadas àquelas que vivem sem deficiência (Figueiredo, Sousa, & Gomes, 2016).

As dificuldades iniciam-se desde o recebimento do diagnóstico da criança pela família, quando são gerados sentimentos como sofrimento, negação, medo e angústia, o que, por si só, já impede ou limita a busca por orientações e atendimentos nos serviços de saúde. Segue-se a resignificação da identidade, da estrutura e da organização, na qual os papéis e o funcionamento do sistema familiar buscam se adaptar às necessidades da criança (Santos, Marques, & Souza, 2017).

Os profissionais envolvidos no cuidado devem fortalecer as famílias para o enfrentamento de suas próprias demandas de saúde e as da criança com deficiência. A qualidade do cuidado ofertado inicialmente pode influenciar na trajetória percorrida e na busca por atenção. Nesse percurso, as famílias das crianças com deficiência acessam pessoas, lugares, serviços e instituições, para apoio e atendimento de suas demandas, desenhando o que se concebeu chamar de Itinerário Terapêutico (Cerqueira, Alves, & Aguiar, 2016).

O conceito de Itinerário Terapêutico perpassa por momentos históricos distintos, que vão desde a compreensão de “comportamento do enfermo” (*illness behavior*), por Mechanic & Volkart (Siriri, Fava, & Sonino, 2013) em 1960, em que as escolhas por tratamento se davam sob a lógica de consumo, com ênfase no modelo biomédico e nas demandas por serviços, e ganha importante contribuição na década de 1970 de Arthur Kleinman, médico psiquiatra e antropólogo, que deu ênfase à influência cultural nas escolhas do doente relativas ao percurso de cuidado (Kleinman, 1978; Siqueira et al., 2016).

O modelo teórico dos Sistemas de Cuidados à Saúde de Kleinman apresenta dois conceitos importante: o de modelos explicativos, que refere-se às concepções sobre a doença e as formas de tratamento utilizadas por todos aqueles engajados em um processo clínico, e o de sistema de atenção à saúde, que refere-se ao locais onde os indivíduos buscam soluções

para seus problemas de saúde e são classificados em três setores (profissional, constituído pelas práticas formais de exercício da medicina, como biomedicina e homeopatia; o popular, que são os cuidados caseiros e o autocuidado; ou o *folk*, que corresponde a práticas místicas e religiosas de cuidados). O Itinerário Terapêutico, nesse caso, é o percurso que os indivíduos vivenciam nos sistema de atenção à saúde, tomando por base seu modelo explicativo do processo saúde-doença (Cabral, Martinez-Hemáez, Andrade, & Cherchiglia, 2011).

Conhecer o Itinerário Terapêutico das famílias de crianças com deficiência possibilita identificar os componentes acessados, os desafios e potencialidades dos serviços da rede na oferta de cuidados e os aspectos que influenciam nas escolhas do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS), por meio do planejamento da atenção integral à saúde da criança com deficiência (Brasil, 2014).

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência deve ampliar acesso a serviços, qualificar o atendimento e vincular pessoas com deficiência e famílias aos pontos de atenção de modo articulado, com acolhimento e classificação de risco. Priorizam-se acompanhamento do recém-nascido de alto risco até 2 anos de vida, tratamento das crianças com deficiência e suporte adequado às famílias nas linhas de cuidado, definidas como fluxos assistenciais seguros e que garantam atendimento de saúde por meio de ações integrais (Brasil, 2012; Franco, Santos, & Salgado, 2011).

A dissonância é que há fragilidades nas linhas de cuidado com a criança com deficiência. Evidencia-se dificuldade de acesso e acompanhamento em serviços de reabilitação não regulados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sem coordenação do cuidado e/ou vinculação com a Atenção Primária em Saúde (APS), falhas no acolhimento, desarticulações nos serviços que constituem fatores agravantes e impeditivos para o cuidado efetivo e integral.

A pesquisa em tela objetiva conhecer a atuação do subsistema profissional no cuidado com a saúde das crianças com deficiência.

2. METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa qualitativa, por possibilitar a identificação do universo de significados, crenças, valores, atitudes e aspirações dos entrevistados, além da constituição de um

espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos. Esse modelo de investigação exerce primazia sobre o produto final e permite a incorporação de aspectos do significado e da intencionalidade como próprio das ações e das estruturas sociais, sendo estas tidas como construções humanas significativas (Minayo, 2014).

Este tipo de pesquisa se adequa à proposta em tela, uma vez que se pretendeu investigar aspectos subjetivos do subsistema profissional do Itinerário Terapêutico das famílias de crianças com deficiência, que só poderiam ser desvelados por meio de relatos e vivências dos envolvidos.

A pesquisa foi desenvolvida em um Núcleo de Estimulação Precoce (NEP) e na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), situados em municípios do interior cearense brasileiro. Ambos os locais são serviços especializados de reabilitação e de inserção social.

O acesso da criança e da família ao NEP acontece por encaminhamento das Unidades Básicas de Saúde ou demais pontos de atenção, via central de marcação. É realizada consulta com neuropediatra, que avalia e diagnostica a criança, iniciando a elaboração e a implantação do plano terapêutico interdisciplinar. O NEP atende crianças de zero a 3 anos de idade, com distúrbios do desenvolvimento neuropsicomotor (ADNPM), seja por microcefalia ou por outras patologias, como paralisia cerebral, síndrome de Down, prematuridade, dentre outras (Ceará, 2017).

A APAE é uma organização social com o propósito de promover atenção integral à pessoa com deficiência intelectual e múltipla. Acompanha pessoas com deficiência em todo ciclo de vida e nas diversas especialidades, da prevenção à reabilitação. Conta com equipe multidisciplinar, composta por terapeuta ocupacional, psicóloga, fonoaudióloga, fisioterapeuta, enfermeira e assistente social, para atendimento a crianças de zero a 11 anos 11 meses e 29 dias (Apae, 2019).

Os participantes da pesquisa foram os familiares das crianças com deficiência na faixa etária de zero a 9 anos, 11 meses e 29 dias, inseridos nos serviços de reabilitação lócus da pesquisa, nos meses de maio a novembro de 2019.

À época da coleta de dados, estavam cadastradas nesses serviços 134 crianças com deficiência. Adotaram-se os seguintes critérios de inclusão: estar envolvido no cuidado diário da criança com deficiência e residir em município localizado no sul do Ceará. Os critérios de

exclusão foram: familiares que apresentassem deficiência verbal e/ou intelectual que impossibilitasse o relato e participação na pesquisa.

Nesse estudo, adotou-se a saturação do tipo *code saturation*, que é definida como o ponto quando problemas adicionais não são identificados, e o sistema de codificação dos dados é estabilizado, ou seja, não surgem temas novos nas falas dos entrevistados (fontes primárias). As entrevistas foram encerradas após os códigos/temas das falas mostrarem-se repetidos e sem nenhum dado adicional novo (Hennink, Kaiser, & Marconi, 2017).

Utilizaram-se dois instrumentos para coleta de dados, que foram um roteiro de entrevista estruturada, contendo informações sociodemográficas e de saúde do familiar e da criança, e a entrevista em profundidade, com foco nas experiências vividas no Itinerário Terapêutico da criança com deficiência, com a pergunta norteadora: “Peço-lhe que me fale sobre a trajetória percorrida na busca por cuidados para a criança com deficiência”. A pergunta foi acrescida de questionamentos, de modo a atender aos objetivos do estudo.

A entrevista em profundidade foi fundamentada no método da história oral, por meio da técnica de trajetória de vida, entendida como parte de uma história de vida, em que o relato é focalizado em um momento ou experiência de vida, a qual vem ao encontro do objeto de pesquisa (Minayo, 2014). Esse método permitiu elucidar experiências vividas pelas famílias de crianças com deficiência no Itinerário Terapêutico em uma perspectiva de compreensão da dinâmica das relações.

Os relatos de história de vida tópica foram ouvidos e transcritos para um arquivo no programa *LibreOffice Writer*, versão 5.4, sendo codificados conforme a sequência numérica das entrevistas e o respectivo serviço especializado no qual cada familiar encontrava-se vinculado, constituindo o banco de dados do estudo (*corpus* textual), que foi submetido a uma análise de similitude, com o auxílio do programa informático IRaMuTeQ, versão 0.7 *alpha* 2. Este *software*, gratuito, com código aberto, ancora-se no *software* R e na linguagem de programação Python, para viabilizar diferentes modos de análise, desde os mais simples, como a lexicografia básica, até análises multivariadas (Camargo & Justo, 2013), como a adotada neste estudo.

A análise de similitude, que toma por base a teoria dos grafos, possibilita identificar as coocorrências entre palavras, as quais indicam a conexidade entre elas, auxiliando na

identificação da estrutura do conteúdo do *corpus* textual. Este tipo de análise permite ainda identificar partes comuns e especificidades do material, em função das variáveis descritivas identificadas na análise (Ratinaud & Marchand, 2012; Camargo & Justo, 2013). Delineada sob o formato de árvore de coocorrências, apresenta-se por uma imagem contendo nuvens coloridas interligadas por vértices, representando os grupos de palavras mais associadas entre si (Camargo & Justo, 2018), que variam em tamanho e posição, e anunciam diferentes graus de interconexão de subtemas – no caso presente, os aspectos do itinerário terapêutico das famílias investigadas.

O modelo teórico dos Sistemas de Cuidados à Saúde subsidiou a análise interpretativa da árvore de similitude e constituiu o arcabouço teórico-metodológico que balizou o estudo. Este referencial é constituído por três subsistemas sociais, que consistem em subsistema popular, folclórico (*folk*) e profissional. Para este estudo, contemplou-se o subsistema profissional, do qual fazem parte os profissionais da medicina científica ocidental e de sistemas de cura tradicionais (Kleinman, 1978). Tal escolha deve-se ao fato dessa análise favorecer a identificação das ações em saúde das crianças com deficiência nos serviços, por meio do itinerário terapêutico.

A pesquisa obedeceu ao disposto nas resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2013), estando aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Regional do Cariri (URCA), sob o parecer 3.325.364.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 41 familiares mulheres, sendo 37 mães-genitoras, duas mães-adotivas, uma tia e uma avó. A maioria era do lar, com idade entre 30 e 39 anos, Ensino Médio completo, católica, casada/em união estável e renda familiar de um salário mínimo do Brasil em 2019 (R\$ 998,00), proveniente do Benefício de Prestação Continuada (BPC), por vezes complementada por trabalho informal e esporádico. Destas, 20 foram entrevistadas no NEP e 21 na APAE.

Embora a deficiência não se resuma a uma perspectiva biomédica, a definição de sua etiologia contribui para melhor atenção às necessidades biológicas da criança que a apresenta e do percurso terapêutico a ser seguindo, possibilitando um plano de atenção efetivo no subsistema profissional de cuidados. Ademais, fornece à família informações

importantes, que ajudam na aceitação familiar (Melo, Pilotto, Rodrigues, Silva, & Germano, 2018).

O perfil apresentado coaduna-se com a reconstrução dos Itinerários Terapêuticos das famílias no subsistema profissional no cuidado com a saúde das crianças com deficiência. Tais Itinerários Terapêuticos são marcados por inexistência ou falhas nos fluxos assistenciais, acessibilidade, articulação, ordenação e integralidade da rede de cuidados. As falas são representativas da situação evidenciada e descrita na história oral das cuidadoras. Na Figura 1, a árvore de similitude do *corpus* do Itinerário Terapêutico traz uma representação gráfica do subsistema profissional percorrido por familiares de crianças com deficiência.

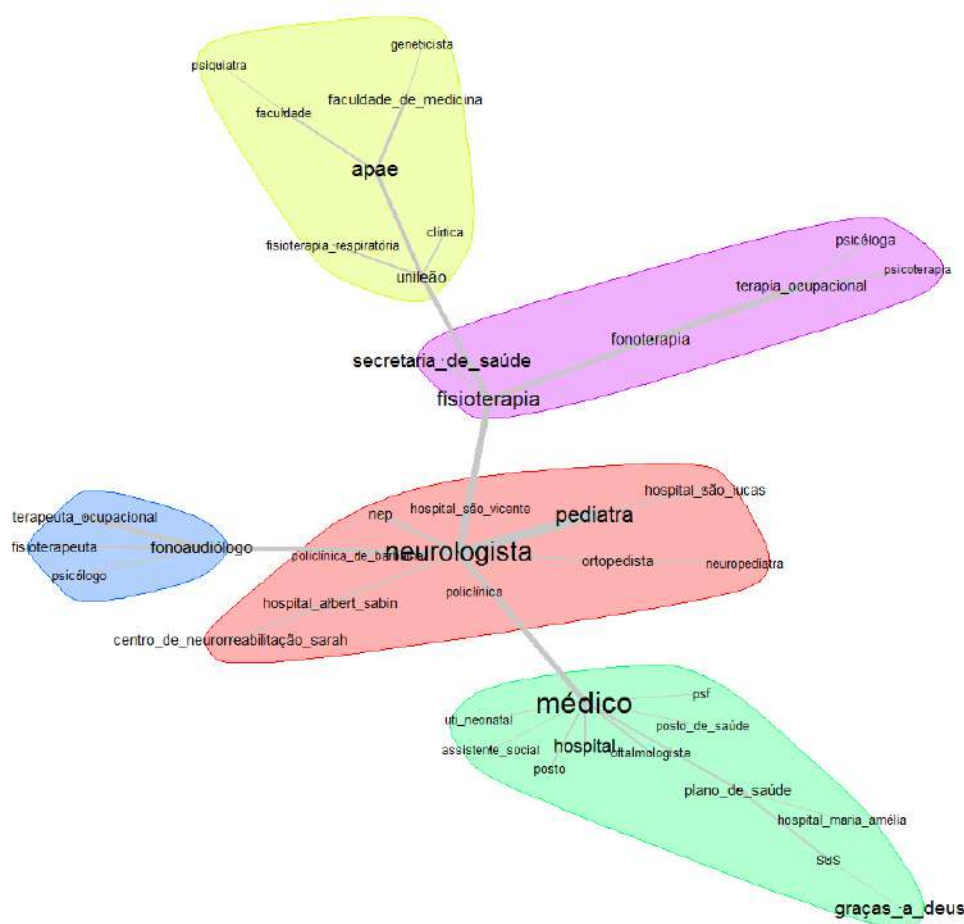


Figura 1. Árvore de similitude do Itinerário Terapêutico de familiares de crianças com deficiência, 2019.

Há evidências de profissionais e serviços que se apresentam como porta de entrada no sistema de saúde para essas crianças, composta pelo neurologista, especialista que assume uma posição central de investigação diagnóstica e acompanhamento da criança no Itinerário Terapêutico; pelo pediatra, que aparece em uma relação de grande proximidade com o neurologista, evidenciando uma ação clínica conjunta entre os dois especialistas, em um contínuo de cuidado.

Eu só tinha tido uma consulta com o neurologista, porque lá a demanda era muito grande; aí eu passei para a pediatria, que a microcefalia dela estava confirmada... (E05, NEP)

Neste plano, os termos “médico”, do qual flui “secretaria de saúde” – a qual aparece em uma perspectiva de sistema de acesso regulado, sistema logístico –, “posto de saúde”, “neuropediatra” e “oftalmologista” evidenciam os fluxos primários de cuidado, ao mesmo tempo em que estabelece uma relação de proximidade com o “neurologista”. Os termos “hospital pediátrico municipal” e “NEP” representam acesso a instituições de cuidado secundário. São colocados em evidência os termos “plano de saúde” e “SUS”, deixando claro que os familiares caminham por serviços do SUS e de saúde suplementar na busca por atenção, o que pode estar relacionado à fragilidade da linha de cuidado.

Foi como nós fizemos, por intermédio do oftalmologista que a gente encontrou o outro oftalmologista, fizemos a consulta com ele, e ele falou da cirurgia. Ele mesmo que faz a cirurgia no hospital de referência. (E18, NEP)

As consultas foram particulares; nunca procurei o SUS; como é o posto de saúde tem uma área muito grande lá [no bairro], ficaria mais difícil para mim e como ele já tinha o plano de saúde, eu achei muito mais prático usar o plano. (E40, APAE)

Da comunidade central da árvore de similitude fluem três comunidades. A primeira traz em destaque os termos “APAE” em aproximação direta com “faculdade de medicina” – por meio da qual estabelece comunicação com a “geneticista” –, “clínica escola” e “terapia ocupacional” – e, de forma secundária, com “clínica de fisioterapia”, evidenciando as instituições envolvidas e atividades terapêuticas a que são submetidas às crianças. A segunda comunidade diz respeito aos principais profissionais de saúde não médicos envolvidos nas atividades de reabilitação: o “fonoaudiólogo” e o “terapeuta ocupacional”. A terceira comunidade apresenta instituições da atenção secundária e terciária de referência, representada pelos termos “hospital pediátrico estadual” e “centro de neuroreabilitação”.

A mãe fica mesmo angustiada, porque eu saí com a carta daqui da Apae para ir para a faculdade, e quando cheguei lá, disseram que não tinha mais agenda para a neurologista atender, porque ela atende convênio e atende algumas crianças por mês, e só tinha ela. (E37, APAE)

Depois que ele entrou no NEP foi que teve a avaliação com os profissionais, mas o neurologista não, só a fonoaudióloga, terapeuta ocupacional, a enfermeira e a fisioterapeuta. (E04, NEP)

Lá [NEP] foi diagnosticado, e desde então o acompanhamento é lá, além do centro de neurorreabilitação. (E04, NEP)

O itinerário pesquisado destacou aspectos como presença marcante das clínicas escolas na reabilitação e consultas especializadas, por meio de encaminhamentos informais, sem a devida articulação com os demais pontos de atenção; deslocamento da APS, a qual se apresentou em posição secundária, com implicação para a coordenação do cuidado e para o estabelecimento de fluxos seguros e efetivos e o déficit ou inexistência na atenção ofertada em alguns serviços, ocasionando ausência de fluxos de cuidado que orientassem os familiares para um percurso seguro e efetivo.

Destaca-se que o desenho do Itinerário Terapêutico desvelado pelos familiares das crianças com deficiência desse estudo foi caracterizado por serviços de saúde públicos, privados (clínicas escolas) e filantrópicos, com presença de profissionais de saúde, médicos e não médicos. Revelou que a entrada no subsistema profissional aconteceu por meio da atenção secundária, com o envolvimento dos profissionais médicos especialistas (neurologistas, pediatras e neuropediatras) já que, por meio deles, foram realizadas as devidas investigações diagnósticas e/ou encaminhamentos da criança aos serviços de reabilitação (neuropediátrica).

O percurso percorrido identificou que a busca por assistência à criança com deficiência é um processo difícil e se caracteriza por uma peregrinação solitária de familiares por serviços e profissionais de saúde, por vezes, evidenciando inexistência ou fragilidade de uma linha de cuidado efetiva, além do descontínuo do cuidado iniciado na maternidade.

Observou-se, por meio da reconstrução oral dos itinerários percorridos, que os familiares descrevem e atribuem significado às experiências vivenciadas na realidade social, na busca do cuidado com a saúde prevista no SUS, por meio das RAS. No entanto, a árvore de similitude detalhou dificuldades na possibilidade de acesso e da continuidade da assistência na rede de cuidados. A história contada pelos familiares demonstra percurso marcado por

significados conflituosos atribuídos aos arranjos governamentais e não governamentais instituídos, no qual a APS não exerce seu papel ordenador e coordenador do cuidado, por meio da comunicação com os demais pontos de atenção.

A vivência dos familiares destaca que a continuidade e a integralidade do cuidado com a criança egressa da maternidade/unidade neonatal são oportunizadas pela comunicação entre esta rede e a APS, porém, a fragilidade nessa comunicação aponta para a transferência de responsabilidade da contrarreferência para o cuidador, comprometendo a continuidade da atenção. Essa falha de comunicação posterga o diagnóstico adequado e leva mães e familiares a serem os primeiros a perceberem os sinais de atraso no desenvolvimento da criança. Assim, a busca inicia-se por um diagnóstico. Esta busca acontece motivada pelo desejo de resolução das necessidades da criança e cura. No entanto, diante do diagnóstico fechado, os familiares se deparam com o caráter permanente da deficiência, surgindo novos questionamentos e caracterizando um momento de crise familiar (Franco, 2016).

O sofrimento dos pais, relatado nos discursos dos cuidadores, diante do diagnóstico de deficiência em um filho, é real e perpassa por uma vivência de luto (a morte do filho idealizado, sem doença). Esse processo é permeado por um misto de sentimentos, como choque, medo, angústia, tristeza, raiva e culpa, que se apresentam em perspectiva de enfrentamento da realidade (Oliveira & Poletto, 2015).

É uma busca [pelo diagnóstico] que você faz sem querer ver o fim, porque você tem medo da resposta, por mais que você tenha a certeza que vai ser, porque tudo dizia e eu não queria aceitar. (E30, NEP)

E não adianta a pessoa se desesperar; é confiar e entregar a Deus, que tudo vai dar certo; tudo, tudo vai dar certo quando a gente confia em Deus; e graças a Deus, até hoje deu certo. Até hoje estou aqui com ela cuidando dela, e cuidarei dela até o dia que Deus quiser, que Deus permitir. (E39, APAE)

Em sua teoria, Kleinman (1978) elucida que, apesar de a cura constituir-se em uma das principais funções do sistema de saúde, nem sempre ela é possível. Assim, deve-se “ajustar as expectativas, crenças, comportamento e avaliações do resultado”, principalmente do ponto de vista da eficácia terapêutica de determinadas doenças, como a deficiência. Desse modo, a competência e a sensibilidade do profissional de saúde responsável pela comunicação do diagnóstico são imprescindíveis para o adequado apoio familiar e influenciam na elaboração dos sentimentos vivenciados pelos pais e nos papéis a serem

desempenhados por eles, na direção do cuidado e da inclusão (Oliveira & Poletto, 2015). Dada a complexidade e as características do cuidado com a criança com deficiência, o subsistema profissional apresenta-se primordial no Itinerário Terapêutico para o desenvolvimento das práticas de cuidados.

No entanto, ao fazer um paralelo entre o itinerário desenhado e a proposição de Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, foi possível inferir fragilidade de uma linha de cuidado locorregional para a atenção integral das crianças com deficiência evidenciada no estudo, o que contribuiu para a construção de fluxos de cuidado adaptados por profissionais, na perspectiva de prover o cuidado, assemelhando-se ao que Mendes (2016) chamou de “perambulação desorientada” dos familiares das crianças com deficiência por serviços de saúde.

É importante destacar que, para além do cuidado de saúde, e ainda no itinerário de cuidado, os familiares encontraram lacunas nas instituições do subsistema profissional. A configuração da arena profissional é fruto do modelo construído na realidade social, no qual aspectos sociais, econômicos, psicológicos e culturais exercem fundamental pressão na formulação, na implementação e na materialização dos cuidados ofertados.

Dentre as funções exercidas pelos sistemas de cuidado de saúde, destacando o subsistema profissional, Kleinman (1978) destaca que a comunicação é fator determinante para o desfecho satisfatório dos problemas de saúde e influi sobremaneira na adesão, na adequação e na satisfação dos usuários com os serviços de saúde. No cenário estudado, as falhas de comunicação da rede de cuidados influenciaram negativamente nos resultados clínicos e na atenção prestada a crianças com deficiência.

4. CONCLUSÕES

O papel do subsistema profissional é predominante no Itinerário Terapêutico percorrido pelas famílias para acesso ao cuidado de saúde de crianças com deficiência. Porém, esse subsistema é caracterizado como deficitário, por não promover a integração entre os serviços da rede. Os familiares não visualizaram um fluxo assistencial estabelecido para acessar profissionais responsáveis pela assistência a crianças com deficiência, implicando em fragilidade estrutural e na organização da Rede de Atenção à Saúde quanto a acesso, equidade, integralidade e efetividade do cuidado.

No desenvolvimento de escopos investigativos para cotidianos assistenciais, o olhar qualitativo pode se limitar pela interpretação focal de um contexto específico, mas se amplia pela profundidade intencional das relações. Neste estudo, inova-se com a instrumentalização eletrônica e sistemática das informações que, aliadas às vivências entre participantes e pesquisadores, exaltam as necessidades de saúde e cuidado como alvo da atenção à saúde.

Agradecimentos. ao Ministério da Saúde do Brasil pelo apoio ao Programa de Pós-Graduação da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF).

5. REFERÊNCIAS

- Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (Apae). (2019). Quem Somos. *Federação Nacional das Apaes*. Brasília. Disponível em: <http://apaebrital.org.br/>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2014). *Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2013). *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Brasília, DF: Diário Oficial da União. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2012). *Portaria n.793, de 24 de abril de 2012*. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Diário Oficial da União. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html
- Cabral, A. L. L. V., Martinez-Hemáez, A., Andrade, E. I. G., & Cherchiglia, M. L. (2011). Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(11), 4433-4442.
- Camargo, B. V. & Justo, A. M. (2013). IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*, 21(2), 513-518.
- Ceará, P. M. I. C. (2017). *A experiência do Estado do Ceará no enfrentamento à síndrome congênita do Zika Vírus*. Campinas: Pontes Editores. Disponível em: <https://www.ceara.gov.br/wp-content/uploads/2019/03/WEB-LIVRO-1-Programa-mais-infância-ceará.pdf>
- Cerqueira, M. M. F., Alves, R. O., & Aguiar, M. G. G. (2016). Experiências vividas por mães de crianças com deficiência intelectual nos itinerários terapêuticos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(10), 3223-3232.
- Figueiredo, S. V., Sousa, A. C. C., & Gomes, I. L. V. (2016). Menores com necessidades especiais de saúde e familiares: implicações para a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(1), 88-95.

- Franco, C. M., Santos, A. S., & Salgado, M. F. Manual do gerente: desafios da média gerência na saúde. In: Pessoa, L. R., Santos, E. H. A., & Torres K. B. R. O., orgs. (2011). *Manual do gerente: desafios da média gerência na saúde*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.
- Franco, V. (2016). Tornar-se pai/mãe de uma criança com transtornos graves do desenvolvimento. *Educar em Revista*, 59(1), 35-48.
- Hennink, M. M., Kaiser, B. N., Marconi, V. C. (2017). Code saturation versus meaning saturation: how many interviews are enough? *Qualitative Health Research*, 27(4), 591-608.
- Kleinman, A. (1978). Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science & Medicine*, 12(2B), 85-95.
- Siriri, L., Fava, G. A., Sonino, N. (2012). The unifying concept of illness behavior. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82, 74-81.
- Melo, D. G., Pilotto, R. F., Rodrigues, S. A., Avó, L. R. S., & Germano, C. M. R. (2018). Investigação etiológica nas situações de deficiência intelectual ou atraso global do desenvolvimento. *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano*, 6(3), 73-85.
- Mendes, E. V. (2016). *O acesso à atenção primária à saúde*. Brasília, DF: Conselho Nacional dos Secretários de Saúde.
- Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento*. São Paulo: Hucitec.
- Missel, A., Costa, C. C., & Sanfelice, G. R. (2017). Humanização da saúde e inclusão social no atendimento de pessoas com deficiência física. *Trabalho, Educação e Saúde*, 15(2), 575-597.
- Oliveira, I. G., & Poletto, M. (2015). Vivências emocionais de mães e pais de filhos com deficiência. *Revista da SPAGESP*, 16(2), 102-119.
- Ratinaud, P., & Marchand, P. (2012). Application de la méthode ALCESTE à de "gros" corpus et stabilité des "mondes lexicaux": analyse du "Cable-Gate" avec IramuTeQ. In: *Actes des 11eme Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles*. pp. 835-844. Liège, Belgique.
- Santos, K. H., Marques, D., & Souza, A. C. (2017). Crianças e adolescentes com paralisia cerebral: análise sobre longitudinalidade do cuidado. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(2), e00530016 .
- Siqueira, S. M. C., Jesus, V. S., & Camargo, C. L.(2016). Itinerário terapêutico em situações de urgência e emergência pediátrica em uma comunidade quilombola. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(1),179-189.

ACONSELHAMENTO CONTRACETIVO NA INTERRUPTÃO VOLUNTÁRIA DE GRAVIDEZ: REVISÃO SISTEMÁTICA

Sara Palma^{1,2}, Adriana Taborda³, Nídia Nunes³, Mário Cardoso² e Maria Helena Presado²

¹Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal. saraelisabetpalma@gmail.com

²Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal. saraelisabetpalma@gmail.com; mmcardoso@esel.pt; mhpresado@esel.pt

³Hospital S. Bernardo, Setúbal, Portugal. alenurse.adriana@gmail.com; nidianunes@gmail.com

Resumo. Em 2018 realizaram-se 14928 interrupções voluntárias de gravidez (IVG) em Portugal, 95,8% por opção da mulher. A principal causa invocada foi a toma incorreta e a descontinuidade do método contraceutivo. A evidência científica sugere que a altura ideal para aderir a um contraceutivo é durante a experiência vivida da IVG. Objetivos: Conhecer o impacto do aconselhamento contraceutivo na escolha dos contraceutivos pelas mulheres em processo de IVG. Método: Revisão da literatura realizada de 1 a 31 de janeiro de 2020, segundo as orientações do Joanna Briggs Institute e a questão "Qual o impacto do aconselhamento contraceutivo realizado às mulheres em processo de IVG na escolha do método?". Recorreu-se à plataforma EBSCO e bases de dados CINAHL, MedicLatina e Cochrane Central Register of Controlled Trials, incluíram-se estudos em português, inglês ou espanhol em mulheres com idade igual ou superior a 16 anos. Resultados: Elegeram-se 11 estudos, entre 2014 e 2020. Todos na língua inglesa e nenhum realizado em Portugal. O aconselhamento favorece a escolha e a adesão aos métodos contraceutivos, sendo influenciada pela qualificação dos profissionais, acessibilidade e disponibilidade gratuita de contraceutivos. A análise qualitativa dos estudos, permitiram uma melhor compreensão dos aspetos psicossociais das mulheres em processo de IVG.

Palavras-Chave: Aconselhamento contraceutivo; Métodos Contraceutivos; Interrupção Voluntária da Gravidez.

CONTRACEPTIVE COUNSELING ON VOLUNTARY TERMINATION OF PREGNANCY: SYSTEMATIC REVIEW

Abstract. In 2018, there were 14928 voluntary termination of pregnancy's (VTP) in Portugal, 95.8% at the option of women. The main reported cause was the incorrect use and discontinuity of the contraceptive. The scientific evidence suggest that the ideal time to adhere to a contraceptive is during the experiencing of the VTP. Goals: To know the impact of contraceptive counselling in the choice of contraceptive by women living VTP. Method: Literature review was carried out from 1 to 31 January 2020, following the guidelines of the Joanna Briggs Institute and the question "What contraceptive counselling is performed for women in the live VTP period and what is the impact on the choice of method?". EBSCO platform and CINAHL, MedicLatina and Cochrane Central Register of Controlled Trials databases were used, studies in Portuguese, English or Spanish in women 16 years old were included. Results: 11 studies were chosen, between 2014 and 2020. All in English and none developed in Portugal. Conclusion: Counselling favours the choice and adherence to contraceptive methods, being influenced by the qualification of professionals, accessibility and free availability of contraceptives. The qualitative analysis of the studies, allowed a better understanding of the psychosocial aspects of women in the process of VTP.

Keywords: Contraceptive Counseling; Contraceptive Methods; Voluntary Termination of Pregnancy.

1. INTRODUÇÃO

Em Portugal é fácil o acesso à informação sobre contraceção e saúde sexual e reprodutiva. No entanto, isso não é sinónimo de fiabilidade, de utilização correta ou mesmo de uso de um método contracetivo (Águas, Bombas, & Silva, 2016). Independentemente das razões apontadas para uma Interrupção Voluntária da Gravidez na base do problema encontramos a falha do método, o uso incorreto e a não adesão à contraceção (Palma & Presado, 2019). As gravidezes não desejadas ameaçam a vida das mulheres com consequências na sua saúde e na oportunidade de terem uma vida economicamente mais favorável (Greene, Joshi, & Robles, 2012).

Em Portugal, a Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) foi aprovada em 2007 com a Lei nº6/84 de 11 de Maio, revogada pela Lei nº16/2007 de 17 de Abril, no sentido da despenalização quando realizada por opção da mulher nas primeiras 10 semanas completas de gravidez.

A IVG processa-se em três momentos: o primeiro corresponde à consulta prévia onde é realizada a comprovação médica de que a gravidez não excede as 10 semanas, seguido de um período de reflexão, num tempo mínimo de três dias e após o qual, é recolhido o consentimento livre e esclarecido da grávida ou do representante legal para a realização do procedimento; o segundo momento corresponde à intervenção cirúrgica ou medicamentosa que termina efetivamente a gravidez; o último momento consiste na consulta de planeamento familiar realizada até 15 dias após a IVG e na prescrição de um método contracetivo (Lei 16/2007).

O aborto é um indicador de saúde pública que reflete não só a fertilidade da população, mas também a acessibilidade à contraceção. Ainda que a taxa de abortos em Portugal seja inferior à média europeia (DGS, 2019), verifica-se que a acessibilidade aos serviços de saúde e aos métodos contracetivos é desigual e existe baixa literacia em saúde sexual e reprodutiva na população portuguesa (Presado, Palma, & Cardoso, 2018). Apesar da acessibilidade à informação acerca dos métodos contracetivos, continuamos a verificar um número significativo de gravidezes não planeadas e não desejadas relacionadas com a não adesão, descontinuação e uso incorreto dos métodos contracetivos e, necessidades insatisfeitas de planeamento familiar (Presado, Palma, & Cardoso, 2018).

No Relatório dos Registos das Interrupções Voluntárias de Gravidez de 2019, o número total de IVG foi de 14 306, correspondendo a 95,8% do total de abortos realizados em Portugal, verificando-se uma tendência decrescente desde 2011. A faixa etária mais prevalente situa-se entre os 25-29 anos (22,6%) e os 20-24 anos com (22,4%), situando-se a média de idades nos 29,03 anos, demonstrando o aumento da idade média das mulheres que realizam uma IVG (DGS, 2019).

Os contraceptivos hormonais oral e injetáveis são os métodos utilizados por 37,7% das mulheres (DGS, 2019) e também os mais conhecidos em Portugal (Bayer, 2017). No entanto, são os que apresentam maiores problemas de irregularidade, descontinuação e falhas na sua utilização (Bayer, 2017). Das mulheres utilizadoras de pilula, 84% reconhecem já se ter esquecido da toma e 47% têm a intenção de mudar de método para a contraceção reversível de longa duração (Bayer, 2017).

Os anticoncepcionais reversíveis de longa duração (LARC, do inglês Long-Acting Reversible Contraceptives e que incluem o sistema intrauterino (SIU), o dispositivo intrauterino (DIU) e o implante subcutâneo) são considerados os contraceptivos com maior eficácia na redução de incidência de gravidezes não planeadas, apresentam menos efeitos secundários e aumentam a satisfação e a continuidade das utilizadoras (Manicholas, Madden, Secura, & Peirent, 2014; Ricciotti et al., 2015), embora não sejam os métodos contraceptivos mais utilizados (37,4%) em Portugal (DGS, 2019).

Quando as barreiras dos custos, acesso e conhecimento são ultrapassadas, as mulheres escolhem os métodos mais eficazes e menos dependentes do utilizador, como é o caso dos LARC. Não só os escolhem como continuam a usá-los de forma satisfatória, evitando a gravidez não intencional (McNicholas, Tessa, Secura, & Peipert, 2014).

Incentivar a utilização de LARC pode implicar a redução das taxas de gravidez indesejada e IVG, traduzindo-se em melhores condições económicas e financeiras, educacionais e sociais para as mulheres e famílias (McNicholas, Tessa, Secura, & Peipert, 2014).

A vivência de uma IVG promove a consciência do retorno iminente da fertilidade e a preocupação em conhecer as alternativas contraceptivas eficazes, sendo, por isso, um momento oportuno para aconselhamento contraceptivo. No período pós-IVG, a taxa de recetividade, adesão, continuidade e satisfação do método é alta, uma vez que aumenta a possibilidade da sua continuidade (Schunmann et al., 2016; Temmerman, 2019).

Os profissionais de saúde têm um papel decisivo na educação para a saúde em planeamento familiar depois de uma IVG (Pereira, Palma, Godinho, & Pereira, 2018), promovendo a capacitação das mulheres e companheiros na escolha informada e consciente do método contraceptivo adequada às suas necessidades, expectativas e opções de vida.

O objetivo desta Revisão Sistemática é conhecer o impacto do aconselhamento contraceptivo na escolha dos contraceptivos pelas mulheres em processo de interrupção voluntária de gravidez.

2. MÉTODO

Foi realizada uma revisão sistemática da literatura segundo as recomendações do *Joanna Briggs Institute (JBI) Reviewer's Manual*, de 1 a 31 de janeiro de 2020, com o objetivo de reunir a evidência disponível, conforme os critérios de elegibilidade pré-especificados e para responder a uma questão específica: “Qual o aconselhamento contraceptivo realizado às mulheres em processo de Interrupção Voluntária de Gravidez e qual o seu impacto na escolha do método?” considerou-se na pesquisa: P (Patients) = Mulheres em processo de Interrupção Voluntária Gravidez; I (Intervention) = Aconselhamento sobre métodos contraceptivos; C (Comparison) = Entre “Aconselhamento” Versus “Não-aconselhamento”; O (Outcome) = Taxa de utilização dos Contraceptivos e adesão aos Contraceptivos.

As etapas percorridas nesta revisão sistemática foram: definição da questão de pesquisa e dos critérios de inclusão, pesquisa e seleção dos estudos, recolha de dados, avaliação de qualidade metodológica dos estudos incluídos, análise dos dados, identificação de vieses, sumarização e apresentação dos resultados, a sua interpretação e apresentação das conclusões.

Assim, definiram-se como critérios de inclusão dos estudos: a) todos os tipos de desenho de estudo; b) relato de estratégias dirigidas a mulheres com idade igual ou superior a 16 anos; c) sobre estratégias aplicadas por profissionais de saúde; d) sobre aconselhamento contraceptivo durante o processo de IVG; e) sobre métodos de planeamento familiar prestado por hospitais, clínicas ou nos cuidados na comunidade; f) sem limite temporal; g) em português, inglês ou espanhol.

E como critérios de exclusão dos estudos: a) conteúdo relativo a estratégias dirigidas a mulheres com idade inferior a 16 anos; b) conteúdo relativo a aborto por motivos médicos (de causa materna ou fetal); c) conteúdo relativo a estratégias dirigidas a mulheres que tenham sido vítimas de abuso sexual.

A estratégia de pesquisa foi desenvolvida segundo as três etapas definidas pelo *JBÍ* para a revisão sistemática da literatura: a) pesquisa inicial em bases de dados relevantes para o tema; b) pesquisa com palavras-chave e termos indexados nas bases de dados selecionadas; c) análise das referências dos artigos selecionados para seleção de fontes adicionais.

A pesquisa inicial foi realizada na plataforma ESBCO, nas bases de dados CINAHL, MedLine, MedicLatina e Cochrane Central Register of Controlled Trials. A pesquisa realizou-se através da análise das palavras-chave contidas nos títulos, resumos e nos termos indexados usados para descrever os artigos.

De acordo com o objetivo, foram utilizados os seguintes descritores: MH “Women”; MH “Contraceptive Devices”; MH “Contraceptive Agents”; MH “Family Planning Services”; MH “Abortion Induced”; “Post Abortion Contraception”; “Family Planning Counseling”; “Contraceptive Counseling”. Realizou-se uma segunda pesquisa com todos os termos da questão (naturais e indexados) nas bases de dados referidas. Na última fase utilizaram-se os termos encontrados e os operadores booleanos “OR” e “AND”. A estratégia de pesquisa na base de dados foi a seguinte: (MH “Contraceptive Devices” OR MH “Contraceptive Agents” OR MH “Family Planning Services” OR “Post Abortion Contraception”) AND (MH “Women”) AND (MH “Abortion Induced”) AND (“Family Planning Counseling” OR “Contraceptive Counseling”).

Na terceira etapa pesquisamos e analisamos as referências bibliográficas dos artigos elegíveis com o objetivo de identificar estudos adicionais. Os autores avaliaram a qualidade metodológica dos estudos utilizando os instrumentos preconizados pelo *JBÍ* (2015), nomeadamente: “*Meta-Analysis of Statistics Assessment and Review Instrument (MAStARI) critical appraisal tools Comparable Cohort/Case Control Studies*” e “*MAStARI critical appraisal tools Descriptive/Case Series Studies*”. Foi também, utilizado o “*MAStARI critical appraisal tools Randomized Control/ Pseudo-randomized Trial*”. Incluíram-se apenas os estudos que apresentaram um elevado nível de qualidade, score superior ou igual a 7.

3. RESULTADOS

No processo de seleção dos estudos emergiram 69 artigos dos quais, foram excluídos 6 por se encontrarem em duplicado, 34 após leitura do título e resumo e 18 artigos por não corresponderem aos critérios de inclusão. Consideraram-se elegíveis 11 artigos para análise, após avaliação dos critérios de inclusão e exclusão descritos. Os títulos e resumos identificados a partir da pesquisa foram revistos de forma independente pelos revisores.

Após a seleção dos artigos, foi realizado um registo continuado e coordenado pelos autores com as principais informações dos estudos/artigos encontrados. A síntese dos dados relevantes recolhidos de cada artigo, considerando as orientações do *JBI* foi composta pelos seguintes itens: identificação do artigo; objetivo do estudo; caracterização da intervenção de aconselhamento; caracterização da população alvo e resultados da intervenção. Os onze artigos são estudos primários, desenvolvidos entre os anos 2014 e 2020. Todos na língua inglesa e realizados nos Estados Unidos (quatro), continente Asiático (três), Africano (dois), Europeu (um) e na Austrália (um). O tamanho das amostras variou entre 29 e 319 385 mulheres. Os estudos incluídos apresentaram um elevado nível de qualidade (Tabela 1), score superior ou igual a 7 (seis com score 10, dois com 9, um com 8 e dois com 7).

Tabela 1. Identificação dos estudos selecionados.

Autores, ano de publicação e área geográfica	Objetivo	Caracterização da Intervenção	Caracterização da População Alvo da Intervenção	Resultados	JBI
Madden et al. 2019, USA	Comparar a taxa de gravidez indesejada aos 12 meses entre mulheres que recebem aconselhamento contraceptivo padrão vs completo (LARC).	Serviço de aconselhamento contraceptivo realizado a dois grupos diferentes de mulheres.	502 mulheres receberam aconselhamento padrão; 506 mulheres receberam aconselhamento completo e suporte de custos aos métodos LARC.	Taxa de gravidez indesejada aos 12 meses: 5.3 (Completo) vs 9.8 (Padrão) gravidezes indesejadas em cada 100. Mulheres que tiveram aconselhamento completo apresentaram um risco 40% inferior de gravidez indesejada.	10
Tomnay et al. 2018, Australia	Descrever a população e os resultados da intervenção de uma clínica de IVG-medicamentosa em ambiente rural.	Serviço na comunidade, liderado por enfermeira e com apoio de médico de família; Discussão sobre métodos contraceptivos e opções sobre a gravidez.	Método contraceptivo antes IVG: 143 (73.3%) – nenhum; 3 (1.5%) pílula do dia seguinte; 10 (2.1%) – preservativo; 34 (17.4%) – pílula; 2 (1.03%) – injetável; 3 (1.57%) – implante.	Método contraceptivo pós-IVG: 21 (10.8%) – nenhum; 66 (33.8%) – pílula, 27 (13.8%) – implante; 18 (9.2%) – DIU; 17 – (8.7%) injetável; 3 (1.5%) – anel vaginal; 8 (4.1%) – vasectomia do parceiro; 7 (3.6%) – preservativo; 1 (0.5%) – métodos naturais.	10
Benson et al. 2018, Africa/Asia	Descrever as intervenções de melhoria de aconselhamento contraceptivo em instituições de saúde.	Desenvolvimento de protocolos e guias; Melhoria das instituições; Treino dos profissionais de saúde;	A IVG realizada no primeiro trimestre (≤ 12 semanas). Mulheres com idade > 25 anos.	Adesão a métodos contraceptivos: 73%. Método contraceptivo pós gravidez: 9% - DIU; 9% - implante; 30% - injetável; 29% - contraceptivos orais; 14% - preservativo.	10

Wendot et al. 2018, Quênia	Avaliar se o planeamento familiar pós-IVG e os LARC aumentaram após introdução de um sistema de qualidade em clínicas privadas.	Intervenções dirigidas a mulheres que procuram clínicas privadas para a realização de IVG.	883 (53%) mulheres foram abrangidas pela intervenção. Método contraceutivo antes da gravidez: 6.4% - nenhum; 16.2% - LARC 16.2%; 76.4% contraceptivos de curta duração;	Não foram identificadas diferenças significativas na adesão a métodos contraceptivos entre antes e após IVG.	7
Stembile et al. 2016, África Ocidental	Descrever estratégias de melhoria no aconselhamento contraceutivo e avaliar a sua eficácia e uso nas instituições de saúde.	Treino dos profissionais de saúde em programas de aconselhamento contraceutivo; estratégias de aconselhamento após-IVG (LARC).	749 (91%) das mulheres foram abrangidas pela intervenção de aconselhamento. Método contraceutivo antes IVG: 81% - pílula; 4% - implante; 4% - DIU.	Adesão aos métodos contraceptivos aumentou de 37% para 60% na população do estudo. Métodos contraceptivos pós-IVG: 32% - pílula; 27% - implante. Apenas um centro participante tinha DIU; 9% das mulheres nesse centro adotaram este método.	10
Merki-Feld et al. 2018, Europe	Avaliar os cuidados dos prestadores de saúde em torno da contraceção e do uso de métodos contraceptivos.	Descrever através de um questionário a utilização dos métodos contraceptivos, satisfação e método utilizado.	Foram realizados questionários online a 676 profissionais de saúde e 6027 mulheres.	Utilização de um método contraceutivo: 90%. 55% - método de curta duração; 18% - LARC. A utilização dos LARC varia de 7% a 38% (Portugal vs França). 73% das mulheres considerariam os LARC.	8
Pearson et al. 2017, Bangladesh	Descrever as taxas de adesão e contraceção após aborto e quais os fatores que condicionam a adesão aos contraceptivos.	Acompanhamento clínico das mulheres 4 meses após IVG.	Mulheres que sofreram aborto espontâneo ou IVG pelo método medicamentoso ou cirúrgico.	Contraceção pós-IVG: 76.2%. Contraceção 4 meses pós-IVG: 85.4%. Aconselhamento deve ser confidencial e especializado.	9
Che et al. 2017, China	Descrever estratégias de melhoria do serviço de planeamento familiar.	Avaliar a eficácia de integrar aconselhamento familiar pós-IVG. Consulta presencial, realizada por casal.	Mulheres que realizaram IVG nos últimos 6 meses antes da entrevista.	Adesão aos métodos contraceptivos está relacionada com a informação transmitida nas consultas de aconselhamento.	10
Laursen et al. 2017, USA	Comparar a contraceção oferecida às mulheres após IVG medicamentosa e cirúrgica; adesão aos métodos contraceptivos.	Determinar o tipo de intervenção a que as mulheres são sujeitas. Método contraceutivo escolhido após IVG medicamentosa ou cirúrgica.	Mulheres que realizaram IVG medicamentosa ou cirúrgica.	IVG medicamentosa: 237 (28.8%) mulheres IVG cirúrgica: 587 (71.2%) mulheres Taxa de adesão aos LARC: 41.9% (IVG cirúrgica) vs 23.2% (IVG medicamentosa). Taxa de adesão a um método contraceutivo: 83% (IVG cirúrgica) vs 64.6 % (IVG medicamentosa).	9
Tang et al. 2017, China	Avaliar a prática de aconselhamento no planeamento familiar após-IVG entre os profissionais de saúde.	Aconselhamento contraceutivo realizado pelos profissionais de saúde.	Todos os profissionais de saúde que em instituições com serviços de IVG foram convidados a participar num questionário.	92% dos participantes reportaram promover o aconselhamento contraceutivo; 57% despendem mais de 10 minutos para esse efeito. A formação dos profissionais de saúde esteve correlacionada com a modalidade de aconselhamento prestado.	10
Rocca et al. 2018, USA	Descrever as diferenças entre aconselhamento contraceutivo e escolha de métodos contraceptivos entre IVG medicamentosa e cirúrgica	Escolha e uso de métodos contraceptivos; Treino dos profissionais nos métodos LARC.	Mulheres entre os 18-25 anos que não queriam engravidar foram acompanhadas durante 1 ano.	IVG medicamentosa: 166 (26%) mulheres IVG cirúrgica: 477 (74%) mulheres Mulheres que optaram pela IVG cirúrgica escolheram preferencialmente o DIU no primeiro ano.	7

Dos artigos elegíveis para análise verificou-se que os estudos pretenderam: descrever as características da população (Tomnay et al., 2018); os resultados de intervenções em

aconselhamento contraceptivo no pós-aborto (Benson et al., 2018; Tomnay et al., 2018; Wendot et al., 2018); compará-los com as taxas de gravidezes não desejadas (Madden et al., 2019); as estratégias para o melhor aconselhamento contraceptivo (Stembile, Kassouta, Sebikali, Lundstrom, & Saade, 2016; Che et al., 2017); aconselhamento realizado pelos profissionais de saúde em torno da contraceção e dos métodos contraceptivos (Merki-Feld, Caetano, Porz, & Bitzer, 2018); a sua avaliação no pós-IVG (Tang et al., 2017); descrever a taxa de adesão à contraceção após aborto e os fatores que condicionam essa adesão (Pearson et al., 2017); relação entre o fornecimento de contraceptivos após a IVG e a sua adesão (Laursen, Stumbras, Lewnard, Haider, & Laursen, 2017); diferenças no aconselhamento contraceptivo e as escolhas de um método no pós-IVG (Rocca et al., 2018).

4. DISCUSSÃO

A evidência diz-nos que o perfil contraceptivo das mulheres antes de realizarem a IVG é de que, a grande maioria não faz contraceção, seguido das que utilizam a pilula contraceptiva e com percentagem residual as que recorrem à contraceção de emergência, preservativo, hormonal injetável e implante (Tomnay et al., 2018). Os estudos, dizem-nos que a maioria das mulheres escolhe um contraceptivo após a IVG (Tomnay et al., 2018; Wendot et al., 2018; Merki-Feld, Caetano, Porz, & Bitzer, 2018).

Numa amostra de 152 mulheres, 21 (10,8%) não iniciaram qualquer tipo de contraceção após a IVG, a 66 (33,8%) optaram pela pilula, 27 (13,8%) pelo implante, 18 (9,2%) pelo DIU, 17 (8,7%) por o hormonal injetável, 3 (1,5%) escolheram o anel contraceptivo, 8 (4,1%) realizaram vasectomia, 7 (3,6%) usam o preservativo e 1 (0,5%) os métodos naturais (Tomnay et al., 2018).

Outros estudos corroboram que 73% das mulheres adotaram um contraceptivo após a IVG, dividindo-se entre o hormonal injetável (30%), pilula (29%), preservativo (14%) e um número residual escolheu o DIU (9%) (Benson et al., 2018). Wendot et al. (2018) acrescentam que 6.4% não faz contraceção após a IVG, 76% escolher a pilula contraceptiva e 16.2% optam por métodos mais eficazes como os *LARC*.

Verifica-se que a proporção de escolha e adesão aos DIUs aumenta com a idade das mulheres (Tomnay et al., 2018) e estado civil (casadas) (Che et al., 2017), sendo baixa nas mulheres com idades inferiores aos 25 anos (Benson et al., 2018). Também se verificou que existem diferenças na escolha dos *LARC* entre os diferentes países variando a sua

utilização entre 7% em Portugal e 38% em França (Merki-Feld, Caetano, Porz, & Bitzer, 2018).

Reconhece-se que o aconselhamento contracetivo leva ao aumento da adesão aos métodos contracetivos de 37% para 60%, sendo os mais selecionados as pilulas (32%) e o implante (27%). O DIU foi selecionado por 9% das mulheres podendo essa percentagem estar associada ao fato de nem todos os centros de aconselhamento possuírem este contracetivo (Stembile, Kassouta, Sebikali, Lundstrom, & Saade, 2016). A evidência mostra-nos que o aconselhamento contracetivo deve ser centrado nas necessidades da mulher em processo de IVG (Pearson et al., 2017) e que a adesão aos métodos contracetivos está relacionada com a qualidade da informação transmitida nas consultas de aconselhamento (Che et al., 2017). O aconselhamento contracetivo sobre métodos eficazes e modernos como os LARC (Madden et al., 2019), a acessibilidade às consultas de planeamento familiar, a educação para a saúde por profissionais treinados (Che et al., 2017) e o suporte dos custos dos contracetivos foram estratégias capazes de reduzir a probabilidade das mulheres ficarem expostas a uma gravidez não planeada em até 40% (Madden et al., 2019). A maioria das mulheres (60%) mostrou interesse em receber mais informação sobre contraceção, sendo que 73% admitiu considerar a aplicação de um LARC (Merki-Feld, Caetano, Porz, & Bitzer, 2018) e 76.2% adotou um contracetivo após a IVG (Pearson et al., 2017).

As mulheres que realizaram uma IVG cirúrgica mostraram maior adesão à contraceção do que as que realizaram uma IVG pelo método medicamentoso (83% versus 64.6%). O mesmo acontece com a escolha de um LARC (41.9% versus 23.3%) (Laursen et al., 2017). Não obstante acredita-se que esse facto se deveu à acessibilidade aos serviços de saúde (Rocca et al., 2018).

Os profissionais de saúde que integram as equipas de IVG mostram-se recetivos em promover aconselhamento contracetivo (92%), mas apenas 57% despendem mais de dez minutos para o efeito.

Os profissionais que detêm mais formação despendem mais tempo no aconselhamento, influenciando a qualidade do aconselhamento prestado (Tang et al., 2017).

Os autores, defendem que a formação dos profissionais de saúde em planeamento familiar como parte integrante do processo de IVG são essenciais para fornecer aconselhamento contracetivo de qualidade.

5. CONCLUSÕES

Na literatura disponível sobre aconselhamento em contraceção no pós-aborto, foram identificados onze estudos publicados entre 2014 e 2020, publicados nos Estados Unidos (quatro), continente Asiático (três), Africano (dois), Europeu (um) e na Oceânia (um). Não foram identificados artigos em português acerca do tema em estudo.

As orientações em aconselhamento contracetivo tendem a ser pouco objetivas do ponto de vista social/comportamental. A Organização Mundial de Saúde (2018) tem orientações focadas nos critérios clínicos do aconselhamento, mas carecem de orientações relativas às dimensões sociais e psicológicas das mulheres.

Na evidência encontrada, demarcámos as principais conclusões em dois grandes grupos: o aconselhamento e a escolha e adesão a um contracetivo. Relativamente ao aconselhamento, sobressai que: o aconselhamento favorece a adesão aos métodos contracetivos em geral; o aconselhamento favorece a prescrição dos *LARC* em particular; nem sempre é feito aconselhamento e quando existe é muito heterogéneo; os recursos disponíveis influenciam a qualidade de resposta; muitas vezes não é adaptado à realidade individual; a qualidade do aconselhamento depende da qualificação do profissional e o aconselhamento deve ser centrado nas necessidades das mulheres.

Na escolha e adesão de/aos contracetivos: o financiamento dos contracetivos favorece a sua escolha e a sua adesão; a acessibilidade aos serviços de saúde influencia a escolha dos métodos; a IVG pelo método cirúrgico favorece a adesão à contraceção e, em especial, aos *LARC*; o momento de introdução de um contracetivo influencia a adesão ao mesmo e o pós-IVG é o momento ideal para aderir a um contracetivo.

Em síntese podemos inferir que os *LARCs* podem ser considerados a escolha de primeira linha das mulheres (independentemente da idade), dada a evidência demonstrada na sua satisfação, continuidade, benefícios económicos e superioridade em termos de efetividade face aos outros contracetivos.

O período da experiência vivida de uma IVG parece ser um momento ideal para o aconselhamento, orientação e escolha do método contracetivo e deve ocorrer desde o primeiro contacto da mulher aos serviços de saúde.

Os profissionais de saúde, têm um papel preponderante na educação para a saúde sexual e reprodutiva.

Reconhecemos as limitações desta revisão onde percebemos que os contextos epidemiológicos eram muitos distintos, com amostras muito variáveis, contextos clínicos distintos, diferenças culturais, sociais e a ausência de estudos portugueses ou de língua portuguesa (para estes critérios de elegibilidade).

Os aspetos psicossociais da mulher como a relação com o parceiro, a influência da violência doméstica, crenças culturais ou religiosas e a vivência emocional são aspetos pouco abordados na literatura.

Da mesma forma, os profissionais de saúde, no exercício da sua prática estão sujeitos ao contexto psicossocial e encontram desafios que vão para além das orientações clínicas.

Os autores acreditam que a investigação qualitativa, na forma de relato verbal ou escrito, tanto das mulheres como dos profissionais, pode representar uma forma de avaliar o impacto dos aspetos psicossociais.

Além disso, os autores defendem que as linhas de investigação futuras devem analisar contextos epidemiológicos de interesse (Portugal), com maior número de IVG, no intuito de serem desenvolvidas intervenções no campo do aconselhamento contraceutivo centrados na pessoa e que possam servir de base para boas práticas de cuidados a estas mulheres.

Financiamento: A Bayer apoiou o desenvolvimento deste manuscrito através do financiamento do medical writing, fornecido por um parceiro externo.

Conflitos de Interesse: As autoras Sara Palma, Nídia Nunes e Adriana Taborda declaram ter recebido honorários como palestrantes para a Bayer.

Agradecimentos: À ESEL a possibilidade de aceder à plataforma ESBCO sem a qual esta revisão não seria possível e à Bayer o desafio lançado e o interesse pelo estudo científico em contraceção.

6. REFERÊNCIAS

- Águas, F., Bombas, T. & Silva, D. P. (2016). Avaliação das práticas contraceptivas das mulheres em Portugal. *Acta Obstet Ginecol Port.* 10(3), 184-192. Retrieved from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aogp/v10n3/v10n3a02.pdf>
- Bayer (2017). Pílula contraceptiva: o método mais utilizado mas também muito esquecido. Geração milénio e contraceção: Porque nos esquecemos? *Raio X Jornal de Saúde On-line*. Retrieved from: <http://raiox.pt/pilula-contracetiva-metodo-utilizado-tambem-esquecido/>

- Benson, J., Andersen, K., Brahmi, D., Healy, J., Mark, A., Ajode, A. & Griffin, R. (2018). "What contraception do women use after abortion? An analysis of 319,385 cases from eight countries". *Global Public Health*. Retrieved from: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/17441692.2016.1174280>
- Che, Y., Dusabe-Richards, E., Wu, S., Jiang, Y., Dong, X., Li, J., Zhang, W. H., ... Tolhurst, R.(2017). "A qualitative exploration of perceptions and experiences of contraceptive use, abortion and post-abortion family planning services (PAFP) in three provinces in China". *BMC Women's Health*, 17(1), 113.
- Direção-Geral da Saúde. (2019). Relatório dos registos das interrupções da gravidez: 2018. Retrieved from: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1144918-pdf.aspx?v=%3D%3DDwAAAB%2BLCAAAAAAAAAABAArySztzVUy81MsTU1MDAFAHZFfKPAAAA>
- Gomes, C. C., Fernanda, V., Almeida, D.C., Gonçalves, E., Viana, J., Pacheco, A. & Silva, A.P. (2018). Contraceção e interrupção voluntária de gravidez: O antes e o depois. *8ª Reunião Nacional da Sociedade Portuguesa de Contraceção*. Retrieved from: http://www.spdc.pt/images/livro_de_resumos.pdf
- Greene, M., Joshi, S. & Robles, O. (2012). UNFPA: By choice, not by chance: Family planning, human rights and development. New York (NY): *United Nations Population Fund (UNFPA)*. Retrieved from: http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/swp/2012/EN_SWOP2012_Report.pdf
- JB1 (2015). The Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual 2015 – Methodology for JB1 Reviews. Acedido em: 12/02/2019. Disponível em: http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual_Methodology-for-JB1-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf
- Laursen, L., Stumbras, K., Lewnard, I., Haider & S. Laursen, L. (2017). "Contraceptive Provision after Medication and Surgical Abortion". *Women's Health Issues*, 27(5), 546–550.
- Lei 16/2007 de 17 abril (2007). Exclusão de ilicitude nos casos de interrupção voluntária de gravidez. Assembleia da República. Diário da República I Série (Nº 75, 17/04/1997) 2417-2418. Retrieved from: <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/legislacao/interrupcaovoluntariadagravidez/lei-n162007-publicado-a-17-de-abril.aspx>
- Madden, T., Paul, R., Maddipati, R., Buckel, C., Goodman, M., & Peipert, J. F. (2019). "Comparison of unintended pregnancy at 12 months between two contraceptive care programs; a controlled time-trend design". *Contraception (CONTRACEPTION)*. 100(3), 196- 201.
- McNicholas, C., Tessa, M., Secura, G., & Peipert, J.F. (2014). The Contraceptive CHOICE Project Round Up: what we did and what we learned. *Clin Obstet Gynecol.*, 57(4), 635–643. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4216614/>
- Merki-Feld, G. S., Caetano, C., Porz T.C., & Bitzer J. (2018). Are there unmet needs in contraceptive counselling and choice? Findings of the European TANCO Study. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 23(3), 183-193. doi: 10.1080/13625187.2018.1465546. Epub 2018 May 22.
- Organização Mundial de Saúde. (2018). Guia de Implementação dos Critérios Médicos de Elegibilidade e das Recomendações da OMS para o Uso de Contraceção. Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272758/9789247513573-por.pdf?ua=1>
- Palma, S., & Presado, H. (2019). Motivos que levam as mulheres a optarem por uma interrupção voluntária da gravidez: uma Scoping Review. *Pensar em Enfermagem*, 23(1).
- Pearson, E., Andersen, K. L., Moreau, C., Chowdhury, R., Sultana, S., Shahidulla, H. S. M., ... Decker, M. R. (2017). Correlates of contraceptive use 4 months postabortion: findings from a prospective study in Bangladesh. *Contraception*, 95(3), 279-287.
- Pereira, J. P., Palma, S., Godinho, B., & Pereira, A. (2018). Contraceção Antes E Após Uma Interrupção Voluntária de Gravidez. Contraceção e interrupção voluntária de gravidez: O antes e o depois. *8ª Reunião Nacional da Sociedade Portuguesa de Contraceção*. Retrieved from:

http://www.spdc.pt/images/livro_de_resumos.pdf

- Presado, M. H., Palma, S., & Cardoso, M. (2018). Vivências de um grupo de mulheres portuguesas em processo de interrupção voluntária da gravidez. *Investigação Qualitativa em Saúde*, (vol. 2). In *Proceedings por 7º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa*, (pp. 414-422). Retrieved from: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1803/1756>
- Ricciotti, H. A., Dodge, L. E., Ramirez, C. I., Barnes, K., & Hacker, M. R. (2015). Long-acting reversible contraceptive use in urban women from a title x-supported Boston community health center. *J Prim Care Community Health*, 6(2), 111–115. Retrieved from: <https://doi.org/10.1177/2150131914553800>
- Rocca, C. H., Goodman, S., Grossman, D., Cadwallader, K., Thompson, K. M. J., ... Harper, C. C. (2018). Contraception after medication abortion in the United States: results from a cluster randomized trial. *American Journal Of Obstetrics And Gynecology*, 218(1), 1-107.
- Schunmann, C., & Glasier, A. (2016). Specialist contraceptive counselling and provision after termination of pregnancy improves uptake of long-acting methods but does not prevent repeat abortion: A randomized trial. *Hum Reprod*. 21(9), 2296-2303. Retrieved from: <https://doi.org/10.1093/humrep/del168>
- Stembile, M., Kassouta, N., Sebikali, B., Lundstrom, L., & Saade, A. (2016). Improving the Quality of Postabortion Care Services in Togo Increased Uptake of Contraception. *Global Health: Science and Practice*, 4(3), 495-505.
- Tang, L., Wu, S., Li, J., Wang, K., Xu, J., Temmerman, M., & Zhang, W. (2017). Post-abortion family planning counselling practice among abortion service providers in China: a nationwide cross-sectional study. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 22(1), 24-29.
- Temmerman, M. (2019) Missed opportunities in women's health: post-abortion care. *The Lancet Global Health*. 7(1), e12-e13. Acedido a 08/02/2019. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30542-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30542-4)
- Tomnay, J. E., Coelli, L., Davidson, A., Hulme-Chambers, A., Orr, C., & Hocking, S. (2018). Providing accessible medical abortion services in a Victorian rural community: A description and audit of service delivery and contraception follow up. *Sexual & Reproductive HealthCare*, 16, 175-180.
- Wendot, S., Rachel, H. S., Nafula, I., Theuri, I., Ikiugu, E., & Footman, K. (2018). Evaluating the impact of a quality management intervention on post-abortion contraceptive uptake in private sector clinics in western Kenya: a pre- and post-intervention study. *Reprod Health*, 15(10) Retrieved from: <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0452-4>

PREPARO DA FAMÍLIA PARA A REVELAÇÃO DO HIV NA INFÂNCIA: EXPERIÊNCIAS DE ENFERMEIRAS

Renata de Moura Bubadu¹ e Ivone Evangelista Cabral²

¹Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires (FACESA), Brasil. renatabubadue@gmail.com

²Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) Ní/ EEAN/UFRJ, Brasil. lcabral444@gmail.com

Resumo. A participação da enfermeira/o no processo de revelação do HIV/AIDS na infância é pouco explorado na literatura. Objetivos: desvelar a experiência de enfermeiras no preparo de familiares para revelar condição HIV soropositiva da criança. Métodos: Pesquisa qualitativa desenvolvida com o Método Criativo e Sensível, com 13 enfermeiras no Rio de Janeiro, Brasil. Dados tratados com análise de discurso de Orlandi. Resultados: Os discursos de preconceito e estigma estrutural representam obstáculos à participação da enfermeira no processo de preparo de familiares para revelar o HIV/aids à criança que é soropositiva. Conclusões: Reconhece-se o direito de a criança ter acesso a informação sobre sua condição, desde que de forma segura e numa linguagem clara e atraumática, o que requer um preparo prévio de quem fará a revelação.

Palavras-chave: HIV; Revelação da Verdade; Enfermagem Pediátrica.

PRAPARATION OF THE FAMILY TO DISCLOSE HIV DURING CHILDHOOD: NURSES' EXPERIENCES

Abstract. Nurse's participation in the process of HIV/AIDS disclosure during childhood is not very explored in the literature. Objectives: to unveil the experience of nursing on the preparation of families to disclose HIV to the sereopositive child. Methods: Qualitative research developed through the Creativity and Sensitivity Method with 13 nurses in Rio de Janeiro, Brazil. Data was submitted to Orlandi's discourse analysis. Results: Discourses of structural prejudice and stigma represent obstacles to the nurse's participation in the process of preparing families to reveal HIV/ AIDS to children who are HIV positive. Conclusions: Children's right to access information about their condition is recognized, as long as it is in a safe way with clear and non-traumatic language. This requires previous preparation from those who will disclose it.

Keywords: HIV; Truth Disclosure; Pediatric Nursing.

1. INTRODUÇÃO

Historicamente, o HIV/AIDS é uma condição de saúde comum entre adultos com vida sexualmente ativa e sem proteção. Contudo, há um número significativo de crianças vivendo com HIV/AIDS, pois de acordo com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) há três milhões de crianças (0-18 anos) vivendo com HIV. Destas, 39 mil moram no Brasil, o país da América Latina com o maior índice de infecção nessa população, sendo que a maior parte foi infectada pela via vertical, quando a criança é infectada durante a gestação ou parto. (Brasil, 2018; Unicef, 2019)

Esse grupo de crianças apresenta necessidades de saúde especiais e singulares, cujas demandas de cuidados cotidianos ou habituais modificados incluem a revelação do HIV. O

manejo da terapia antirretroviral, como parte do cuidado medicamentoso, e a comunicação de notícias difíceis têm despertado maior interesse dos estudos (Potrich, Paula, Padoin, & Gomes, 2016; Adedimeji et al., 2017), quando comparado a estudos sobre preparo da família na revelação à criança de sua condição HIV soropositiva. No Brasil, há um consenso de que as crianças têm direito de participar no seu cuidado de saúde. Todavia, no contexto do HIV por infecção vertical, essa participação acontece de forma mais ativa após tomarem conhecimento de sua condição de saúde. Os responsáveis por fornecer essa informação à criança são os seus responsáveis legais (Bubadué et al., 2016). Para isso, é preciso que eles sejam preparados por uma equipe multiprofissional, a qual inclui a Enfermeira.

As Enfermeiras têm responsabilidade ética e legal com o cuidado de crianças e suas famílias em todas as suas necessidades de maneira integral e promovendo a inclusão e escuta atenta de todos envolvidos no processo (Bubadué & Cabral, 2019). Entretanto, pesquisas de campo e documentos ministeriais disponíveis sobre o preparo da família para a revelação têm focado mais no papel de médicos e psicólogos; e não na enfermeira (Brasil, 2017, 2018; WHO, 2011; Gyanfi et al., 2017; Wright et al., 2017; Sariah et al., 2016; van Elsland et al., 2019).

Diante desse contexto, questiona-se: Quais são as experiências de formação e de prática profissional construídas pelas enfermeiras sobre o preparo da família para revelar o HIV na infância? Tem-se por objetivo desvelar experiências de formação e prática de participação de enfermeiras no preparo de familiares para que revelem a condição HIV soropositiva à criança.

2. METODOLOGIA

Estudo exploratório e interpretativo, desenvolvido com dados primários produzidos com o método criativo sensível (MCS) (Cabral & Neves, 2016) de pesquisa baseada em arte (PBA) (McNiff, 2007; Archibald, Caine, & Scott, 2017). O MCS fundamenta-se na prática dialógica freiriana de condução de pesquisa grupal, com inversão da dinâmica de poder do pesquisador para o participante de pesquisa, ao proporcionar um espaço seguro para discussões grupais. Inspira-se nos círculos de cultura (Freire, 2006) ao reconhecer a agência do participante de pesquisa na interação grupal, por meio de atividades que estimulam a reflexão e construção do conhecimento.

Na PBA, a arte proporciona uma via de acesso a subjetividade e alteridade humana, um canal de comunicação sensível, com liberdade para a pessoa expressar suas percepções, impressões e sentimentos que as palavras verbalmente manifestas poderiam ser limitadas. As palavras ditas nem sempre conseguem incorporar o sentido da experiência vivencial. (McNiff, 2007) Particularmente relevante para a abordagem de temas sensíveis, ou seja, aqueles que apresentam elevada carga de estigma e preconceito, porque sua construção social está associada a sentimentos negativos que provocam desconfortos e constrangimentos. (Partelli & Cabral, 2019; Caldas, Dias, Sousa, & Teixeira, 2019).

Nesse método, o pesquisador de campo escolhe uma dinâmica de criatividade e sensibilidade (DCS) que seja capaz de mobilizar experiências e saberes do participante, respondendo a questão geradora de debate, sob a forma de produções do tipo artística (PA). Essas PA são dispositivos metafóricos materializados em desenhos, histórias, pintura, dramatização, fotografia, recorte e colagem etc representativos de situações existenciais concretas. O pesquisador assume o papel de animador grupal ao conduzir a discussão coletiva, codificação e decodificação de temas geradores de debates. (Soratto et al., 2014; Cabral & Neves, 2016).

2.1 A Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade e seus procedimentos

Tendo em vista que a arte funciona como um canal minimizador de estresse ao revitalizar experiências latentes sobre o HIV/aids na infância, elegeu-se a dinâmica de criatividade e sensibilidade (DCS) linha da vida profissional. Sua operacionalização aconteceu em seis encontros grupais, contando-se com a participação de duas a três enfermeiras, em dois momentos diferentes (Agosto/2014 e Janeiro/2015), para não interferir na dinâmica de atendimento do serviço, totalizando 13 participantes.

Para o MCS (Cabral & Neves, 2018), o quantitativo mínimo de participantes é determinado pela representatividade de vozes presentes no discurso de cada uma, as experiências socialmente construídas e as interações com outras pessoas que enriquecem essas experiências. No diálogo, é necessário a expressão do EU-TU que traduzem as vozes de outras pessoas que foram internalizadas para constituir a alteridade. Nesse sentido, minimamente duas pessoas, com sua polifonia de vozes, são essenciais para o desenvolvimento da DCS do MCS e a produção de sentidos do objeto de investigação que

está sendo conduzido. Cada encontro da DCS teve um tempo médio de, aproximadamente, 54 minutos.

Como recomendado pelo MCS, a DCS foi implementada em cinco momentos. No primeiro, do acolhimento e apresentação, o animador grupal (pesquisador de campo) e um auxiliar de pesquisa receberam os participantes à porta da sala, cumprimentando-os e introduzindo-os no ambiente. Cada pessoa escreveu em um pedaço de papel, o nome que gostaria de ser identificado durante a DCS e o afixou em lugar visível. Se acomodaram em semicírculo em frente a uma linha de barbante estendida no canto da sala e cada pessoa se apresentou. No segundo momento, o animador explicou a DCS aos participantes, seus objetivos, o tempo que dispunham para completar os espaços vazios da linha da vida profissional em resposta às seguintes questões geradoras de debate (QGD): Na sua trajetória profissional, qual sua experiência no preparo de famílias para revelar o HIV à criança? A segunda etapa consistiu na resposta à QGD em uma produção artística coletiva. No terceiro e quarto momentos, a contribuição de cada participante à linha da vida profissional, coletivamente elaborada, foi apresentada, ao mesmo tempo em que sua refletiam sobre o que escreveram, destacando as similaridades e as diferenças. Esse procedimento no MCS é denominado de codificação gradual dos significados individuais e coletivos em temas e subtemas, para posterior indexação do pesquisador ao tema gerador. Esses temas foram apresentados aos participantes na quinta etapa para que houvesse aprofundamento da reflexão crítica, recodificação e elaboração da síntese temática.

Os registros verbais foram gravados em áudio usando-se um aplicativo do aparelho celular móvel, após autorização das participantes. O auxiliar de pesquisa fez as anotações de campo cujos registros foram somados aos áudios transcritos na íntegra.

2.2 Participantes

Os critérios de seleção dos participantes foram ser enfermeiras com experiência assistencial de, no mínimo, um ano e que atenderam criança com HIV e suas famílias em algum momento da sua vida profissional, independente do sexo, que atuaram em serviços de referência para atendimento a criança com HIV positivo, na cidade do Rio de Janeiro, e que se expuseram a processos de educação continuada e permanente ao longo de sua trajetória profissional. Os participantes enfermeiros/as foram captados em serviços de referência para

tratamento ambulatorial de criança com HIV/aids na rede pública do Sistema Único de Saúde. O total de participantes foi de 13 enfermeiras.

2.3. Cenário

O estudo foi desenvolvido no cenário da comunidade na cidade do Rio de Janeiro, sendo flexibilizado o local de produção de dados de acordo com a preferência e disponibilidade das participantes do estudo.

2.4. Tratamento e Análise de dados

O material empírico registrado por meio da gravação foi transcrito na íntegra e submetido à análise de discurso proposta por Orlandi (2013), em que a linguagem é parte de um movimento social constitutivo do ser humano e sua história. O significado da linguagem é ordenado pelo inconsciente e pela ideologia, mesmo que ela não se apresente explicitamente.

Na primeira etapa, o material empírico bruto foi lido e sistematizado para conferir inteligibilidade ao texto, aplicando-se a estratégia de dessuperficialização do *corpus* textual. Essa material é submetido à marcação do tempo de enunciação de cada participante, à identificação das primeiras pistas dos dispositivos analíticos; ou seja, recursos linguísticos (paráfrase, metáfora, polifonia, etc.) que anunciam a formação discursiva de quem fala, de onde fala e para qual audiência essa fala se dirige. Ao proceder desse modo a dessuperficialização, o texto é reordenado para constituir um fio conductor de sentido que contribui para a interpretação de como o discurso funciona e qual é a formação discursiva que circula entre e a partir dos enunciados.

Compreende-se formação discursiva como a construção ideológica, que determina o que pode ser dito e o que deve ser dito em uma certa conjuntura histórico-social implícita à produção do discurso. Portanto, não é estática e pode sofrer mudanças ao longo do tempo para convergir com o momento político e histórico dos produtores do discurso (Orlandi, 2013). Essas formações são constituídas por diversos objetos discursivos que culminam num processo discursivo; formações ideológicas que direcionam os participantes em suas relações com o tema. Os discursos das enfermeiras foram alinhados com os marcadores temporais utilizados na DCS, demarcando-os desde sua formação acadêmica até o momento atual que se encontravam na época em que a produção de dados foi

implementada. Eles foram linguisticamente sistematizados com acontecimentos na forma de situações existenciais concretas. Por fim, os dispositivos analíticos aplicados aos discursos constituíram-se em objetos discursivos, que foram aproximados por sentidos similares e diferentes para constituir a formação discursiva, imaginária e ideológica. Com isso, após a codificação dos objetos discursivos, procedeu-se a indexação deles em três temas: formação discursiva e ideológica de enfermeiras nas décadas de 1980-2010; a formação profissional para o cuidado à criança com HIV/aids; e, enfermeiras na revelação do HIV/aids à criança

2.5 Critérios de encerramento do trabalho de campo

Na análise de discurso proposta por Orlandi (2013) há três elementos centrais que contribuem para a interrupção do trabalho de campo: a) o efeito de significados constituído pelos participantes quando usam diferentes dispositivos linguísticos (metáfora, paráfrase, interdiscurso, silêncio constitutivo, etc.) para construir significados semelhantes; b) similaridade nos contextos de enunciação (intergeracional e emergência do HIV na contemporaneidade); e c) coesão dos objetos discursivos para apontar as formações ideológicas das enfermeiras.

2.6 Considerações éticas

Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN/UFRJ) e Instituto de Atenção São Francisco de Assis/HESFA, sob o protocolo n. 1.515.557 em consonância com a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, referente à regulamentação de pesquisas envolvendo seres humanos. Obteve-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de todas as participantes antes de iniciar o encontro grupal agendado para o dia.

3. RESULTADOS

As participantes possuíam idades de 25 a 51 anos, trabalhavam no sistema público de saúde no Rio de Janeiro, uma delas concluiu o curso de graduação em Enfermagem na década de 1980, nove nos anos 2000 e uma na década de 2010. Oito eram especialistas em Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente, três eram doutoras e três estavam cursando o doutorado; oito eram Mestres em Enfermagem e duas estavam cursando o Mestrado. A linha da vida profissional mostra que a participação das enfermeiras no preparo

de familiares, para revelar a condição HIV à criança soropositiva, é socialmente construída por um Eu, simultaneamente social e profissional. Suas experiências em cada marco temporal (antes, durante e após a graduação como enfermeira) estabelece nexos com o modo como o HIV/aids era abordado pelos meios de comunicação em cada época.

3.1 Formação discursiva e ideológica de enfermeiras nas décadas de 1980-2010

A formação das enfermeiras ocorreu entre os anos de 1981 e 2011 e suas vidas profissionais começaram nos anos 1986 a 2012. Todavia, a experiência com pessoas infectadas pelo HIV inicia-se na vida social, antes da formação profissional, quando suas formações ideológicas estavam impregnadas de estigma, preconceito e desinformação. Na linha da vida profissional das enfermeiras, o tema HIV assume diferentes efeitos de sentido em três épocas. A primeira, antes de 1983, quando não havia o debate público sobre o tema no Brasil; a segunda, entre 1983 e 1999, quando a difusão midiática sobre HIV era intensa; e a terceira, nos anos 2000 e 2010, com expressiva evolução científica sobre o manejo da condição e o aumento da esperança de vida das pessoas vivendo com HIV.

Antes da graduação, portanto no início dos anos 1980, sua formação discursiva revela ausência ou escassez de informação sobre o tema devido a inexistência de relatos de casos em crianças.

Eu não tive experiência com HIV antes da graduação porque não existia HIV naquela época. (N6c, estudante de 1983-1987)

As enfermeiras que estudaram na década de 1980 vivenciaram o processo de descoberta dos primeiros casos e os esforços dos cientistas para compreender como o vírus operava no corpo humano. Documentos oficiais do Ministério da Saúde Brasileiro constavam nas referências dos programas de ensino das disciplinas das escolas de Enfermagem à época, informando professores e estudantes sobre descobertas, por vezes contraditórias e confusas. O ensino centrava-se mais nas normas de biossegurança do que sobre a condição das pessoas soropositivas para o HIV.

Na universidade, eu me lembro de um boletim do Ministério [da Saúde]... que o HIV era transmitido por mosquito. Alguns dias mais tarde, nós lemos que era impossível. Nós líamos e questionávamos tudo. “Transmite ou não?” Não havia informação. Ninguém sabia de nada. Quando estávamos em estágio, utilizávamos equipamento de segurança pessoal em excesso, especialmente para cuidar das crianças. Tudo era feito para proteger as crianças. (N6c)

Nesse sentido, no processo de formação das enfermeiras, HIV/AIDS e biossegurança conformam um imaginário de medo de transmissão de uma doença letal que impregna a sua formação ideológica.

No final da década de 1980, houve os primeiros contatos de enfermeiras com familiares infectados pelo HIV e as primeiras crianças com AIDS. O único antiretroviral disponível no Brasil era o AZT, e o cuidado de enfermagem consistia em administrá-lo, implementar uma escuta autêntica e promover conforto e apoio.

Você se encontra com uma família extremamente humilde que não sabe o que está enfrentando. Naquela época (1989), AIDS dava ibope (era muito comentada publicamente), especialmente em crianças. Só existia o AZT. Então, não tínhamos muito o que fazer... conversávamos e segurávamos a mão. (N6c)

A pobreza material era resignificada como incapacidade cognitiva de compreender o que era HIV/AIDS. Estar infectado significava a morte e na infância repercutia no fenômeno da morte infantil pouco aceito socialmente. Ademais, o cuidado de conforto e a escuta foram resignificados como pouco importante na cura de uma doença que não tem cura. O cuidado de enfermagem ouvir e promover conforto e apoio são resignificados como “nada muito a fazer”.

Quatro enfermeiras (N1a, N7d, N10e, N11e), cuja graduação aconteceu após 1996 pertencem a um grupo de estudantes de enfermagem que tiveram contato com informações pela mídia de massa e aquelas disseminadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no controle da epidemia. Na década de 1990, como parte da totalidade, as participantes estavam imersas em um contexto social em que pessoas famosas (Cazuza, Renato Russo, etc.) no Brasil, apresentavam-se fisicamente caquéticas e com manchas na pele, publicizaram sua condição de soropositividade para a sociedade. Isso contribuiu para construções sociais estereotipadas do físico de uma pessoa com AIDS.

As pessoas morriam. Cazuza, Renato Russo... E outras pessoas que eu não conhecia morreram. Aqueles que mostraram suas caras eram pessoas que pareciam cadáveres. Elas eram magras, andavam de cadeira de roda... E se elas eram socialmente ou economicamente privilegiadas, tinham cultura e educação; a morte chegava para elas também. (N5c, N7d, N8d, N11e, N12f)

A letalidade do HIV transcende as condições econômicas e de escolarização, porque pessoas economicamente mais privilegiadas morriam pela AIDS. A morte não discriminava, acontecia para todos, incluindo pessoas próximas das enfermeiras. Uma das participantes vivenciou o HIV dentro de sua família.

O que eu associei com a minha experiência antes da faculdade foi a morte de meu primo diagnosticado com HIV. Era os anos 1990, as pessoas descobriam e morriam meses depois. (N13f)

Encontro com pessoas conhecidas refletiu em formações imaginárias impregnadas por estigma, preconceito e letalidade associada à essa condição de saúde. Reconheciam o HIV como uma ameaça séria que todos deveriam temer no seu cotidiano.

Antes da graduação, eu me lembro de uma família que vivia perto da minha casa. A mãe tinha HIV e tratava como se fosse gripe, não sabia da gravidade [do HIV]. (N2a)

Durante os anos 2000 a 2010, um grupo de seis enfermeiras (N2b, N3b, N4b, N5c, N8d, N9e, N12) foi estudante em um momento que as ações governamentais, no enfrentamento da epidemia do HIV/AIDS, eram reconhecidas internacionalmente. Algumas enfermeiras associaram suas formações ideológicas de estigma, preconceito e letalidade, com a desinformação sobre o mecanismo patológico do HIV. Elas reconheceram essas construções em si e consideravam-se leigas antes de sua formação profissional.

Antes da faculdade, eu tinha preconceito. Eu não sabia como a patologia funcionava. Minha compreensão da doença era o mesmo de alguém leigo. Eu pensava que era doença da homossexualidade e da promiscuidade. (N4b, N5c, N7d, N8d, N10e)

3.2 A formação profissional para o cuidado à criança com HIV/aids

Mesmo durante o curso de graduação, o preconceito e o medo de contaminar-se permaneceram presentes na formação imaginária, se manifestando durante o processo de cuidar. Quando iniciaram o estágio clínico, resignificavam a pessoa com HIV como a doença em si. Mesmo tendo estudado na década de 2000, os procedimentos de biossegurança eram tão excessivos quanto àqueles relatados pela enfermeira que se graduou na década de 1980, com a mesma perspectiva de cuidado de enfermagem à pessoa com HIV/aids em um espaço de tempo de 20 anos.

Quando eu pensava em HIV, meu preconceito estava lá. Eu tinha medo de ficar perto daquelas pessoas, eu tinha medo do cuidado de enfermagem a pessoa com AIDS. Quando interagi com esse paciente, lembro de ter usado muito equipamento de segurança. Foi uma surpresa ver que 98% dos pacientes na unidade eram soropositivos para o HIV. Eu pensava: Deus, que mundo a gente vive? (N3b, N4b).

Discursos revelaram que no curso de graduação não houve a experiência do cuidado à criança com HIV/aids, porque o adoecer durante a infância é resignificado como tristeza e dor. Nesse sentido, para evitar o sofrimento da estudante, o professor a protege dessa realidade privando-a da experiência de cuidar.

Eu não lembro de permitirem a gente interagir com a criança com HIV. Meus professores achavam ser muito complicado para a gente. Nós lidávamos com adultos, nunca interagimos com crianças, acho que os professores queriam nos proteger. Era triste vê-las doente. (N4b, N5c, N11f)

Por não ter investido na ruptura do preconceito durante o processo de formação, o preconceito continuou na prática profissional. Mesmo sem intencionalidade, há uma tensão no ambiente de cuidados clínicos.

Quando você sabe que a criança tem HIV, você se sente assim. Mesmo sem querer diferenciá-las, você diferencia. Você tem muito mais cuidado quando elas têm HIV. O ambiente fica mais tenso. (N1a, N2a)

A tensão reside no tipo de cuidado que é remodelado quando há uma hospitalização com HIV/aids, o ambiente de cuidado passa a ser diferenciado, mesmo sem que tenham percepção do preconceito. Na atenção primária, as enfermeiras resignificaram a gravidez como uma falha das ações dos profissionais de saúde que acompanhavam a adolescente com HIV na estratégia de saúde da família.

Havia uma adolescente na área de abrangência [da Estratégia de Saúde da Família] que eu trabalhava. E eu não sei o porquê ou onde nós falhamos, mas ela apareceu grávida. Foi um pré-natal bem difícil porque ela não tomava os antirretrovirais. Então eu pensava “por que uma pessoa assim engravida?” (N2a, N11e)

3.3 Enfermeiras na revelação do HIV/aids à criança

A revelação à criança é resignificada como um algo pontual, quando o médico pela primeira vez comunica o diagnóstico ao responsável.

Eu não vivenciei a revelação do diagnóstico. Eu devo confessar que acho muito complicado. Isso não é função do médico? (N1a, N2a, N3b, N4b, N5c, N7d, N8d, N9e, N10e, N11e, N12f, N13f).

Quanto a participação no processo de preparação da família para revelar a criança sua condição soropositiva, a maioria das enfermeiras desconhece sua competência legal nesse processo. Duas reconheceram o direito de a criança saber sobre sua condição de saúde.

Eu não participei diretamente, mas é importante que a criança conheça seu diagnóstico. É seu direito e é nosso trabalho garantir que ele seja respeitado nos espaços de saúde. (N5c, N8d)

Do ponto de vista pragmático, há vantagem no processo terapêutico quando a criança sabe sobre sua soropositividade para o HIV. Os profissionais, familiares e criança têm mais liberdade para dialogar durante o atendimento no serviço de saúde. Há maior fluidez e

abertura na comunicação, o que favorece a educação em saúde da criança para torná-la mais autônoma em seu cuidado.

Eu vejo a diferença quando elas sabem [o diagnóstico] porque eu posso conversar com elas sobre. Elas fazem perguntas, querem saber sobre o remédio, os exames... As meninas perguntam sobre a menstruação, como namorar, se podem ter filhos... Essas coisas (N5c)

Outra participante reconhece sua participação na revelação, mas não no preparo da família. Mesmo sabendo que a enfermeira tem competência legal para isso, refere que a carga de trabalho nem sempre permite esse envolvimento.

Eu participei. Eu lembro que uma mãe nos pediu para estar com ela quando ela contasse para o filho. Foi interessante e eu acho que as enfermeiras têm conhecimento para isso, mas requerem vínculo com a família e, nem sempre, conseguimos construí-lo durante o turno porque são muitas coisas para fazer. (N6c)

Um dos obstáculos resignificados pelas enfermeiras em participar ou não do processo é a falta de conhecimento sobre sua competência legal no contexto. Suas construções sobre preparo da família entrelaçam-se com a ideia de descoberta do diagnóstico médico.

Não me sinto confortável de falar sobre o assunto com as famílias. Acho difícil saber o que posso ou não falar, não é trabalho do médico? Eu preciso cuidar de outras demandas como ensiná-los a engolir o remédio ou orientar os pais sobre consultas e adesão ao tratamento. (N6c, N8d, N9e, N11e, N12f)

Apesar de as enfermeiras reconhecerem o direito da criança de acesso à informação sobre sua saúde, as formações ideológicas e imaginárias do estigma e preconceito são estruturais. O sentido do HIV/aids na infância como uma doença letal não é condizente com os tempos da doença AIDS como uma condição crônica. A ideologia biomédica transversaliza o processo de revelação e o preparo de familiares para essa revelação à criança não é resignificado como um cuidado de enfermagem.

4. DISCUSSÃO

O processo discursivo desvelou formações ideológicas e imaginárias de enfermeiras que trabalham com crianças com HIV e suas famílias que refletem construções histórico-sociais do HIV, AIDS e infância. O movimento metafórico acerca da AIDS teve início na década de 1980, quando os primeiros casos foram divulgados na imprensa mundial e brasileira. No ano de 1983, uma das participantes da pesquisa iniciou o curso de graduação em Enfermagem, mesma época que um dos principais jornais brasileiros publicou um artigo intitulado “a peste gay”, em que a AIDS é descrita como a pior doença de todos os tempos (Soares, 1998;

Darde, 2004). O termo “peste” está relacionado às características de fatalidade e transformação corporal, mas na AIDS, ainda associava-se à vergonha que culpabilizava o indivíduo pela sua condição de saúde (Sontag, 1989).

As enfermeiras tiveram contato com esse tipo de linguagem midiática, no início da epidemia da aids no país, o que contribuiu para a construção do estereótipo que permaneceu como parte constitutiva de suas formações imaginárias. Mesmo que o estigma e preconceito com o HIV se manifestem de forma sutil e inconsciente, com expressões de medo, “não há mais o que fazer”, indicando há interferência na qualidade do cuidado prestado. Entre as manifestações destacam-se olhares com nuances significativas, atitudes movidas pelo medo, perguntas inconvenientes, conversas desconfortáveis e até recusa de assumir um determinado usuário (Salih et al., 2017; Reys-Estrada, Varas-Díaz, & Martínez-Sarson, 2015).

A linguagem é uma importante aliada no enfrentamento do preconceito e estigma estrutural no HIV/AIDS (Chambers et al., 2015). É por meio das palavras que os significados sociais se desconstróem e a enfermeira, enquanto parte da equipe de saúde pode atuar no cotidiano de preparo da família para revelação do HIV à criança soropositiva. Contudo, a centralização do cuidado em procedimentos é um dos desafios à implementação de uma abordagem que valorize a escuta autêntica e orientação antecipada. A escuta autêntica favorece a comunicação com a família para conhecer sua história e compreender como ela vivencia a condição de saúde. Já o cuidado de advocacia envolve o papel da enfermeira enquanto defensora do direito da criança para participar do seu cuidado de saúde que começa com o acesso à informação sobre sua condição sorológica (Bubadué & Cabral, 2019; Koerich et al., 2015; Våga, Moland, & Blystad, 2016).

As construções ideológicas das enfermeiras acerca do HIV, da infância e de como compreendem cuidado de enfermagem interferem na maneira que abordam o tema com a família que se prepara para revelar o HIV da criança a ela. Utiliza-se HIV, uma vez que utilizar nomenclaturas como doença ou condição reforça o silêncio fundado acerca do tema, contribuindo para o estigma e preconceito de nomear o HIV. Apesar de reconhecerem o direito da criança de acesso à informação de sua saúde, formações imaginárias centradas no paradigma biomédico ainda deixam as enfermeiras inseguras quanto à sua competência legal diante desse fenômeno. Em contrapartida, pesquisas demonstram que a família indica a enfermeira como uma profissional competente que participa no processo de seu preparo

para conversar com a criança sobre o HIV dela (Bubadué & Cabral, 2019; Simoni et al., 2015; Finnegan et al., 2019).

As intervenções de enfermagem apontadas como aliadas no processo de preparo da família foram a escuta autêntica, a orientação antecipada, o cuidado de advocacia e o acompanhamento no pós-revelação (Simoni et al., 2015; Våga, Moland, & Blystad, 2016; Bubadué & Cabral, 2019; Finnegan et al., 2019).

5. CONCLUSÕES

As enfermeiras construíram interseções da aprendizagem informal na vida cotidiana com os estudos formais e a vida profissional de cuidar de crianças com HIV/aids e o drama da revelação da condição soropositiva a criança. Suas formações ideológicas revelaram o HIV/AIDS como um tema sensível porque é marcado pelo estigma e preconceito estrutural. Em contrapartida, reconhecem o direito da criança saber sobre sua condição de saúde. Nesse contexto o preparo da família emerge como um direito da criança de acesso à informação segura e com linguagem que favoreça o processamento dessa informação de maneira mais clara e atraumática possível.

Os desdobramentos da pesquisa ocorreram no processo reflexivo da prática profissional das participantes do estudo, bem como a continuidade da pesquisa com a criação de curta-metragem sobre o preparo das famílias para revelar o HIV à criança pelas enfermeiras.

Como limitação do estudo tem-se sua aplicabilidade ao contexto do setor público do Rio de Janeiro, necessitando desenvolver pesquisas com esse desenho em outros cenários.

Financiamento. Os autores foram financiados pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) nas modalidades de Bolsa de Doutorado (2015-2019) e Bolsa Produtividade 2, respectivamente.

6. REFERÊNCIAS

- Adedimeji, A., Edmonds, A., Hoover, D., Shi, Q., ... Yotebieng, M. (2017). Characteristics of HIV-Infected Children at Enrollment into Care and at Antiretroviral Therapy Initiation in Central Africa. *PloS one*, 12(1), e0169871. doi:10.1371/journal.pone.0169871
- Archibald, M. M., Caine, V., & Scott, S.D. (2017). Intersections of the arts and nursing knowledge. *Nurs Inq.*, 24(2). doi: 10.1111/nin.12153. Epub 2016 Aug 30.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções sexualmente transmissíveis, do HIV/AIDS, das Hepatites Virais. (2017). Clinical

- Protocol and Therapeutic Guidelines for Handling HIV infection in children and adolescents. Brasília: Ministry of Health.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. (2018). Technical Manual for the Diagnosis of the HIV Infection in Adults and Children. Brasília: Ministry of Health.
- Bubadué, R. M., & Cabral, I. E. (2019). Advocacy Care on HIV disclosure to Children. *Nursing Inquiry*, 26(2), e12278.
- Cabral, I. E., & Neves, E. T. (2016). Pesquisar com o método criativo e sensível na enfermagem: fundamentos teóricos e aplicabilidade. In Lacerda, M. R., & Costenaro, R. G. S. (Orgs). 1 ed. Porto Alegre: Editora Moriá. pp. 325-50.
- Caldas, A. C. S., Dias, R. S., Sousa, S. M. A., & Teixeira, E. (2019). Creative and sensitive production of care-educational technology for families of children with gastrostomy. *Escola Anna Nery*, 23(1), e20180144. <https://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0144>
- Chambers, L. A., Rueda, S., Baker, D. N., Wilson, M. G., ... Stigma Review Team (2015). Stigma, HIV and health: a qualitative synthesis. *BMC public health*, 15, 848. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2197-0>
- Darde, V. W. S. (2004). A AIDS na imprensa: a construção da imagem da epidemia e a influência na promoção da cidadania. *Em Questão*, 10(2), p. 247-259.
- Finnegan, A., Langhaug, L., Schenk, K., Puffer, E.S., ... Green, E.P. (2019). The prevalence and process of pediatric HIV disclosure: A population-based prospective cohort study in Zimbabwe. *Plos One*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215659>
- Freire, P. (2006). Pedagogy of the oppressed. 30 ed. New York : The Continuum International Publishing Group Inc.
- Gyamfi, E., Okyere, P., Appiah-Brempong, E., Adjei, R. O., & Mensah, K. A. (2015). Benefits of Disclosure of HIV Status to Infected Children and Adolescents: Perceptions of Caregivers and Health Care Providers. *J Assoc Nurses AIDS Care*, 26(6), 770-80. doi: 10.1016/j.jana.2015.08.001. Epub 2015 Aug 10.
- McNiff, S. (2007). Art Based Research. In Knowles, J. G. Handbook of the Arts in Qualitative Research: Perspectives, Methodologies, Examples, and Issues. United States of America: Sage publications.
- Orlandi, E. P. (2013). Análise de discurso: princípios e procedimentos. 11 ed. Cmapinas: Pontes.
- Partelli, A., Cabral, I. E. Images of alcohol in the adolescents' life of one quilombola community. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2), 468-475. Epub April 18, 2019. <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0264>
- Potrich, T., Paula, C. C., Padoin, S. M. de M., & Gomes, A. M. T. (2016). Cotidiano do familiar no cuidado à criança com HIV em tratamento antiretroviral. *Rev enferm UERJ*, 24(4), e17446.
- Reyes-Estrada, M., Varas-Díaz, N., & Martínez-Sarson, M. T. (2015). Religion and HIV/AIDS Stigma: Considerations for the Nursing Profession. *The New School psychology bulletin*, 12(1), 48–55.
- Salih, M. H., Tessema, G. A., Cherkos, E. A., Ferede, A. J., & Anlay, D. Z. (2017) Stigma towards People Living on HIV/AIDS and Associated Factors among Nurses' Working in Amhara Region Referral Hospitals, Northwest Ethiopia: A Cross-Sectional Study. *Advances in Nursing*. <https://doi.org/10.1155/2017/6792735>
- Sariah, A., Rugemalila, J., Somba, M., Minja, A., ... Siril, H. (2016). Experiences with disclosure of HIV-positive status to the infected child: Perspectives of healthcare providers in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC public health*, 16(1), 1083. doi:10.1186/s12889-016-3749-7
- Simoni, J. M., Yang, J. P., Shiu, C. S., Chen, W. T., ... Lu, H. (2015). Nurse-delivered counselling intervention for parental HIV disclosure: results from a pilot randomized controlled trial in China. *AIDS* (London, England),

29(Suppl 1), S99–S107. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000000664>

Soares, R. L. (1998). Aids e imprensa: escritos do jornal Folha de S. Paulo. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 2(2), 47-76. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32831998000100004>

Sontag, S. (1989). Aids e suas metáforas; trad PH Brito. São Paulo: Companhia das Letras.

Soratto, J., Pires, D. E. P., Cabral, I. E., Lazzari, D. D., ... Sipriano, C. A. S. (2014). A creative and sensitive way to research. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(6), 994-999. <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670619>

UNICEF. United Nations Children's Fund. (2019). Annual Report: 2018. For every child, every right. New York.

Våga, B. B., Moland, K. M., & Blystad, A. (2016). Boundaries of confidentiality in nursing care for mother and child in HIV programmes. *Nursing Ethics*, 23(5), 576–586. <https://doi.org/10.1177/0969733015576358>

Van Elsland, S. L., Peters, R., Grobbelaar, C., Ketelo, P... van Furth, A. M. (2019). Disclosure of human immunodeficiency virus status to children in South Africa: A comprehensive analysis. *Southern African journal of HIV medicine*, 20(1), 884. doi:10.4102/sajhivmed.v20i1.884

WHO. World Health Organization. Guideline on HIV disclosure counselling for children up to 12 years of age. (2011). Switzerland: Beatrice Krauss, Susan Letteney, Anniek De Baets, Julie Murugi and F. Amolo Okero.

Wright, S., Amzel, A., Ikoro, N., Srivastava, M., ... Phelps B. R. (2017) Talking to children about their HIV status: a review of available resources, tools, and models for improving and promoting pediatric disclosure. *AIDS Care*, 29(8), p. 1019–25. [10.1080/09540121.2016.1273471](https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1273471)

COMPREENDENDO OS SENTIMENTOS DE IDOSOS ENCARCERADOS

Alessandra Minervina dos Santos Lopes¹, Maria Fernanda Pereira Gomes², Elza de Fátima Ribeiro Higa¹, Maria José Sanches Marin¹ e Carlos Alberto Lazarini¹

¹Faculdade de Medicina de Marília - SP, Brasil. alessandra_minervina@hotmail.com; hirifael@gmail.com; marnadia@terra.com.br; carlos.lazarini@gmail.com

²Disciplina de Prática e Propredêutica Saúde do Adulto – Universidade Paulista, Assis – SP, Brasil. mferpg@usp.br

Resumo. Introdução: Idosos que vivem sob condições adversas, como é o caso dos privados de liberdade, necessitam, após o encarceramento, readaptar seus hábitos de vida, tanto na gestão do tempo do cotidiano prisional, como na gestão das relações sociais, profissionais e familiares. Objetivos: compreender os sentimentos do idoso encarcerado. Métodos: Pesquisa qualitativa, fundamentada nos pressupostos da Hermenêutica-Dialética. Participaram 42 idosos encarcerados de quatro penitenciárias da região oeste do estado de São Paulo, Brasil. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas. Resultados: Da análise dos dados obtidos na pergunta “Fale sobre o sentido do seu encarceramento. Como é isso para você? E para seus familiares?” foi possível identificar cinco categorias analíticas referente aos sentimentos dos idosos encarcerados, entre elas o sentimento de arrependimento, a perda do convívio familiar, as repercussões familiares, a perda da liberdade e a sensação de injustiça. Considerações: Considerando que o objetivo dessa pesquisa foi compreender os sentimentos dos idosos em relação ao encarceramento, pode-se identificar as diferentes construções que os mesmos utilizaram para expressar suas percepções a respeito desses sentimentos.

Palavras-chave: Idoso; Prisioneiros; Emoções.

UNDERSTANDING THE FEELINGS OF INCARCERATED ELDERLY

Abstract. Introduction: Elderly people living under adverse conditions, such as those deprived of their liberty, need, after incarceration, to readjust their life habits, both in the management of daily prison time and in the management of social, professional and family relationships. Objectives: to understand the feelings of the incarcerated elderly. Methods: Qualitative research, based on the assumptions of Hermeneutics-Dialectic. 42 elderly prisoners from four penitentiaries in the west region of the state of São Paulo, Brazil, participated. The data were obtained through semi-structured interviews. Results: From the analysis of the data obtained in the question “Talk about the meaning of your incarceration. How’s that for you? And for your family members?” it was possible to identify five analytical categories regarding the feelings of the incarcerated elderly, among them the feeling of regret, the loss of family life, the family repercussions, the loss of freedom and the feeling of injustice. Conclusions: Considering that the objective of this research was to understand the feelings of the elderly in relation to incarceration, it is possible to identify the different constructions that they used to express their perceptions regarding these feelings.

Keywords: Elderly; Prisoners; Emotions.

1. INTRODUÇÃO

A população de idosos vem crescendo em todo o mundo, o que significa uma grande conquista da humanidade, entretanto, juntamente com esse crescimento agregam-se os problemas inerentes ao processo de envelhecimento, visto que nesta faixa de idade as

peçoas apresentam-se mais vulneráveis a alterações no estado de saúde e a dependências para as Atividades de Vida Diária (AVD).

Neste contexto é preciso considerar os idosos que vivem sob condições adversas, como é o caso do idoso encarcerado. O Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN), mostra que em 2019 existia no Brasil, 773.151 mil pessoas privadas de liberdade, o que representa um aumento da ordem de mais de 700% em relação ao total registrado no início de década de 90 (Brasil, 2020). Em 2008, o número de idosos encarcerados correspondia a 0,73% da população carcerária brasileira. Em 2016, essa porcentagem alcançou 1% de toda população carcerária do país. Em relação ao número de vagas, há um déficit total de 303.112 mil vagas e uma taxa de ocupação média de 171,62% em todo país (Brasil, 2017). Esse cenário indica que há superlotação dos presídios e que as condições de vida ofertadas são inadequadas, especialmente para as pessoas envelhecidas. Os estabelecimentos penitenciários no Brasil são sinônimos de locais insalubres e não atingem o mínimo de condições exigido para preservação da dignidade da prisão do infrator. Celas superlotadas, com pouca luminosidade, péssimas condições de higiene e de alimentação e, portanto, não atingem a finalidade da sanção penal (Machado, Souza, & Souza, 2013).

A adaptação à condição de encarceramento, na maioria das vezes, é difícil e lenta devido à perda de controle do idoso sobre vários aspectos da sua vida. O idoso, desde o momento que entra na prisão é de imediato confrontado com mudanças significativas na sua vida moral, envolvendo as crenças e valores que tem a respeito do outro e de si próprio (Freitas, Queiroz, & Souza, 2010).

Frente ao exposto o presente estudo parte do seguinte questionamento, quais os sentimentos de idosos encarcerados? O objetivo do estudo foi compreender os sentimentos dos idosos encarcerados em relação a si e sua família.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativo, realizada a partir de entrevistas semiestruturadas, com idosos encarcerados nas penitenciárias pertencentes a região oeste do estado de São Paulo. A Secretaria da Administração Penitenciária do estado de São Paulo (SAP), subdivide o estado em coordenadorias, sendo elas: coordenadoria da região metropolitana de São Paulo; coordenadoria da região do Vale do Paraíba e Litoral;

coordenadoria da região Noroeste; coordenadoria da região Oeste e por fim coordenadoria da região Central. A região Oeste possui 42 Unidades Prisionais, sendo 27 penitenciárias, 07 centros de detenção provisório, 03 centros de progressão penitenciária, 04 centros de ressocialização e 01 Unidade de Regime Disciplinar Diferenciado. A região Oeste é de grande relevância por abrigar a única Unidade de Regime Disciplinar Diferenciado do Estado (Brasil, 2017).

Optou-se por uma amostra intencional, sendo selecionados 42 idosos de quatro unidades prisionais que juntas abrigam um total de 7.489 encarcerados, dos quais 101 são idosos (60 anos ou mais). Os critérios de exclusão ocorreram nas seguintes condições: trânsito (fora da unidade prisional), cumprindo sanção disciplinar, estar hospitalizado ou apresentar déficit cognitivo que impossibilite de responder a entrevista. Entre as penitenciárias que foram aplicadas as entrevistas, uma é responsável pelo encarceramento feminino.

Para a entrevista foi utilizado um roteiro semiestruturado, contendo dados de identificação e a seguinte questão norteadora: Fala sobre os seus sentimentos em relação ao encarceramento. Como é isso para você? E para seus familiares? Esta etapa foi realizada pela pesquisadora principal.

No momento que antecedeu a realização das entrevistas realizada pela pesquisadora que passou por revista de rotina realizado pelo Scanner corporal de cada unidade prisional antes de adentrar no local estipulado para realização de cada entrevista. Aqueles que concordaram em participar da pesquisa foram levados para uma sala estipulada pela unidade prisional. Após a leitura minuciosa do termo de consentimento livre e esclarecido, explicando os detalhes, o motivo, objetivos da pesquisa e riscos, as entrevistas foram áudio-gravada em MP3 com duração de aproximadamente trinta minutos, para posterior transcrição e análise das informações obtidas. Após esta etapa, as gravações foram inutilizadas.

A análise dos dados resultante das narrativas dos sujeitos pautou-se na hermenêutica dialética, pela possibilidade de compreender os fenômenos na sua complexidade e historicidade (Ayres, 2005).

O método de análise da hermenêutica dialética é descrito como uma forma de reflexão, um caminho do pensamento, que tem como norte a aproximação com a práxis social, aprofundamento na práxis histórica, social, econômica e política, na busca de uma visão de

totalidade para a compreensão do fenômeno. Nesta perspectiva, compreende-se que o investigador deve imergir no texto na busca de desvelar o que ficou inconsciente para o autor, bem como criar relevâncias e acrescentar conhecimento novo (Minayo, 2013).

A Hermenêutica e a Dialética eram dois métodos distintos que objetivavam a compreensão da realidade, porém pensou-se na união dos mesmos com o intuito de potencializar o conhecimento a respeito das vivências e do contato com os indivíduos em seus respectivos contextos sociais (Minayo, Deslandes, & Gomes, 2016).

Assim, a fusão entre Hermenêutica e Dialética permite que consensos e discensos sejam analisados nas falas dos participantes inseridos no contexto em que vivem relativos a tradição, linguagem, grupo social, momento histórico, para que a compreensão se aproxime o quanto possível da realidade (Gadamer, 2009).

Nesta trajetória, a partir da obtenção das narrativas dos participantes, as mesmas foram transcritas pela própria pesquisadora, em um quadro que permitiu a visualização dos dados por participante de acordo com a questão realizada, o que foi considerado como o momento “de encontro com os fatos empíricos e ordenação dos dados”. Num segundo momento, que Minayo (2013) considera como de “classificação dos dados”, que consiste em compreender que os dados não existem por si só eles são construídos a partir de questionamentos sobre eles, com base nos fundamentos teóricos, foram identificadas as estruturas relevantes das narrativas dos participantes, as quais foram agrupadas em núcleos de sentido. Por fim, “a análise final”, momento que se estabeleceu a articulação entre os dados coletados e os referenciais teóricos da pesquisa, num movimento dialético que considera a divergência, a contradição, o concreto e o abstrato, o particular e o geral, visando chegar ao concreto pensado.

Esta pesquisa só foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa com seres Humanos de uma faculdade pública do interior do estado de São Paulo, sob número CAAE 94672918.7.0000.5413, conforme determina a Resolução 510 do Conselho Nacional de Saúde (2016). Após aprovação por esse comitê, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do setor responsável pela administração dos presídios do estado de São Paulo sob número CAAE 94672918.7.3002.5563.

Para apresentação dos resultados, os idosos foram codificados por meio da letra I, seguida de uma sequência numérica crescente I1....I42.

3. RESULTADOS

A partir da análise das entrevistas, foi possível identificar cinco categorias analíticas referente aos sentimentos dos idosos encarcerados, entre elas o sentimento de arrependimento, a perda do convívio familiar, as repercussões familiares, a perda da liberdade e a sensação de injustiça.

3.1 Sentimento de Arrependimento

Observa-se na fala dos idosos a manifestação de grande arrependimento por ter cometido o delito, uma vez que o encarceramento causa consequências tanto na vida do idoso como da família, conforme falas que seguem:

“Eu sinto, pra mim,... foi a pior coisa da minha vida...se eu pudesse retroceder e voltar atrás, eu jamais faria o que eu fiz...porquê, nada...nada...nada justifica o que eu fiz, mais o que eu fiz tá feito...infelizmente to... 18 anos preso, pagano pelos meus erro”. (I1)

“...tudo fica difícil para minha esposa, coitada, eu sinto muito em causar esse tanto de problemas, mas um dia vou ficar livre, mas, eu quero que Deus me tire do que ficar preso, e muito doído para um homem viver atrás das grades, não é o que pensei para mim não, mas fazer o que.. tenho que pagar”. (I5)

“...eu estou muito arrependida do que eu fiz e nunca mais eu quero vir pra esse lugar. Eles estão muito tristes, estão desesperados”. (I32)

3.2 Perda do Convívio familiar

Os idosos entrevistados mostram em suas falas ressentimento por perder o convívio com familiares, como a companheira, filhos e netos.

“...já chorei tanto na minha vida que nem tenho mais lagrimas para derramar, nunca fiquei separado da minha esposa, nunca.” (I8)

“...a gente sente muita falta da família. Não consigo falar mais não (choro), é o seguinte...me sinto muito arrependido, sinto muita falta da minha família.” (I15)

“Estar privado de muitas coisas, principalmente... tenho muitos netos e gostaria de estar vivendo o dia a dia com os netos, tenho 25 netos e 06 bisnetos...” (I23)

3.3 Repercussões para os familiares

Os idosos encarcerados compreendem que a sua condição traz consequências aos familiares, que deixam de viver suas vidas para se preocupar com o detento, sendo que

estes acabam ficando presos também. Além disso, eles poderiam estar ajudando os familiares enquanto permanecem encarcerados.

“Privada de liberdade é sofrimento, é ver sua família sofrer e passar humilhação porque a família também fica presa junto com a gente, não tem mais vida, durante a semana é correr atrás do jumbo, pensar em qual comida vai levar porque nem tudo entra na penitenciária, a visita do domingo essa é a vida da família da presa.” (I30)

“...poderia estar em casa ajudando minhas filhas cuidando dos meus netos, cuidando de tudo, esses dias minha filha mandou uma carta falando - ai mãezinha queria tanto que a senhora estivesse aqui para poder ficar comigo.” (I31)

“... é um desgosto para ela porque querendo ou não elas estão presa comigo.” (I22)

3.4 Perda de liberdade

Os idosos entrevistados revelam que o encarceramento causou grande repercussão na sua vida devido a perda da liberdade, sendo que consideram a mesma a melhor coisa da vida e prazerosa.

“...eu sempre fui caminhoneiro, uma liberdade enorme e hoje estou preso, e muito difícil, muito triste.” (I16)

“Eu me sinto igual um passarinho na gaiola, eu já chorei muito aqui dentro, porque a coisa melhor da vida é a liberdade, minha família fica muito triste (choro).” (I4)

“...minha vida sempre foi uma liberdade total e prazerosa, eu reconheço que não cabe papel de vítima ou muito menos de revolta, não posso indicar culpados...” (I15)

3.5 Sensação de injustiça

Os idosos também manifestam a sensação de injustiça por estarem encarcerados. Eles alegam que não fizeram nada, estavam apenas próximo do local ou por ter acontecido algo que não deveria ter acontecido.

“Olha se eu for contar para a senhora, estou preso aqui, não fiz nada para ninguém, eu estava perto do lugar.” (I8)

“Olha eu estou preso hoje porque aconteceu não era para ter acontecido, eu fui acusado e estou pagando.” (I13)

“...estou sendo acusado de uma coisa que não fiz, pagando por uma coisa que outra pessoa fez.” (I23)

4. DISCUSSÃO

No que se refere ao arrependimento do idoso em relação ao delito cometido, é preciso considerar que a infração de uma lei moral ou social impõe sobre o indivíduo um sentimento de ir contra aquilo que é esperado dentro dos códigos de conduta estabelecidos pela sociedade. Isto posto, quando cessam as pulsões que levam o sujeito a cometer determinados tipos de comportamento, a voz do *id psique* dá lugar ao sentimento de arrependimento pelo superego, levando-o a refletir sobre o fato de direito cometido (Trigueiro et al., 2016).

Imaginar que deveria ter feito outra escolha ou tomado outras decisões, é uma emoção contrafactual, e leva o idoso a contrastar e somar, na balança do julgamento interno, o tempo que lhe resta de vida com as possibilidades vislumbradas fora dali. A forte tendência de olhar para o eu para o passado e não se conformar com a situação do eu presente, o leva a manifestar os sentimentos de culpa e muitas vezes de arrependimento. Dentro desse contexto, a visita torna-se um instrumento acolhedor e necessário, uma vez que quando presente o permite refletir sobre as possibilidades de recomeço após a pena, colocando de um lado o arrependimento, mas fazendo com que esse indivíduo olhe para o que está além da condenação e além desses sentimentos. Quando ausente a visita, o mesmo tem o arrependimento e a solidão como parceiros e parte de um processo punitivo interno que o leva a sentir-se punido com ausências no meio externo (Maçarria, 2015).

Ao idoso detento, a velhice vivida dentro do ambiente no qual é forçado a se tornar algo, além de apenas superar suas limitações, o leva a tentar sobreviver. Além dos desafios de ter que manter um bom relacionamento com os demais detentos, também necessita superar a ausência da família, a limitação na assistência médica e no espaço para desenvolvimento de atividades físicas (Silva, 2019).

O vínculo afetivo vai se esvaindo, fator que colabora com a reincidência não só dos idosos, pois se não há quem possa lhe dar apoio emocional, o incentivo de reconstruir sua vida e sua imagem, independente do que se tenha feito, o que resta é praticar novos delitos e retornar para o sistema prisional. No caso de pessoas idosas, essas, após cumprir sua pena e estarem cientes que não podem voltar para sua casa por não ter mais o apoio familiar, o que faz com que não tenham a opção de ressocialização (Silva, 2019).

O apoio da família é um dos fatores mais importantes para o enfrentamento das perdas decorrentes da velhice, tendo em vista que a percepção que o idoso tem de si, assim como a percepção dos familiares sobre ele, influenciam sua qualidade de vida e seu bem-estar físico e mental (Santos & Júnior, 2014).

Os membros da família têm o dever de cuidar do bem-estar do idoso (Viegas & Barros, 2016). O apoio da família no período inicial da pena é crucial na fase de adaptação do recluso idoso e a preservação das conexões familiares, durante o momento de reclusão, poderá ser um fator de prevenção de rupturas que podem levar a reincidências (Gonçalves & Gonçalves, 2012).

Vale ressaltar que, de acordo com Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, 2003, p. 9), “É dever da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária”.

A liberdade expressa a capacidade do exercício ativo de si, da livre decisão dos indivíduos sobre suas ações e às possibilidades e capacidades para construir sua trajetória na vida (Fleury-Teixeira et al., 2008).

A liberdade é um direito fundamental básico, que na visão kantiana, trata-se de uma característica própria da vontade. Entretanto, a liberdade pertence à razão, a qual deve obediência à lei moral. Assim, para ser livre é preciso se relacionar com a moral e lidar com as vontades, sem ferir as regras de convivência impostas pela comunidade (Almeida, 1997).

Este conceito de liberdade está intimamente relacionado ao de autonomia. Autonomia expressa a ideia de liberdade e capacidade do exercício ativo de si, da livre decisão dos indivíduos sobre suas ações e às possibilidades e capacidades para construir sua trajetória na vida. A autonomia vem sendo diretamente relacionada à saúde e implica em uma valorização do sujeito e de sua singularidade, sendo considerado um dispositivo promotor de saúde. Também está relacionado à responsabilidade, sugerindo que o idoso deve estar capacitado para a tomada de decisão em situações nas quais ele possa participar ativamente do processo (Damion & Moreira, 2018).

A falta de liberdade que por si só compromete a vida do idoso, soma-se à precariedade do sistema prisional brasileiro. Apesar disso, deve-se repensar estratégias para transformar a atual situação, procurando fazer com que a Lei de Execução Penal (1984) seja aplicada corretamente. Esta aplicação visa obter um resultado positivo, amenizando assim, o sentimento de injustiça e podendo o apenado fazer uma reconstrução de suas vivências, e com isso, estar ciente do motivo que está cumprindo a pena, sem se sentir vítima da situação (Hintz, 2017).

Ao idoso encarcerado, a velhice vivida dentro do ambiente no qual é forçado a se tornar algo, além de apenas superar suas limitações, o leva a tentar sobreviver. Além dos desafios de ter que manter um bom relacionamento com os demais detentos, também necessita superar a ausência da família, a limitação na assistência médica e no espaço para desenvolvimento de atividades físicas (Silva, 2019).

O vínculo afetivo vai se esvaindo, fator que colabora com a reincidência não só dos idosos, pois se não há quem possa lhe dar apoio emocional, o incentivo de reconstruir sua vida e sua imagem, independente do que se tenha feito, o que resta é praticar novos delitos e retornar para o sistema prisional. No caso de pessoas idosas, essas, após cumprir sua pena e estarem cientes que não podem voltar para sua casa por não ter mais o apoio familiar, o que faz com que não tenham a opção de ressocialização (Silva, 2019).

O apoio da família é um dos fatores mais importantes para o enfrentamento das perdas decorrentes da velhice, tendo em vista que a percepção que o idoso tem de si, assim como a percepção dos familiares sobre ele, influenciam sua qualidade de vida e seu bem-estar físico e mental (Santos & Júnior, 2014).

Os membros da família têm o dever de cuidar do bem-estar do idoso (Viegas & Barros, 2016). O apoio da família no período inicial da pena é crucial na fase de adaptação do recluso idoso e a preservação das conexões familiares durante o momento de reclusão poderá ser um fator de prevenção de rupturas que podem levar a reincidências (Gonçalves & Gonçalves, 2012).

Vale ressaltar que, de acordo com Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, 2003, p. 9): “É dever da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao

esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária”.

5. CONCLUSÕES

Considerando que o objetivo dessa pesquisa foi compreender os sentimentos dos idosos em relação ao encarceramento, pode-se identificar as diferentes construções que os mesmos utilizaram para expressar suas percepções a respeito desses sentimentos.

De acordo com os idosos entrevistados, o encarceramento mobiliza vários tipos de sentimentos relacionados ao arrependimento, a perda do convívio familiar, as repercussões para os familiares, a perda da liberdade e a sensação de injustiça.

A partir do que foi exposto nas entrevistas e analisado por meio de sucessivas leituras e aproximações, nota-se que os sentimentos dos idosos sobre o encarceramento muito se aproxima com a literatura atual.

Embora apenas contradições discretas tenham sido notadas nas falas dos idosos, o uso da Hermenêutica-Dialética nessa pesquisa enriqueceu a análise dos dados e permitiu um movimento de síntese e antítese sobre a percepção do idoso.

6. REFERÊNCIAS

- Almeida, G. A. (1997). Liberdade e moralidade segundo Kant. *Analytica*, 2(1), 175–202. Recuperado de <https://revistas.ufrj.br/index.php/analytica/article/view/404/361>
- Ayres, J. R. C. M. (2005). Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 549-60. doi: 10.1590/S1413-81232005000300013.
- Brasil. (2017). *Levantamento nacional de informações penitenciárias: atualização - junho de 2016*. Brasília, DF: Ministério da Justiça e da Segurança Pública, Departamento Penitenciário Nacional.
- Brasil. (2020). *Levantamento nacional de informações penitenciárias atualização - junho de 2019*. Brasília, DF: Ministério da Justiça e da Segurança Pública, Departamento Penitenciário Nacional.
- Damion, M., & Moreira, M. (2018). Percepção do paciente sobre sua autonomia na Unidade de Terapia Intensiva. *Contextos Clínicos*, 11(3), 386-96. doi: 10.4013/ctc.2018.113.09.
- Fleury-Teixeira, P., Vaz, F. A. C., Campos, F. C. C., Álvares, J., Aguiar, R. A. T., & Oliveira, V. A. (2008). Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(2), 2115-22. doi: 10.1590/S1413-81232008000900016.
- Freitas, M. C., Queiroz, T. A., & Souza, J. A. V. (2010). O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(2), 407-12. doi: 10.1590/S0080-62342010000200024.
- Gadamer, H. G. (2009). *Hermenêutica em retrospectiva*. Petrópolis: Vozes.

- Gonçalves, L. C., & Gonçalves, R. A. (2012). Agressividade, estilo de vida criminal e adaptação à prisão. *Psicologia USP*, 23(3), 559-84. doi: 10.1590/S0103-65642012005000013.
- Hintz, L. Z. (2017). *Pensando a atuação do psicólogo no sistema prisional* (Monografia). Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, RS, Brasil. Recuperado de <http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/5074/Lozane%20Hintz.pdf?sequence=1>
- Lei n. 7.210, de 11 de julho de 1984. (1984). Institui a Lei da Execução Penal. Diário Oficial da União. Brasília, DF.
- Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. (2003). Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF.
- Maçarria, D. (2015). *Arrependimento, sintomas depressivos e ansiosos e déficit cognitivo numa amostra de idosos*. Coimbra, PT: Instituto Superior Miguel Torga.
- Machado, A. E. B., Souza, A. P. R., & Souza, M. C. (2013). Sistema penitenciário brasileiro: origem, atualidade e exemplos funcionais. *Revista do Curso de Direito da Faculdade de Humanidades e Direito*, 10(10), 202-12. doi: 10.15603/2176-1094/rcd.v10n10p201-212.
- Minayo, M. C. S., Deslandes, S. F., & Gomes, R. (2016). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Minayo, M. C. S. (2013). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (11 ed.). São Paulo, SP: Hucitec.
- Resolução n. 510, de 7 de abril de 2016. (2016). Sobre a Ética na Pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União. Brasília, DF.
- Santos, F. S., & Júnior, J. L. (2014). O Idoso e o processo de envelhecimento: Um estudo sobre a qualidade de vida na terceira idade. *Revista de Psicologia*, 8(24), 34-55. doi: 10.14295/online.v8i24.300.
- Silva, T. B. (2019). *A pessoa idosa no sistema prisional brasileiro* (monografia). Asces-Unita, Caruaru, PE, Brasil. Recuperado de <http://repositorio.ascses.edu.br/bitstream/123456789/2218/1/TCC%20-%20TALYTA%20BEZERRA%20DA%20SILVA.pdf>
- Trigueiro, D. R. S. G., Almeida, S. A., Monroe, A. A., Costa, G. P. O., Bezerra, V. P., & Nogueira, J. A. (2016). Aids e cárcere: representações sociais de mulheres em situação de privação de liberdade. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(4), 554-61. doi: 10.1590/S0080-623420160000500003.
- Viegas, C. M. A. R. & Barros, M. F. (2016). Abandono afetivo inverso: o abandono do idoso e a violação do dever de cuidado por parte da prole. *Cadernos do Programa de Pós-Graduação em Direito/UFRGS*, 11(3), 168-201. doi: 10.22456/2317-8558.66610.

IDOSOS PRIVADOS DE LIBERDADE: EXPECTATIVAS SOBRE A VIDA APÓS CUMPRIMENTO DA PENA

Alessandra Minervina dos Santos Lopes¹, Claudia Tedde¹, Maria Fernanda Pereira Gomes², Elza de Fátima Ribeiro Higa¹, Maria José Sanches Marin¹ e Carlos Alberto Lazarini¹

¹Faculdade de Medicina de Marília - SP, Brasil. alessandra_minervina@hotmail.com; claudia_tedde@yahoo.com.br; marnadia@terra.com.br; carlos.lazarini@gmail.com

²Universidade Paulista, Assis – SP, Brasil. mferpg@usp.br

Resumo. Introdução: O idoso, desde o momento em que é preso, se confronta com mudanças significativas na sua vida social e afetiva, envolvendo as crenças e valores que tem a respeito do outro e de si próprio. Objetivos: compreender as expectativas do idoso privado de liberdade sobre a vida após o cumprimento da pena. Métodos: Pesquisa qualitativa, fundamentada na Teoria das Representações Sociais. Participaram 42 idosos privados de liberdade de quatro penitenciárias da região oeste do estado de São Paulo, Brasil. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas e organizados pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Resultados: Da análise dos dados obtidos na pergunta “Como você imagina sua vida quando estiver em liberdade?” emergiram quatro ideias centrais: serventia a Deus, recomeço no seio familiar, ressocialização e desesperança. Considerações: As representações sociais enfatizaram a importância do relacionamento e apoio familiar, da crença e do retorno a vida social após sua liberdade, a dignidade mesmo com as perdas provocadas pela privação da liberdade.

Palavras-chave: Idoso; Prisioneiros; Representações Sociais.

ELDERLY DEPRIVED OF LIBERTY: LIFE EXPECTANCY AFTER SERVING THE SENTENCE

Abstract. Introduction: The elderly, from the moment of their imprisonment, face significant changes in their moral life, involving the beliefs and values they have about the other and about themselves. Objectives: to understand the expectations of the elderly person deprived of freedom for their life after serving their sentence. Methods: Qualitative study, based on the Theory of Social Representations. 42 elderly people deprived of liberty from four penitentiaries in the west region of the São Paulo state participated. The data were obtained through semi-structured interviews and organized using the Collective Subject Discourse technique. Results: From the question "Speak how do you imagine your life when you are free?" four central ideas emerged: serving God, starting over in the family, hopelessness and resocialization. Considerations: The reports of the deprived elderly allowed to understand the social representations about the importance of belief, family relationship and support and the return to social life after their freedom, with dignity, even with the losses that life itself was responsible for bringing.

Keywords: Elderly; Prisoners; Social Representations.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento é uma realidade, devido ao aumento da expectativa de vida do brasileiro nos últimos anos, fato esse também presente no sistema prisional. Nesse contexto, os idosos privados de liberdade estão sujeitos as dificuldades relacionadas a alimentação, saúde, acomodação, que de certa forma intensificam as características fisiológicas da velhice (Shapiro, 2001).

Em 2008, os idosos privados de liberdade correspondiam a 0,73% da população carcerária brasileira, ou seja, 3.328 idosos para um total de 451.219 privados de liberdade. Em 2016 essa porcentagem alcançou 1% de toda população carcerária do país (Brasil, 2017). Segundo dados do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN), em dezembro de 2019 existiam 773.151 mil pessoas privadas de liberdade no Brasil, sendo o terceiro país com maior número de pessoas encarceradas, ficando atrás somente dos Estados Unidos e China (Brasil, 2020).

Estudo sobre o significado do envelhecimento para idosos privados de liberdade, em um estado da região nordeste do Brasil, demonstrou sentimentos de melancolia, angústia e constantes perdas, causadas pela impossibilidade de qualquer tipo de desenvolvimento sociocultural e afetivo. A dificuldade para exercer atividade laboral, a diminuição do convívio familiar e os conflitos intergeracionais corroboram a perda da qualidade de vida dos idosos no cárcere (Oliveira, Costa, & Medeiros, 2013).

A Resolução da Secretaria de Administração Penitenciária (SAP) – 144 (2010) que instituiu o Regimento Interno Padrão das Unidades Prisionais do Estado de São Paulo em seu Art. 93 aponta: “As visitas têm a finalidade de preservar e estreitar as relações do preso com a sociedade, a família, a companheira e os parentes, sob vigilância e com limitações, ressocializando-o e reintegrando-o de forma espontânea ao âmbito familiar e comunitário, quando do cumprimento da sua pena, bem como as visitas tem caráter terapêutico objetivando desenvolver e aprimorar o senso de comunhão social na esfera das unidades prisionais”.

Ao considerar a importância da família para o encarcerado, é preciso atentar também para o fato de que esse encarceramento acarreta grandes danos ao seu círculo familiar, sendo necessário investir em soluções penais mais adequadas, como programas de trabalho e educação, entre outras, que promovam uma real reinserção desse indivíduo à sociedade, em consonância com seu contexto social e familiar (Brasil, 2017).

No ano de 2016, a SAP através da Resolução SAP – 138 (2016) regulamenta a Jornada de Cidadania e Empregabilidade, um evento realizado anualmente nas Unidades Prisionais do Estado de São Paulo, por meio da Coordenadoria de Reintegração Social e Cidadania (CRSC) com o objetivo de oferecer aos reeducandos um conjunto de serviços essenciais para auxiliá-los na retomada da vida em liberdade, trazendo para dentro do sistema penitenciário um mutirão de ações para fornecer importantes ferramentas no processo de

reintegração social. São exemplo de ações realizadas nestas jornadas: retirada de documentos (Registro Geral - RG, Cadastro de Pessoa Física - CPF, Certidões Diversas, Carteiras de Trabalho, Título de Eleitor e outros), atendimento jurídico, atendimentos e exames de saúde, cortes de cabelo e procedimentos estéticos, palestras e oficinas de parceiros, entre outras atividades (Governo do Estado de São Paulo, 2020a).

Uma penitenciária de um estado da região nordeste do Brasil desenvolve ações que levam aos idosos atividades recreativas e artísticas, proporcionando também a interação social, tendo em vista a dificuldade de aproximação que enfrentam no dia-a-dia por motivos diversos, ainda não atendendo a todas as necessidades dessas pessoas. O Projeto Envelhecer no Cárcere é o único momento em que as pessoas idosas tem acesso a atividades que tem por objetivo restabelecer a dignidade dos apenados. Pensando na ressocialização, este projeto deveria ser oferecido pelo Estado em todo sistema penitenciário Brasileiro (Ascesunita, 2016).

Como a população carcerária brasileira não para de crescer, a situação do Sistema Prisional do país é um problema que só vem se agravando, pois apresenta superlotação e não oferece aos seus apenados as condições mínimas e necessárias para punição adequada e ressocialização (Araújo & Mendes, 2016).

Frente ao exposto, essa pesquisa emerge da seguinte inquietação: quais as expectativas sobre a vida que o idoso tem após sua liberdade do sistema prisional? Dessa forma, apresentou como objetivo compreender as expectativas sobre a vida do idoso privado de liberdade após o cumprimento da pena.

2. METODOLOGIA

2.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa. Os dados foram discutidos sob os fundamentos da Teoria das Representações Sociais (TRS). O conceito de representação social compreende a concepção que um sujeito, um grupo ou uma sociedade têm sobre determinado tema ou assunto, estando presente tanto nas relações sociais como no conjunto de opiniões e comportamentos dos indivíduos, refletindo em sua conduta e valores. Moscovici apresenta a seguinte definição: “Em poucas palavras, a representação social é

uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos” (Moscovici & Cabral, 1978, p. 26).

A Teoria das Representações Sociais, teoria do senso comum ou teoria do saber ingênuo, contribui com a investigação proposta, uma vez que busca compreender como o conhecimento produzido pela ciência é transformado no tecido social – nos universos consensuais; ou ainda como aquilo que não é familiar é tornado familiar, como o distante é tornado próximo para a vida prática cotidiana. Além disso, a referida teoria contribui com as pesquisas que intencionam investigar as representações sociais formadas nas imbricações do social com o individual ou do coletivo com o psicológico de grupos específicos (Jodelet, 2001). Para esta autora, a representação é um modo de saber material que vincula o sujeito ao objeto, possui determinados atributos peculiares que são: é sempre a representação de alguém (sujeito) ou algo (objeto); nelas estão contidas as propriedades do sujeito ou do objeto; a relação entre o sujeito e o objeto está simbolizada e interpretada na representação social, imputa-lhe significações que são derivadas de um movimento de exteriorização levantado pelo sujeito, este movimento pode nos levar a processos intelectuais ou mentais, pode ser analisado como epistemológico, psicológicos, seus modos de saber e mensurar este saber utilitário e experiente, sendo que este último item acena para o fato de como ele é produzido e que implica em ações sobre o universo e o outro no contexto social; e é exibida como um molde do objeto nos diferentes tipos de linguagem ou comportamentos.

Os universos consensuais ou do senso comum são atmosferas onde se encontram o familiar, aquilo que é conhecido. Para se alcançar o familiar, atravessamos o processo de ancoragem que é a dessensibilização e o reconhecimento do objeto e, de objetivação que conecta a imagem da não-familiaridade ao que é verdadeiro, transformando-se em real (Moscovici, 2017).

Segundo Duveen (2001), tanto Moscovici quanto Piaget compartilham da postura epistemológica – o mundo tal como o conhecemos é construído por nós por meio de nossas operações psicossociológicas e para compreensão das representações sociais é preciso entender os processos por meio dos quais são produzidas e transformadas.

2.2 Local do estudo

Para a coleta dos dados optou-se por uma amostra intencional, sendo selecionados 42 idosos que recebem visita. Nessa abordagem foram selecionadas quatro unidades prisionais

da região oeste do Estado de São Paulo que juntas abrigam um total de 7.489 encarcerados, dos quais 101 são idosos (60 anos ou mais). Os critérios de exclusão ocorreram nas seguintes condições: trânsito (fora da unidade prisional), cumprindo de sanção disciplinar, estar hospitalizado ou apresentar déficit cognitivo que impossibilite de responder a entrevista.

Entre as penitenciárias que foram aplicadas as entrevistas, uma é de grande importância por ser responsável pelo encarceramento feminino, o qual tem apresentado alto índice nos últimos 10 anos no Brasil.

2.3 Coleta de dados

Realizou-se por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada. Este tipo de entrevista oferece um amplo campo de ação ao pesquisador e foi composta da seguinte pergunta aberta: Como você imagina a sua vida quando estiver em liberdade?

No momento que antecedeu a realização das entrevistas, pela própria pesquisadora, que passou por revista de rotina realizada pelo *Scanner* corporal de cada unidade prisional, antes de adentrar no local estipulado para realização de cada entrevista. Foram explicados os objetivos do projeto e fornecida a garantia do anonimato dos depoimentos de cada idoso. Os que concordaram em participar da pesquisa foram levados para uma sala estipulada pela unidade prisional. Após a leitura minuciosa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), explicando os detalhes, o motivo, objetivos da pesquisa e riscos, as entrevistas foram áudio-gravada em aparelho de MP3 para posterior transcrição e análise das informações obtidas. Após esta etapa, as gravações foram inutilizadas. A coleta de dados foi realizada no interior do cárcere no período de 10 de março à 20 de junho de 2019.

2.4 Organização dos dados

O processamento dos dados foi realizado por meio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que preconiza o tratamento das mensagens verbais que podem ser faladas ou escritas e são advindas de depoimentos dos participantes, constituído por um conjunto de procedimentos de tabulação e organização de dados discursivos e discutidos à luz da Teoria das Representações Sociais, enquanto fenômeno representativo dos participantes (Lefèvre, 2017).

Esse mesmo autor traz que a técnica do DSC permite resgatar as Representações Sociais provenientes de dados de pesquisas empíricas, onde as opiniões ou expressões de cada indivíduo são agrupadas em categorias semânticas gerais, desde que apresentem sentidos semelhantes. Com o sujeito coletivo, os discursos não se anulam ou se reduzem a uma categoria comum unificadora, já que o que se busca fazer é precisamente o inverso, ou seja: reconstruir, com pedaços de discursos individuais, como em um quebra-cabeça, tantos discursos-síntese quantos se julgue necessário para expressar uma dada "figura", um dado pensar ou uma representação social sobre um fenômeno (Lefèvre, 2017).

As seguintes figuras metodológicas constituem esta técnica: Expressão-chave (ECH); Ideia central (IC); Ancoragem (AC); e Discursos de Sujeito Coletivo (DSC). As ECH são segmentos contínuos ou descontínuos de mensagens emitidas, que revelam o principal do conteúdo das respostas obtidas, uma espécie de "prova discursivo-empírica" da "verdade" representadas nas ideias centrais. A IC é elaborada a partir da síntese do conteúdo das ECH e representa a marca e identidade do discurso, concebida pelo pesquisador e coerente com os achados. A AC é evidenciada quando o participante da pesquisa professa em sua mensagem a referência a alguma teoria ou lei que ampare a sua ideia. O DSC é construído com base na união das ECH e AC, referentes às IC, em um discurso síntese associado ao conteúdo das opiniões individuais com sentidos semelhantes, possibilitando construir um discurso relativo a uma coletividade na voz de apenas um representante, sempre redigido na primeira pessoa do singular (Lefèvre, 2017).

Neste sentido, o DSC representa um recurso metodológico, que nesta pesquisa foi destinado a tornar mais claras e expressivas as representações sociais dos idosos privados de liberdade, no qual cada participante se reconheça como autor e emissor de discursos comuns compartilhados entre seus membros.

2.5 Aspectos éticos

Esta pesquisa só foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa com seres Humanos de uma faculdade pública de um município do interior do Estado de São Paulo, sob número CAAE 94672918.7.0000.5413, conforme determina a Resolução 510 (2016) do Conselho Nacional de Saúde. Após aprovação por esse comitê, o projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em pesquisa do sistema prisional do Estado de São Paulo e aprovado sob número CAAE 94672918.7.3002.5563. Para apresentação dos resultados, os

idosos foram codificados por meio da letra I, seguida de uma sequência numérica crescente I1....I42.

3. RESULTADOS

Para análise, foram utilizadas 42 entrevistas realizadas com os idosos privados de liberdade, que em algum momento recebiam visitas, sendo 76,2% do sexo masculino. Dos dados obtidos por meio da pergunta “Como você imagina a sua vida quando estiver em liberdade?” emergiram quatro IC.

A primeira IC “Serventia a Deus” permitiu a construção do seguinte DSC: “Não me revolto, converso muito com Deus e faço minhas orações. Deus foi maravilhoso comigo, tenho saúde. Aqui dentro procurei uma igreja, me converti na evangélica, minha esposa sempre quis que fosse para esta igreja. Quero casar com ela e vou batizar, descer nas águas e vou continuar servindo. É o que minha família toda pretende. Agradeço a Deus todos os dias em minhas orações, ele teve misericórdia de mim. Meu objetivo é criar uma igreja, é uma bênção de Deus.” (I1, I2, I4, I5, I8, I9, I10, I12, I13, I14, I15, I19, I20, I22, I23, I24, I25, I26, I28, I29, I30, I31, I32, I33, I34, I35, I36, I37, I38, I39, I40, I41 e I42)

A segunda IC “Recomeço no seio familiar” traz o seguinte DSC: “Recomeçar e sonhar os planos familiares, voltar e cuidar da minha família já que tenho o apoio deles, estar junto e não mais pensar no que passou. O apoio da família existe, mas a cobrança também. Espero encontra-los com saúde e me esperando de braços abertos. Vou procurar fazer o melhor para eles, dar carinho para minha esposa, meus filhos e netos. Tenho certeza que eles vão estar lá fora me esperando.” (I1, I4, I9, I10, I12, I13, I14, I15, I23, I26, I30, I32, I35, I36, I39, I41 e I42)

“Ressocialização”, terceira IC, permitiu construir o DSC: “O recomeço não é nada fácil porque sou um ex detendo. Isso é um obstáculo muito difícil, estou reeducando minha consciência aqui dentro para quando sair estar apto a conviver em sociedade, respeitar a todos, evitar certos tipos de coisas que a gente não pode mais fazer. Peço a Deus para voltar tudo ao normal. Fiz um curso aqui dentro do sistema. Se puder quero fazer outros cursos, pretendo quando sair abrir uma padaria. Vou procurar trabalhar, estudar, não sei ler direito, tenho dificuldade em assinar até meu nome. Vou continuar com minha vida e

aproveitar esse tempo perdido, que joguei fora.” (I1, I2, I4, I5, I10, I11, I13, I14, I15, I16, I18, I19, I27, I28, I29, I35 e I42)

A quarta IC “Desesperança” permitiu a construção do seguinte DSC: “Ajudei muita gente e hoje eu não recebo uma carta. Hoje só lamento pela minha família, não ter amado mais, não ter lutado mais, tem tanta coisa que eu podia ter feito e não fiz. Complicado até para arrumar serviço, pois agora é difícil, já estou velho e acho que quando sair daqui minha mãe não estará mais viva.” (I1, I3, I16, I23 e I34)

4. DISCUSSÃO

A primeira IC remete a representação social da religião e serventia a Deus enquanto forma de apoio pessoal, como demonstrado no fragmento do DSC “Agradeço a Deus todos os dias em minhas orações, ele teve misericórdia de mim”.

A Lei de Execução Penal (LEP) (Lei n. 7.210, 1984) assegura ao preso assistência religiosa, com liberdade de culto e permite a posse de livros de instrução religiosa. Neste sentido, a Lei n.º 9.982 (2000) também assegura o acesso dos religiosos e religiosas de todos os credos aos estabelecimentos prisionais. No caso das prisões, a religião oferece apoio na vivência de situações adversas, interfere positivamente no ambiente e colabora no ajustamento dos presos (Ribeiro & Minayo, 2014).

Estudo realizado com 368 mulheres privadas de liberdade em São Paulo associou menor frequência de transtornos mentais à maior religiosidade pessoal. A religiosidade parece atuar como fator de integridade emocional tanto para homens quanto para mulheres, subsidiando auxílio no enfrentamento das mazelas características da condição do cárcere (Ranuzi, 2018).

A segunda IC remete a representação social sobre o recomeço no seio familiar, após o cumprimento da pena. A família acaba sendo o eixo de referência pelo qual seus participantes elaboram e determinam suas relações sociais, passando a se organizarem em torno da realização de projetos comuns, construídos de acordo com a realidade em que os seus componentes estão inseridos. Neste sentido, possuem uma diversidade de estrutura que enfatiza o lugar de valor que “a família” e os modelos familiares ocupam numa dada sociedade (Santos, 2017). Este fato está implícito no seguinte fragmento do DSC

“Recomeçar e sonhar os planos familiares, voltar e cuidar da minha família já que tenho o apoio deles, estar junto e não mais pensar no que passou”.

A literatura aponta que a reinserção do indivíduo no ciclo familiar provoca mudanças inevitáveis devido ao abalo emocional que ambos sofreram durante o cárcere, sendo iniciado o processo de readaptação. Esse processo consiste no fortalecimento dos laços afetivos, de modo que tanto a família quanto o ex-presidiário consigam superar todas as dificuldades impostas durante o período de cumprimento de pena (Cabral & Medeiros, 2014), fato esse presente no seguinte fragmento do DSC “O apoio da família existe, mas a cobrança também.” Essa fase é de suma importância para que o indivíduo não se sinta desamparado e retorne ao sistema prisional (Cabral e Medeiros, 2014).

O DSC da terceira IC remete a representação social do recomeço e as possibilidades de reintegrar-se na vida social após as mudanças que ocorreram no passado. Quando a data de libertação se aproxima, e se poderia pensar que o maior desafio já foi ultrapassado, estes idosos têm agora que enfrentar o processo de reinserção em sociedade como ex-reclusos (Cordeiro, 2018).

A vida pós encarceramento para indivíduos com mais de sessenta e cinco anos distingue-se da reintegração social de qualquer outro prisioneiro por inúmeros motivos. Um dos principais consiste no fato do idoso ter consciência de que o tempo restante de vida em liberdade é escasso, o que gera consequências na forma como observa e lida com a sua reintegração em sociedade (Cordeiro, 2018).

A SAP conta com a Coordenadoria de Reintegração Social e Cidadania responsável por promover a ressocialização de apenados e egressos do sistema penitenciário paulista por meio de ações técnicas, gerenciais e políticas que efetivem a reintegração social e cidadania de pessoas em situação de vulnerabilidade frente ao sistema penal. Além dessa coordenação, o Grupo de Ações de Reintegração Social (GARS) é responsável pela realização de iniciativas para ressocialização com ênfase nas Unidades Prisionais do Estado de São Paulo. Os programas e projetos são promovidos de acordo com a realidade das penitenciárias, visando contemplar as características de cada público (Governo do Estado de São Paulo, 2020b).

O “Programa de Atenção ao Egresso e Família” é uma política pública que tem por finalidade dar assistência direta ao egresso do sistema penitenciário e também aos seus

familiares. Esse programa é operacionalizado pelas Centrais de Atenção ao Egresso e Família (CAEF), localizadas em diversos municípios do Estado de São Paulo, que promovem ações voltadas à educação, saúde, geração de trabalho e renda, apoio psicossocial e jurídico (Governo do Estado de São Paulo, 2020b).

A quarta IC remete a representação social do desânimo dos idosos em situação de privação de liberdade. A desesperança, enquanto sentimento subjetivo, tem sua representação social mediante eventos externos que acometem os indivíduos e de forma interna os causam uma sensação de obscuridade ou ausência de percepções positivas futuras, principalmente tratando-se de idosos privados de liberdade que estão a mercê de um fator que lhes foge ao controle: o passar do tempo (Fernandes & Andrade, 2016).

Pode-se dizer que a desesperança está relacionada ao sentimento de incapacidade ou de frustrações. No caso do idoso privado de liberdade, tais sentimentos se revelam a partir de uma visão negativa em um contexto auto derrotista, impulsionados pela ausência de figuras sociais que tragam perspectivas positivas de futuro ou de atividades que conduzam tais idosos para sentimentos de realização pessoal e capacidade própria de autossatisfação (Oliveira, Santos, Cruvinel, & Néri, 2006).

Essa sensação de desesperança está presente no fragmento do DSC “Hoje só lamento pela minha família, não ter amado mais, não ter lutado mais, tem tanta coisa que eu podia ter feito e não fiz”.

A dificuldade do relacionamento interpessoal intergeracional na prisão devido à falta de identidade dos idosos com os demais leva uma tendência ao isolamento. Ao mesmo tempo, uma das consequências de um longo período de privação de liberdade é a fragilização das redes familiares. O passar dos anos reduz a frequência de visitas, o contato com o mundo exterior e o apoio familiar, fundamentais não só emocionalmente, mas também materialmente (insumos levados para dentro da prisão) (Santos & Nogueira, 2015). Nesse sentido, o DSC “Ajudei muita gente e hoje eu não recebo uma carta.” corrobora esta afirmação.

5. CONCLUSÕES

Os relatos dos idosos privados de liberdade permitiram compreender as representações sociais sobre a importância da crença, do relacionamento e apoio familiar e do retorno a

vida social após sua liberdade, com dignidade mesmo com as perdas que a própria vida se encarregou de trazer.

Considerando que esta pesquisa foi fundamentada nos pressupostos da Teoria das Representações Sociais, vale destacar a amplitude alcançada por meio das figuras metodológicas que permitiram a objetivação e ancoragem das mensagens presentes nos discursos dos participantes, que são permeadas por percepções e significados individuais dos sujeitos que as compõem.

Por fim, acredita-se ser importante a realização de futuras pesquisas que evidenciem como a população estudada possa ser melhor assistida ao final do período de encarceramento e após o cumprimento da pena. Com isso, pode ser possível subsidiar a criação de políticas públicas eficientes que devem estar integradas por meio do Plano Nacional de Política Criminal e Penitenciária, que levem em conta o princípio da responsabilidade e que garantam a inclusão social dos idosos privados de liberdade.

6. REFERÊNCIAS

- Araújo, H., & Mendes, R. (2016). *A situação do idoso encarcerado no Brasil*. Anais do Simpósio de TCC e Seminário de Iniciação Científica, Brasília, DF, Brasil. Recuperado de http://nippromove.hospedagemdesites.ws/anais_simposio/arquivos_up/documentos/artigos/183b4eb9f77df720dd26abf19458d2a6.pdf
- Ascesunita. (2016). *Projeto Envelhecer no cárcere realiza atividade na Penitenciária Juiz Plácido de Souza*. Recuperado de <https://asces-unita.edu.br/2016/03/14/projeto-envelhecer-no-carcere-realiza-atividade-na-penitenciaria-juiz-placido-de-souza/>
- Brasil. (2017). *Levantamento nacional de informações penitenciárias: atualização - junho de 2016*. Brasília, DF: Ministério da Justiça e da Segurança Pública, Departamento Penitenciário Nacional.
- Brasil. (2020). *Levantamento nacional de informações penitenciárias atualização - junho de 2019*. Brasília, DF: Ministério da Justiça e da Segurança Pública, Departamento Penitenciário Nacional.
- Cabral, T. Y., & Medeiros, B. A. (2015). A família do preso: efeitos da punição sobre a unidade familiar. *Revista Transgressões*, 2(1), 50-71. Recuperado de <https://periodicos.ufrn.br/transgressoes/article/view/6652/5148>
- Cordeiro, A. (2018). *Depois da Prisão – A Reintegração Social de Idosos* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Minho, Braga, Portugal. Recuperado de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/55915>
- Duveen, G. (2001). Genesis and structure: Piaget and Moscovici. In F. Buschini & N. Kalampalikis (Eds.), *Penser la vie, le social, la nature. Mélanges en l'honneur de Serge Moscovici* (pp. 163-173). Paris: La Maison de Sciences de l'Homme.
- Fernandes, J. S. G., & Andrade, M. S. (2016). Representações sociais de idosos sobre velhice. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 68(2), 48-59. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arb/v68n2/v68n2a05.pdf>
- Governo do Estado de São Paulo. (2020a). *A Coordenadoria*. Recuperado de <http://www.sap.sp.gov.br/crsc.html>

- Governo do Estado de São Paulo. (2020b). *Ações de Reintegração*. Recuperado de <http://www.sap.sp.gov.br/crsc/acoes-reintegracao.html>
- Jodelet, D. (2001). Representações sociais: Um domínio em expansão. In D. Jodelet (Ed.), *As representações sociais* (pp. 17- 44). Rio de Janeiro, RJ: EdUERJ.
- Lefèvre, F. (2017). *Discurso do sujeito coletivo: nossos modos de pensar, nosso eu coletivo*. São Paulo, SP: Andreoli.
- Lei n. 7.210, de 11 de julho de 1984. (1984). Institui a Lei da Execução Penal. Diário Oficial da União. Brasília, DF.
- Lei n. 9.982, de 14 de julho de 2000. (2000). Dispõe sobre a prestação de assistência religiosa nas entidades hospitalares públicas e privadas, bem como nos estabelecimentos prisionais civis e militares. Diário Oficial da União. Brasília, DF.
- Moscovici, S. (2017). *Representações sociais: investigações em psicologia social*. (11a ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Moscovici, S., & Cabral, T. Á. (1978). *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro, RJ: Zahar.
- Oliveira, K. L., Santos, A. A. A., Cruvinel, M., & Néri, A. L. (2006). Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 351-359. doi: 10.1590/S1413-73722006000200014.
- Oliveira, L. V., Costa, G. M. C., & Medeiros, K. K. A. S. (2013). Envelhecimento: significado para idosos encarcerados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16(1), 139-148. doi: 10.1590/S1809-98232013000100014.
- Ranuzi, C. (2018). *Pensamento suicida, depressão e religiosidade em uma população privada de liberdade* (Dissertação de mestardo). Universidade Federal do Triângulo Mineiro- UFTM, Uberaba, MG, Brasil. Recuperado de <http://bdtd.ufm.edu.br/handle/tede/740?mode=full>
- Resolução n. 510, de 7 de abril de 2016. (2016). Sobre a Ética na Pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União. Brasília, DF.
- Resolução SAP - 138, de 15 de setembro de 2016. (2016). Regulamenta, na Secretaria da Administração Penitenciária, a Jornada de Cidadania e Empregabilidade. Diário Oficial. São Paulo, SP.
- Resolução SAP - 144, de 29 de junho de 2010. (2010). Regimento interno padrão das unidades prisionais do estado de São Paulo. Diário Oficial. São Paulo, SP.
- Ribeiro, F. M. L., & Minayo, M. C. S. (2014). O papel da religião na promoção da saúde, na prevenção da violência e na reabilitação de pessoas envolvidas com a criminalidade: revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(6), 1773-1789. doi: 10.1590/1413-81232014196.13112013.
- Santos, C. S. L., & Nogueira, A. Z. Q. (2015). Envelhecer em contexto prisional. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18(1), 39-48. doi: 10.1590/1809-9823.2015.14040.
- Santos, M. N. C. (2017). *Análise das propostas e normativas brasileiras relacionadas à assistência à família das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional brasileiro nos anos de 2010 a 2016* (Trabalho de conclusão de curso). Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil. Recuperado de <https://bdm.unb.br/handle/10483/17495>
- Shapiro, B. (2001). America's Aging Prison Population: Issues & Alternatives. In Offerder Programs. *Social and Behavioral Rehabilitation in Prisons, Jails and the Community* (Cap. 5, vol. 2, pp. 17-21).

A PESQUISA-AÇÃO NA RECONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS SOBRE PROCESSO DE ENFERMAGEM NA ÁREA HOSPITALAR

Rayanne Valentim Ribeiro¹, Flavia Nantes Fausto¹, Patrícia Trindade Benites², Arminda Rezende de Pádua Del Corona², e Vilma Ribeiro da Silva²

¹Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Brasil. ray_anne_14@hotmail.com; flavianantesfausto@gmail.com

²Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil. pattben@hotmail.com; delcorona.arp@gmail.com; vrsilvams@yahoo.com.br

Resumo. Introdução: O Processo de Enfermagem instrumentaliza a ação dos enfermeiros em direção ao cuidado individualizado e resolutivo ao cliente. Amparados por regulação própria, muitos profissionais buscam construir conhecimento e estruturar os serviços, de forma a promover a aplicação do Processo de Enfermagem em suas realidades, mas ainda encontram dificuldades para executá-lo. Objetivo: Conhecer o desenvolvimento das etapas de implantação do Processo de Enfermagem em um hospital. Método: Estudo qualitativo desenvolvido pelo método pesquisa-ação, com dados coletados aplicando-se instrumento semiestruturado a 87 enfermeiros assistenciais. Resultados: A Análise Temática permitiu identificar as seguintes categorias: Conhecimento do enfermeiro sobre o conceito de Sistematização da Assistência de Enfermagem; Etapas do Processo de Enfermagem; Indicação das fases do Processo de Enfermagem aplicadas diariamente; Habilidade na aplicação da classificação de Diagnóstico de Enfermagem; Fragilidades na aplicação do Processo de Enfermagem. Conclusões: Os enfermeiros indicaram os aspectos que fragilizaram a aplicação do Processo de Enfermagem quando apontaram sobrecarga de trabalho, deficiência no dimensionamento de pessoal e falta de sistema de informação que comportasse o registro do Processo de Enfermagem como fatores que prejudicaram seu desempenho.

Palavras-chave: Pesquisa-Ação; Processo de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem.

ACTION RESEARCH IN THE RECONSTRUCTION OF NURSES' KNOWLEDGE OF THE NURSING PROCESS IN THE HOSPITAL AREA

Abstract. Background: The Nursing Process instrumentalizes nurses' action towards individualized and resolute care to the client. With regulatory support, however, many professionals try to build knowledge and structure services, in order to promote the application of the Nursing Process in their realities, but they still find it difficult to execute. Objective: To know the development of the stages of implementation of the Nursing Process in a hospital. Method: Qualitative study developed by the action-research method, with data collected using a semi-structured instrument applied to 87 nursing assistants. Results: Thematic Analysis identified the following categories: Knowledge of nurses about the concept of Systematization of Nursing Assistance; Steps of the Nursing Process; Indication of the phases of the Nursing Process applied daily; Ability to apply the Nursing Diagnosis classification; Weaknesses in the application of the Nursing Process. Conclusions: The nurses indicated the aspects that weakened the application of the Nursing Process when they pointed out work overload, deficiency in the dimensioning of personnel and lack of an information system that would include the registration of the Nursing Process as factors that hindered their performance.

Keywords: Action Research; Nursing Process; Nursing Care.

1. INTRODUÇÃO

Com Florence Nightingale, a enfermagem iniciou sua caminhada rumo à adoção de uma prática baseada em conhecimentos científicos, abandonando gradativamente a postura de

atividade caritativa, intuitiva e empírica (Friedlander, 1981), e ganhando, assim, na visão de muitos pesquisadores, o crédito da primeira teórica da enfermagem moderna.

Por um longo tempo, a enfermagem se desenvolveu tendo como referência o modelo *nightingaleano*. Enquanto isso, estudiosos de enfermagem realizaram trabalhos filosóficos e teóricos de enfermagem, permitindo evolução em vários estágios da teoria de enfermagem (McEwen & Wills, 2016).

A partir das concepções e da validação das teorias, a enfermagem que, até então, era constituída por conhecimento clínico, estético, ético, somático e intuitivo, passa a ter seu *corpus* epistemológico formado (Caper, 1978). Adiante, Barret (2002) define a ciência de enfermagem como o “conhecimento substantivo, específico à disciplina, que enfoca o processo humano-universo-saúde articulado nas estruturas e teorias de enfermagem” (p. 57).

Nesse movimento, a preocupação em estabelecer um método que instrumentalizasse a ação dos enfermeiros em direção ao cuidado individualizado ao cliente vem sendo percebida pela enfermagem há décadas. Desde 1929, nos Estados Unidos, e 1934, no Brasil, os estudos de caso foram introduzidos nas discussões de ensino e práticas. Estes estudos eram compostos, basicamente, pela história da doença, pela evolução da moléstia, pelo tratamento médico e pelos cuidados de enfermagem (Andrade & Vieira, 2005).

As primeiras tentativas de sistematizar o cuidado de enfermagem, por meio da introdução do Processo de Enfermagem (PE) nos serviços de saúde e no ensino de graduação da enfermagem no Brasil, ocorreram no final da década de 1970 e início da década de 1980, com Wanda de Aguiar Horta, e possibilitaram ao enfermeiro a adoção de um método de trabalho sistematizado e baseado no conhecimento científico (Marques, Brito, Fernandes, & Vieira, 2008). A partir de então, buscar construir um corpo de conhecimentos próprio e uma prática independente e autônoma parece representar as mais elevadas aspirações da enfermagem (Cianciarullo, 1987).

Em 1986, o planejamento da assistência de enfermagem passa a ser uma imposição legal, por meio da Lei do Exercício Profissional (Lei 7.498), publicada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), Art. 11, inciso I, alínea c, segundo a qual são privativos do enfermeiro “planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem” (COFEN, 1986).

Engajada no movimento pelo melhor direcionamento de suas ações assistenciais, a enfermagem reforça a importância de se planejar a assistência de enfermagem, quando o COFEN aprova a resolução 272/2002, que foi atualizada pela resolução 358, de 15 de outubro de 2009, a qual traz, em seu Art. 1º, o seguinte: “O Processo de Enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem” (COFEN, 2009, p.2).

Sua importância na enfermagem se dá por ser um modelo metodológico que evoluiu de identificador de problemas e de suas resolutividades para também identificar e classificar os Diagnósticos de Enfermagem, com foco na especificidade prática e nas intervenções reais de enfermagem que visem a resultados e instiguem produções científicas (Santos, Santos, Lopes, Madeira, & Rocha, 2014).

De acordo com a resolução 358/2009, Art. 2º, o PE é um instrumento metodológico e científico, implementado para favorecer a prestação de um cuidado de qualidade, centrado no indivíduo, na família e na coletividade. Organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, a saber: histórico de enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem. A resolução ainda determina fundamentar-se em uma teoria que direcione à elaboração de um instrumento para a coleta de dados, ao planejamento das ações e intervenções de enfermagem e ao estabelecimento de Diagnóstico de Enfermagem, e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados.

No Brasil, Wanda de Aguiar Horta foi responsável pelo emprego do termo e desenvolvimento do PE e o conceituou “como a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas visando à assistência ao ser humano, que se caracteriza pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases” (Horta, 2011).

Assim, o PE tem representado o principal modelo metodológico para o desempenho sistemático da prática profissional, com ênfase no raciocínio diagnóstico e no pensamento crítico, ou um instrumento tecnológico de que se lança mão para favorecer o cuidado, organizar as condições necessárias à realização do cuidado e documentar a prática profissional (Garcia & Nóbrega, 2009), fundamentado em um conjunto de conhecimentos técnicos e baseado em evidências científicas da área da enfermagem. Assim, ele oferece suporte para organizar o processo de trabalho assistencial da enfermagem, tendo como

referência o cuidado centrado nas necessidades do paciente e devendo articular-se a uma teoria de enfermagem.

Sua aplicação nas instituições de saúde apresenta muitos aspectos positivos, como segurança no planejamento, na execução e na avaliação das condutas de enfermagem; individualização da assistência; visibilidade e autonomia para o enfermeiro; diminuição do tempo de hospitalização e, conseqüentemente, economia de recursos (Santos et al., 2014; Mola, Dias, Costa, Fernandes, & Lira, 2019).

Dada à dimensão da problemática em pauta e considerando a necessária adesão dos enfermeiros em busca da qualificação de suas práticas pela adoção de métodos de trabalho embasado cientificamente e capaz de transformar suas realidades, o presente estudo objetivou conhecer o desenvolvimento do processo de implantação do PE em um hospital.

2. METODOLOGIA

O artigo é resultado parcial de uma investigação maior, que teve como objetivo geral identificar o desenvolvimento do PE/Sistematização da Assistência de Enfermagem na Rede de Serviços de Saúde de Campo Grande (MS). O estudo ora apresentado foi desenvolvido no Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP), certificado como hospital de ensino da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

Nesse sentido, a abordagem qualitativa e descritiva de pesquisa delineada pelo método de pesquisa-ação (Thiollent, 2011) foi escolhida como o paradigma metodológico mais adequado para explorar o problema desta pesquisa. Por trabalhar com interação entre pesquisador e participantes, busca identificar um problema em um contexto social/institucional, levantar dados relativos a ele e analisar sua significação, objetivando intervir na prática, no sentido de provocar a transformação. Trata-se, assim, de importante ferramenta metodológica, capaz de aliar teoria e prática por meio de ação que visa transformar determinada realidade. Daí sua importância na área da saúde e enfermagem como instrumento de educação, investigação e mudança (Koerich, Backes, Sousa, Erdmann, & Alburquerque, 2009).

Tais características determinaram a escolha do método, tendo em conta que a implantação do PE ainda não ocorreu a contento, constituindo motivo de grande inquietação/insatisfação dos profissionais que a defendem.

O requisito para o desenvolvimento do estudo foi a formação de um grupo de apoio, com representantes das quatro grandes áreas e/ou linhas de cuidado, que compõem a organização do cuidado no hospital, a saber: adulto, materno-infantil, criança e adolescente e pacientes externos.

Esse grupo recebeu o título de Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem (COMSAE), a qual foi formalmente institucionalizada com a incumbência das formalidades administrativas relacionadas ao funcionamento dos trabalhos os procedimentos de registro detalhado das deliberações ocorridas nos encontros.

O método da pesquisa-ação permitiu um mergulho na realidade de trabalho dos enfermeiros, de forma a promover uma reflexão crítica no modo como aplicavam o PE. Foram percorridas as seguintes etapas da pesquisa-ação: fase exploratória, definição do problema, reconhecimento do lugar da teoria na orientação da prática, hipóteses, seminários, escolha dos sujeitos do estudo (representatividade), coleta de dados, aprendizagem, plano de ação e divulgação externa (Thiollent, 2011). Na execução destas fases, cumpriram-se as características da flexibilidade e a circularidade no desenvolvimento do processo.

Inicialmente, instituiu-se um questionamento com o intuito de provocar um sentimento de incômodo diante da situação de desenvolvimento do PE no hospital, descobrir as expectativas do grupo, realizar o diagnóstico situacional e delimitar os principais problemas e planejamento das ações para resolvê-los.

Mesmo considerando que a pesquisa qualitativa e a pesquisa-ação privilegiam a abordagem empírica (Thiollent, 1986), os encontros sempre foram conduzidos tendo como referência os conhecimentos teóricos em que se fundamenta o PE.

Assim, cada área/linha de cuidado foi chamada para se “olhar no espelho” a partir das seguintes questões norteadoras: Qual a quantidade de PE realizados na unidade, considerando o número de pacientes e de enfermeiros/turnos?; Qual o instrumento aplicado para ao exame físico/histórico?; Quais os critérios utilizados para selecionar o paciente ao qual será aplicado o PE? Como é a forma de registro do PE na unidade?

Essas reflexões foram objeto de apresentações feitas pela COMSAE, promovendo revisões de cunho teórico, para resgate/apropriação de uma teoria de enfermagem que orientasse as

práticas assistenciais do serviço; reconstrução dos instrumentos/formulários que norteavam as ações/intervenções dos enfermeiros em direção à prática de enfermagem centrada nas necessidades do usuário do serviço, na teoria escolhida e cientificamente evidenciada; revisão da taxonomia de diagnóstico aplicada e reconhecimento do sistema de registro do PE na instituição. Esse foi um movimento de ressignificação da prática e projeção dos resultados que seriam alcançados.

Confirmava-se, assim, o pressuposto de que, na pesquisa-ação, os processos de investigação, educação e ação acontecem simultaneamente. A pesquisa-ação assume, então, caráter emancipatório, no qual os sujeitos da pesquisa passam a ter a possibilidade de se libertarem dos mitos e preconceitos que organizam suas defesas, em direção às mudanças desejadas (Barbier, 2002).

Nesses encontros, foi promovido o gradativo amadurecimento dos participantes da COMSAE o suficiente para que pudessem participar do estudo. A escolha dos sujeitos do estudo foi definida na COMSAE e constituída por 87 enfermeiros assistenciais das quatro linhas de cuidado que aceitaram participar da pesquisa e desenvolviam atividades relacionadas ao PE nas unidades de internação. Foram excluídos enfermeiros que participavam da COMSAE, comissões e cargos na alta direção. Para o cumprimento das fases da pesquisa-ação descritas, manteve-se um cronograma de trabalho rigoroso de reuniões, pautado em muitas discussões com os grupos de enfermeiros, o que exigiu muito tempo e dedicação dos pesquisadores.

Esta pesquisa se realizou aplicando-se um instrumento composto de perguntas objetivas e subjetivas (Polit, 2018). As questões contidas no instrumento contemplaram três dimensões: as características sociodemográficas dos participantes; o conhecimento dos enfermeiros sobre o PE e os aspectos estruturais do serviço que facilitavam ou dificultavam sua aplicação em cada área de atuação desses profissionais. No entanto, as questões subjetivas foram objeto de análise deste estudo. Os participantes foram identificados com a letra E seguida do número de ordem, para preservar sua identidade.

A coleta de dados transcorreu em 3 dias consecutivos do mês de fevereiro de 2018, nos três períodos de trabalho do enfermeiro simultaneamente, de forma a evitar a divulgação indevida do conteúdo do instrumento.

Para análise dos conteúdos que emergiram das questões, foi utilizada a técnica da Análise Temática. As questões foram organizadas em seis categorias, que possibilitaram a interpretação das falas dos sujeitos por meio de análise reflexiva dos conteúdos e das inferências dos pesquisadores, segundo propõe Bardin (2011). A análise temática permitiu identificar as seguintes categorias: Conhecimento do enfermeiro sobre o conceito de Sistematização da Assistência de Enfermagem; Etapas do Processo de Enfermagem; Indicação das fases do Processo de Enfermagem aplicadas diariamente; Habilidade na aplicação da classificação de Diagnóstico de Enfermagem; Fragilidades na aplicação do Processo de Enfermagem.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, por meio do parecer.133.907/2017.

3. RESULTADOS

Participaram do estudo 87 enfermeiros, sendo 77% do sexo feminino. A média de idade foi de 40,38 anos. Predominaram aqueles que possuíam entre 6 e 10 anos de formação na graduação em enfermagem, totalizando 36 (41%). Em relação ao tempo de trabalho, 68 (77%) participantes trabalhavam na instituição entre 1 a 5 anos. A maior parte deles era especialista (89%) e apenas 2,64 (3%) eram Mestres. Quanto aos vínculos empregatícios, 75 (85%) participantes trabalhavam apenas naquela instituição.

3.1 Conhecimento do enfermeiro sobre o conceito de Sistematização da Assistência de Enfermagem

A maioria dos participantes (56,8%) trouxe um conceito que se aplicava melhor ao PE e não à Sistematização da Assistência de Enfermagem.

“É um processo que envolve as etapas independentes, porém interligadas de maneira organizada e sistematizada, exigindo do enfermeiro conhecimento teórico-científico.” (E63)

Poucos sujeitos (7%) apresentaram um conceito correto de Sistematização da Assistência de Enfermagem, às vezes aplicando a terminologia implícita na resolução.

“Sistematização da Assistência de Enfermagem é uma forma de organização do serviço para que seja possível a prática do Processo de Enfermagem.” (E27)

3.2 Etapas do Processo de Enfermagem

A maioria dos participantes (53%) relacionou todas as etapas do PE. Porém, um número expressivo deles (39,1%) preencheu de modo incompleto as etapas do PE – não empregando a terminologia e/ou não descrevendo a sequência correta. Houve ainda uma parcela de participantes (2,3%) que respondeu de forma completamente errada esta questão.

“Coleta de dados; Diagnóstico de Enfermagem; planejamento de enfermagem; implementação; avaliação.” (E43)

“Histórico de enfermagem, prescrição de enfermagem.” (E01).

“Levantamento de dados, aplicação do processo, Processo de Enfermagem, avaliação, histórico.” (E71)

3.3 Indicação das fases do Processo de Enfermagem aplicadas diariamente

As etapas histórico, diagnóstico, prescrição e avaliação foram aplicadas por 53% dos participantes do estudo.

“(…) Histórico, diagnóstico, prescrição, evolução.” (E15)

“Quatro etapas: diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. O histórico é realizado na admissão.” (E51)

3.4 Habilidade na aplicação da classificação de Diagnóstico de Enfermagem

Parcela significativa dos participantes (41,38%) declarou possuir habilidade na aplicação da classificação de diagnóstico. Destes, 11 (12,6%) revelaram ter habilidade na aplicação da *North American Nursing Diagnosis Association Internationa* (NANDA-I).

“Não tenho dificuldade para utilizar.” (E55)

“Me sinto confortável para o uso de diagnóstico segundo o NANDA (…).” (E38)

No entanto, a resposta a esta questão revelou fragilidade do conhecimento do conteúdo relacionado à aplicação da classificação do diagnóstico, pois 21 (24,1%) participantes não responderam, e outros 19 (21,8%) declararam não ter habilidade para aplicá-la.

“Dificuldade para encaixar o que foi identificado no paciente dentro das opções propostas.” (E17)

3.5 Fragilidades na aplicação do Processo de Enfermagem

Quando foi solicitado ao participante apontar os aspectos que fragilizam a aplicação do PE em sua área de atuação, 36 (31,32%) deles apontaram deficiência no dimensionamento de pessoal e 17 (14,79%) registraram falta de um sistema de informação que comportasse os registros do PE e, ainda, falta de insumos. Desconhecimento dos profissionais sobre o PE foi apontado por 12 (10,44%) profissionais como fatores que prejudicaram o próprio desempenho.

4. DISCUSSÕES

As características sociodemográficas da amostra permitem inferir que o hospital investigado possui atualmente um maior contingente de profissionais de enfermagem do sexo feminino, adultas jovens, com pouco tempo de formação e de trabalho na instituição, especialistas, compondo uma força de trabalho na área da enfermagem com potencial favorável à implementação do PE de forma ampla e qualificada.

Os enfermeiros, em sua maioria, não distinguem claramente e não aplicam corretamente os conceitos de Sistematização da Assistência de Enfermagem e PE, próprios da profissão, o que sugere falta de preparo deles e retrata um enfraquecimento e uma desarticulação da teoria com a prática, gerando conflitos, que prejudicam tanto o entendimento da assistência de enfermagem, quanto a compreensão das teorias de enfermagem. Porém, as observações do emprego de conceitos de forma descuidada e conflituosa constam na literatura da enfermagem. Passos, Santana e Oliveira (2014), ao questionarem enfermeiros se existia diferença entre PE e Sistematização da Assistência de Enfermagem, observaram que 66,7% dos pesquisados responderam de forma afirmativa, porém a maioria não soube explicar tal distinção. É comum encontrar, na produção científica da enfermagem, iguais conceituações para designar o PE e a Sistematização da Assistência de Enfermagem. Em consequência, muitos pesquisadores acabam por utilizá-las como sinônimos (Oliveira, Almeida, Moreira, & Torres, 2019). Infelizmente, o resultado da análise dos dados no presente estudo não modifica as constatações de outros autores e implica em sugerir a necessidade de discussão sobre a temática, a fim de se buscar um consenso na linguagem, que promova a qualificação e o aprimoramento da enfermagem, levando em conta as constantes atualizações sobre ela e as mudanças que ocorrem no cenário da assistência (Fuly, Leite, & Lima, 2008).

Quanto ao conhecimento dos enfermeiros sobre as etapas do PE, a maioria dos participantes (53%) relacionou as cinco etapas. Foram consideradas corretas as respostas que referiram que o PE era composto pelas seguintes fases: histórico de enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem, conforme estabelecido na resolução do COFEN 358/2009 (COFEN, 2009). Na aplicação do PE, os enfermeiros devem seguir rigorosamente suas etapas, para que se possa dizer realmente que o processo está implantado (Santos et al., 2014). A ausência de uma delas torna o PE incompleto, e ele não pode assim ser denominado como tal. Outros autores, quando buscaram identificar o conhecimento dos enfermeiros sobre as fases do PE, encontraram percentuais mais baixos: 31,5% por Machado et al. (2019) e Félix, Rodrigues e Oliveira (2009) encontraram que 33% dos enfermeiros conheciam todas as fases. Portanto, o resultado obtido no presente estudo se mostrou animador.

Quando tratam da aplicação das fases do PE, os participantes informaram aplicar predominantemente quatro etapas: histórico, diagnóstico, prescrição e avaliação de enfermagem – por vezes aplicando terminologia diferente da encontrada na resolução, como, por exemplo, “coleta de dados” no lugar de “histórico”, “prescrição” no de “planejamento”, e “evolução” ao invés de “avaliação”, mas que foi considerada correta neste estudo. Oliveira, Coelho, Almeida, Lisboa e Macêdo (2012) também encontraram que o PE existia de forma incompleta, detendo-se no uso de um instrumento impresso e diagnósticos e prescrições diárias. Neves e Shimizu (2010) encontraram, com maior frequência, prescrição e histórico, e, com menor frequência, evolução e Diagnóstico de Enfermagem. Assim, a implantação do PE ocorre de forma ainda bastante fragmentada e com necessidade de se promoverem ações para a conscientização da importância da adoção de um método de trabalho que confira cientificidade, especificidade e autonomia ao trabalho do enfermeiro, tendo em vista o fortalecimento de sua capacidade na tomada de decisão.

Ao avançar na busca de uma linguagem própria da enfermagem, chegou-se ao que, hoje, denominam-se taxonomias. A primeira versão foi publicada em 1990, pela NANDA-I, contendo diagnósticos prontos, divididos em domínios, classes e diagnóstico (Mola et al., 2019). A aplicação do PE à prática assistencial no cotidiano implica o domínio dessa linguagem.

Quando foram solicitados a informar sobre a habilidade na aplicação da classificação de diagnóstico 41,38% (36) dos participantes declararam possuir habilidade, com destaque

para a aplicação da NANDA-I. No entanto, outros 45,9% (40) revelaram não terem habilidade para aplicar a classificação, denotando fragilidade do grupo, em termos do conhecimento do conteúdo relacionado à aplicação da classificação do diagnóstico. O diagnóstico é inerente à aplicação do PE, pois organiza e sistematiza o julgamento clínico, tendo em vista a tomada de decisão que subsidia a execução do cuidado e possibilita sua avaliação. Esses resultados ainda indicam a necessidade de providências imediatas, em termos de qualificação desses profissionais para prosseguir na implementação do PE, no âmbito do hospital. O uso dos diagnósticos direciona/prioriza a assistência de enfermagem para as necessidades de cada cliente; facilita a escolha de intervenções mais adequadas e urgentes; registra, de forma objetiva, as reações do cliente e permite a subsequente avaliação dos cuidados de enfermagem (Lopes, 2000; Neves & Shimizu, 2010).

Em relação aos aspectos que fragilizam a aplicação do PE, 31,32% dos enfermeiros apontaram deficiência no dimensionamento de pessoal; outros 14,79 % registraram a falta de um sistema de informação que comporte todas as etapas dos registros do PE, visto que, no hospital em estudo, parte do PE é registrada manualmente, em formulários impressos, e parte é registrada no sistema de informação. Foi preocupante o fato de o desconhecimento dos profissionais do PE ter sido apontado por 12 (10,44%) profissionais, como causa de prejuízo à aplicação do PE. Em outros estudos, foi assinalado que o dimensionamento inadequado de pessoal e o não estabelecimento de prioridades na organização do processo de trabalho são dificuldades para a implantação do PE (Machado et al., 2019; Santos et al., 2014). Os resultados do presente estudo se aproximaram dos relatados por estes autores, evidenciando que as dificuldades encontradas não são locais.

A execução do PE conta com amparo de legislação específica, trabalhada na formação do enfermeiro desde a academia. Porém os profissionais ainda encontram dificuldades em cumprir todas as etapas, e algumas foram registradas pelos enfermeiros participantes desse estudo. A não aplicação do método de forma integral leva à fragmentação do cuidado oferecido ao paciente e limita a ação de planejamento de uma assistência resolutiva e que contemple a integralidade do cuidado, além de inviabilizar a realização da experiência de aplicação do método e da crença na aplicação do mesmo.

5. CONCLUSÕES

O estudo revelou que o conhecimento dos enfermeiros em relação aos conceitos próprios da profissão é frágil, apresentando por vezes equívoco na aplicação dos conceitos de

Processo de Enfermagem e Sistematização da Assistência de Enfermagem. Essa dificuldade com a aplicação dos conceitos é reconhecida na literatura de enfermagem.

A maioria dos enfermeiros indicou as cinco fases propostas para a aplicação do Processo de Enfermagem, porém foi registrado o emprego de denominações diferentes das propostas na legislação de enfermagem. Quando se tratou da aplicação dessas etapas, a informação predominante foi de que eram aplicadas quatro delas.

Ao apresentarem respostas sobre possuir habilidade para aplicação da classificação de diagnóstico, a maioria revelou não tê-la, denotando fragilidade dos participantes em termos do conhecimento desse conteúdo. Foram encontradas deficiência no dimensionamento de pessoal e sobrecarga de trabalho como fatores que prejudicam o desempenho dos enfermeiros. Também faltava um sistema de informação que comportasse todas as etapas dos registros do Processo de Enfermagem. Estas colocações evidenciam a necessidade de se (re)conhecer a estrutura institucional na qual o Processo de Enfermagem está implantado e garantir algumas condições, como, por exemplo, número suficiente de enfermeiros para essa prática.

Considerando o estágio de desenvolvimento da implantação do Processo de Enfermagem no hospital em estudo, o grupo de enfermeiros precisa buscar caminhos que possam lhes ajudar a sensibilizar as chefias de enfermagem e a diretoria do hospital para que acreditem que o Processo de Enfermagem constitui a estratégia mais adequada para promover a melhora da qualidade da assistência de enfermagem ao paciente. Deve também promover a valorização dos profissionais de enfermagem.

Este estudo possibilitou evidenciar a importância da utilização da pesquisa-ação como estratégia que induz o reconhecimento dos problemas relacionados à aplicação do Processo de Enfermagem na prática assistencial dos enfermeiros e contribuiu para o desenvolvimento do conhecimento e habilidades dos participantes da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Acreditamos na potencialidade das estratégias que fortalecem as práticas de integração entre ensino e serviço e o uso da metodologia da pesquisa-ação como estratégia de aproximação entre os pesquisadores e os enfermeiros do hospital. Esperamos contribuir para a implementação do Processo de Enfermagem no serviço envolvido no estudo.

Pesquisas como esta são importantes por demonstrarem as aproximações possíveis da prática do enfermeiro, bem como a necessidade de fortalecimento de seu papel na promoção da qualidade do cuidado. Deve haver mais envolvimento institucional, oferecendo apoio para que a configuração dos processos de trabalho da enfermagem seja favorável às melhores práticas.

6. REFERÊNCIAS

- Andrade, J. S., & Vieira, M. J. (2005). Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(3), 261-265.
- Barbier, R. (2002). *A pesquisa-ação*. Brasília, DF: Plano.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Barret, E. A. M. (2002). What is nursing science? *Nursing Science Quarterly*, 15(1), 51-60.
- Carper, B. A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advance in Nursing Sicence*, 1(1), 13-24.
- Cianciarullo, T. I. (1987). Teoria das necessidades humanas básicas – um marco indelével na enfermagem brasileira. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 21, 100-107.
- Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). (2009). *Resolução COFEN-358/2009*. Brasília, DF: COFEN. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html
- Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). (1986). *Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986*. Brasília, DF: Diário Oficial da União. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html
- Félix, N. N., Rodrigues, C. D. S., & Oliveira, V. D. C. (2009). Desafios encontrados na realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em unidade de pronto atendimento. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 16(4), 155-160.
- Friedlander, M. R. (1981). O processo de enfermagem ontem, hoje e amanhã. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 75(2), 129-134.
- Fuly, P. S. C., Leite, J. L., & Lima, S. B. S. (2008). Correntes de pensamento nacionais sobre sistematização da assistência de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(6), 883-887.
- Garcia, T. R., & Nóbrega, M. M. L. (2009). Processo de Enfermagem: da teoria à prática. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 13(1), 188-193.
- Horta, W. A. (2011). *Processo de Enfermagem*. 14 ed. São Paulo: EPU.
- Koerich, M. S., Backes, D. S., Sousa, F. G. M., Erdmann, A. L., & Alburquerque, G. L. (2009). Pesquisa-ação: ferramenta metodológica para a pesquisa qualitativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 11(3), 717-723.
- Lopes, M. H. B. de M. (2000). Experiência de implantação do Processo de Enfermagem utilizando os Diagnósticos de Enfermagem (taxonomia da Nanda), resultados esperados, intervenções e problemas colaborativos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 8(3), 115-118.
- Machado, J. P. C., Silva, D. M., Souza, E., Pedron, C. D., Gallash, C. H., & Thiengo, P. C. da S. (2019). Percepção de enfermeiros de unidade de internação clínica sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem. *Revista Nursing*, 22(257), 3220-3225.
- Marques, S. M., Brito, K. C. G.; Fernandes, C. M., & Vieira, A. G. (2008). Sistematização da assistência de enfermagem na UTI: perspectivas dos enfermeiros da cidade de Governador Valadares. *Reme – Revista*

Mineira de Enfermagem, 12(4), 469-476.

McEwen, M., & Wills, E. M. (2016). *Bases teóricas de enfermagem*. 4 ed.. Porto Alegre, RS: Artmed.

Mola, R., Dias, M. L., Costa, J. F., Fernandes, F. E. C. V., & Lira, G. G. (2019). Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a sistematização da assistência de enfermagem. *Revista Cuidado é Fundamental*, 11(4), 887-893.

Neves, R. de S., & Shimizu, H. E. (2010). Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(2), 222-229.

Oliveira, M. R., Almeida, P. C., Moreira, T. M. M., & Torres, R. A. M. (2019). Nursing care systematization: perceptions and knowledge of the Brazilian nursing. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(6), 1547-1553.

Oliveira, A. P. C., Coelho, M. E. A. A., Almeida, V. C. F., Lisboa, K. W. S. C., & Macêdo, A. L. S. (2012). Sistematização da assistência de enfermagem: implementação em uma unidade de terapia intensiva. *Revista Rene*, 13(3), 601-612.

Passos, K. dos S., Santana, M. O., & Oliveira, C. G. S. de. (2014). Percepção dos enfermeiros na implantação da sistematização da assistência de enfermagem em um hospital filantrópico. *Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente*, 2(3), 53-62.

Polit, D. F. (2018). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem avaliação de evidências para a prática da enfermagem* (9 ed.). Porto Alegre: ArtMed.

Santos, W. N. dos, Santos, A. M., Lopes, T. R. P., Madeira, M. Z., & Rocha, F. C. (2014). Sistematização da Assistência de Enfermagem: o contexto histórico, o processo e obstáculos da implantação. *Journal of Management and Primary Health Care*, 5(2), 153-158.

Thiollent, M. (2011). *Pesquisa-ação nas organizações*. São Paulo: Cortez.

Thiollent, M. (1986). *Metodologia da pesquisa-Ação*. São Paulo: Cortez.

LITERACIA EM SAÚDE E CUIDADOS PÓS-INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

Vanessa Piccinin Paz¹, Maria de Fátima Mantovani¹, Nen Nalú Alves das Mercês¹, Verónica de Azevedo Mazza¹ e Ângela T. Mattei da Silva¹

¹Universidade Federal do Paraná, Brasil. vanessa.piccinin7@gmail.com; mfatimamantovani@ufpr.br; nennalu@ufpr.br; mazzas@ufpr.br; angelataismattei@gmail.com

Resumo. Introdução: O infarto do miocárdio (IAM) é uma das principais complicações cardiovasculares e requer tratamento imediato para evitar pior prognóstico. A busca pelo cuidado à saúde realizada pelas pessoas infartadas relaciona-se com a forma com que elas vivenciam e compreendem o adoecimento e o quanto este adoecer impacta na sua rotina de vida. Objetivos: Relacionar o conhecimento e o cuidado das pessoas pós IAM, com a literacia em saúde. Método: pesquisa qualitativa descritiva, realizada no período de fevereiro a maio de 2018 com 12 adultos jovens. Na coleta de dados foi utilizado um questionário semiestruturado, roteiro de entrevista e diário de campo. Para o tratamento dos dados, utilizou-se um software de pesquisa qualitativa, para posterior análise do conteúdo. Resultados: após a análise surgiram seis classes, sendo escolhido para apresentação a classe nominada como e “(Des)conhecimento e (Des)cuidado em relação a Literacia em saúde. Conclusões: A baixa literacia em saúde, está diretamente relacionada com o entendimento que as pessoas possuem sobre a sua doença e a relação com o cuidado, vindo a influenciar na percepção que elas tem sobre a gravidade da doença e consequentemente na busca pelos serviços de saúde.

Palavras-chave: Infarto Agudo do Miocárdio; Saúde do Adulto; Doença Crônica.

HEALTH LITERACY AND MYOCARDIAL ACUTE POST-INFARCTION CARE

Abstract. Introduction: Myocardial infarction (AMI) is one of the main cardiovascular complications and requires immediate treatment to avoid a worse prognosis. The search for health care carried out by infarcted people is related to the way they experience and understand the illness and how much it affects their routine of life. Objectives: To relate the knowledge and care of post-AMI people to health literacy. Method: qualitative descriptive research, carried out from February to May 2018 with 12 young adults. For data collection, a semi-structured questionnaire, interview script and field diary were used. For the treatment of the data, a qualitative research software was used, for later analysis of the content. Results: after the analysis, six classes emerged, and the class named “e (Un) knowledge and (Un) care in relation to Health Literacy was chosen for presentation. Conclusions. Low health literacy is directly related to the understanding that people have about their disease and the relationship with care, influencing their perception of the severity of the disease and, consequently, the search for health services.

Keywords: Acute Myocardial Infarction; Adult Health; Chronic disease.

1. INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCVs) são um grupo de doenças responsáveis por ocasionar 18,3 mortes a cada 100.000 pessoas, e dentre elas destaca-se o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) (Santos et al., 2018). O IAM é uma doença incapacitante que atinge as faixas etárias mais elevadas, porém, devido às mudanças no estilo de vida das pessoas, associadas ou não ao componente genético, essa doença também pode acometer adultos jovens em idade

produtiva (Lima, Silva, Mendonça, Moura, & Mattos, 2018; Goes, Barreto Filho, & Barreto, 2016).

Essa realidade pode ser explicada pela mudança no estilo de vida das pessoas, relacionado a hábitos e comportamentos pouco saudáveis, que colaboram para o desenvolvimento de doenças como a hipertensão arterial associada ou não com o diabetes mellitus, as quais podem estar direta ou indiretamente relacionadas a episódios de IAM (Zangirolani, Assumpção, Medeiros, & Barros, 2018).

As consequências geradas pelo IAM podem desencadear alterações físicas e psicológicas que perduram por um longo tempo após o evento agudo, fato, que leva as pessoas acometidas a refletirem sobre sua finitude, gerando sentimentos de angústia e medo (Vieira, Souza, Cavalcante, Carvalho, & Almeida, 2017).

As mudanças ocasionadas pelo IAM interferem na qualidade de vida das pessoas acometidas influenciando na execução das suas atividades rotineiras (Passinho, Sipolatti, & Fioresi, 2018). Embora, exista a necessidade da manutenção do controle dos fatores de risco e adesão terapêutica, observou-se na literatura que após o evento cardíaco, as pessoas apresentam resistência em dar continuidade ao tratamento no domicílio, por não aderirem ao uso terapêutico da medicação ou não manterem um estilo de vida mais saudável (Reveles, Simões, & Ferreira, 2018).

Uma vez que a concepção de saúde das pessoas se constrói ao longo da vida, por meio das experiências e estão atreladas as crenças, ideias, valores, aspectos emocionais e na forma que buscam compreender a sua doença, a decisão para agir depende da combinação da compreensão que elas possuem em relação a sua vulnerabilidade e a sua associação sobre o entendimento da gravidade da doença, para então conseguirem perceber os benefícios obtidos diante da realização das medidas de prevenção (Coelho, Barros, Matheus, & Domingues, 2016).

O conhecimento das alterações causadas pelo IAM pode auxiliar na redução dos fatores de riscos, na identificação precoce dos sinais e sintomas, e na busca aos serviços de saúde antes do agravamento do quadro clínico (Reveles et al., 2018). Diante disso a identificação do nível de conhecimento das pessoas com doenças crônicas e os cuidados necessários para a prevenção de complicações permite que sejam traçadas estratégias de intervenções

educativas, com o objetivo de preencher esta lacuna, independentemente do nível de educação formal (Araújo, Jesus, Teixeira, Cunha, Santos, & Miranda, 2018).

Ademais, a elaboração de estratégias integradas e sustentáveis de prevenção e controle da doença podem auxiliar para a melhor auto percepção da saúde e melhor enfrentamento pelos pacientes (Lima et al., 2018).

Embora as pessoas considerem o episódio agudo do infarto como um evento estressor, marcado por sentimentos de angústia e medo, estas permanecem com os mesmos hábitos que resultaram no desencadeamento do evento crítico, mediante esse fato, questiona-se: a falta de conhecimento em relação aos cuidados com a saúde após o IAM, contribui para que as pessoas mantenham comportamentos de risco para a saúde?

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho é: Relacionar o conhecimento da doença e cuidado pós IAM com a literacia em saúde.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo descritivo, derivado de uma dissertação de mestrado, que seguiu as diretrizes do “Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research” (COREQ). Participaram da pesquisa 12 adultos de ambos os sexos, na faixa etária de 18 a 65 anos, acometidos por IAM, no período de fevereiro a maio de 2018, tendo como critérios de inclusão: ter diagnóstico de IAM em prontuário, sendo confirmado por familiar ou pelo participante, ser morador do município de desenvolvimento da pesquisa, ter sido atendido em uma unidade de pronto atendimento e transferido para o hospital de referência em cardiologia. Para a exclusão utilizou-se o Mini-exame do Estado Mental (Mini-Mental), tendo como ponto de corte a pontuação mínima requerida de 13 para analfabetos, 18 para baixa e média escolaridade e 26 para a alta escolaridade, consideram-se como baixa escolaridade os valores de um a quatro; média escolaridade, de quatro a oito anos incompletos; e alta escolaridade com mais de oito anos (Bertolucci, Brucki, Campacci, & Juliano, 1994).

Para a seleção dos participantes, a pesquisadora principal verificava diariamente a lista de internamento e transferência do setor de Serviço de Arquivo Médico das Unidades de Pronto Atendimento do município. Após a identificação dos possíveis participantes pela constatação diagnóstica obtida na ficha de atendimento ambulatorial on-line, foi realizado o contato

telefônico e agendamento de uma visita domiciliar com a finalidade de apresentar o projeto de pesquisa, em local, data e horário definido pelo participante.

Para a coleta de dados utilizou-se de um formulário semiestruturado que contemplou variáveis sociodemográficas, clínicas e os hábitos de vida dos participantes. Também se utilizou de um roteiro de entrevista com 10 questões abertas e o diário de campo, no qual foram anotados aspectos sobre o ambiente físico, interação familiar e respostas verbais e não verbais. As entrevistas foram gravadas pela pesquisadora, com o consentimento prévio dos entrevistados e tiveram duração média de uma hora.

Após a transcrição e leitura das entrevistas na íntegra, utilizou-se como apoio para a análise de conteúdo o *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ_0.6-alpha3®), para a codificação dos dados.

A caracterização dos participantes foi apresentada por meio de tabelas e analisada por meio de estatística descritiva com auxílio do Microsoft Excel® 2010. Para análise lexical, realizou-se a leitura dos relatos dos participantes com vistas ao entendimento, para posterior fragmentação e construção do *corpus* textual, bem como para inserção no *software* de análise o IRAMUTEQ_0.6-alpha3®. A análise de conteúdo dos depoimentos foi realizada de acordo com as etapas propostas por Creswell (2014): 1) pré-análise, 2) exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados e 3) interpretação.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas no estado do Paraná e aprovado sob parecer nº 3.178.58. Todas as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde foram atendidas. Para a realização do estudo, obteve-se o termo de autorização da Secretaria Municipal de Saúde da cidade em que se deu o estudo. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após a transcrição integral do conteúdo das entrevistas, uma cópia foi entregue ao participante para leitura prévia do material e a confirmação ou retificação de algum trecho lido. As informações coletadas foram mantidas em anonimato; e o nome do participante, substituído por um código identificador, com a utilização da letra EP (entrevista/participante) seguida por um número arábico em ordem crescente (EP_1, EP_2...).

A pesquisa foi desenvolvida no domicílio do participante, em local reservado, sem a presença de outras pessoas, excetuando-se os casos em que o participante o solicitou.

3. RESULTADOS

As transcrições das entrevistas possibilitaram um *corpus* geral constituído por doze textos, separados em 226 segmentos de texto com aproveitamento de 81,42%. O conteúdo analisado foi categorizado em seis classes, divididas em dois subcorpus.

A classe escolhida para apresentação deste trabalho foi nominada como (des)conhecimento e o (des)cuidado das pessoas pós IAM, em relação a literacia. Os participantes foram quatro mulheres e oito homens com idade variando entre 36 a 65 anos, os quais possuíam renda maior que dois salários mínimos, casados ou com união estável, com menos de três filhos. Dois participantes não eram alfabetizados. Em relação aos hábitos de vida, oito participantes, antes do IAM, faziam uso de bebida alcoólica, dois fumavam e todos não praticavam atividades físicas.

Com base nos depoimentos observou-se o desconhecimento relacionado aos sinais e sintomas do IAM, assim como a negação da gravidade do quadro clínico. No relato de EP_7 verifica-se que apesar de já ter vivenciado a experiência de um IAM, apresentou dificuldades em relacionar os sinais e sintomas do novo episódio.

Além disso, percebe-se a falta de conhecimento em relação à doença e aos cuidados necessários com a sua saúde no domicílio, pois, há relatos de medo e insegurança com a terapêutica medicamentosa após a alta, sentimentos de ansiedade e angústias por não saberem como lidar com os desafios impostos pela doença.

“A primeira ameaça de infarto, estava trabalhando, [...] nem percebi que era uma ameaça de infarto, passei mal, dor no peito, e a dor não passava” (EP_7).

“Se tivesse a ideia do que iria acontecer, teria ido antes consultar, porque é muito ruim desse jeito. Faz 90 dias que fiz a cirurgia cardíaca e ainda não sei se os medicamentos estão adequados ou o que está acontecendo [...]” (EP_5).

“não tinha noção de tanta coisa de que o meu coração tinha um lesão, achava que era só uma veia entupida. [...] vou ter agora que tomar medicamento, eu odeio tomar medicamento, mas vou ter que tomar” (EP_12).

Já no depoimento de EP_11, o infarto era visto como algo distante de sua realidade, por ser uma pessoa jovem, e quando este foi acometido pelo evento cardíaco ficou surpreso, referiu não ter noção das ações terapêuticas realizadas na instituição hospitalar, apenas fazia o que lhe era solicitado.

“Antes do infarto, nunca tinha ficado internado, às vezes via na TV pessoas que infartaram, mas você não tinha noção de que podia acontecer comigo, então não dava importância, mudava o canal. [...] Na verdade, não me preocupei porque não tinha noção do que estava acontecendo, nem sabia o que tinha feito no hospital. Não tinha noção do que era. O médico disse que tinha 40 por cento do coração comprometido e que era uma pessoa nova, e era para me cuidar” (EP_11).

Por não saber como lidar com a situação EP_11, preferiu seguir as orientações da equipe médica sem questioná-las ou participar do planejamento terapêutico, e assim desconhecia quais procedimentos haviam sido realizados na instituição hospitalar, tornando-se um expectador passivo, desvinculando-se da responsabilidade na tomada das decisões a respeito do seu tratamento.

Após o evento cardíaco e o retorno ao domicílio, os participantes precisam manter alguns cuidados com a saúde, sendo estes relacionados à mudança de hábitos e ao uso de medicações contínuas. Por meio dos depoimentos verificou-se que alguns pacientes tinham dificuldades em dar continuidade ao tratamento domiciliar, como elencado no relato de EP_9, que apesar das orientações médicas e o histórico familiar, deixava de tomar a medicação prescrita para fazer uso de chás.

“Descobri a pressão alta quando tinha 45 anos e tive que tomar medicamento. Sentia muita dor de cabeça, a pressão estava alta. Minha mãe tem, então comecei a acompanhar com o médico, que orientou a tomar o medicamento certo. Não podia atrasar, porque era grave, mas muitas vezes deixava de tomar, tomava chá de chuchu e a pressão baixava” (EP_9).

Nos depoimentos de EP_7 e EP_10, constata-se que os mesmos faziam uso irregular da terapia medicamentosa, ou seja, o uso da medicação ocorria no momento que vinham a apresentar algum sinal ou sintoma de mal estar, os quais correlacionavam a experiência anterior do infarto, então retornavam ao uso da medicação.

“Saiu à consulta com o cardiologista, fiz exames e me encaminhou para investigação, foi de 2009 até 2011 e não saiu a investigação. No ano 2011, comecei a passar mal, tinha parado o medicamento, então voltei a tomar” (EP_7).

Às vezes, eu ficava quatro dias sem tomar nenhum medicamento e quando ia medir, a pressão estava alta. Acredito que tenha a ver com a alimentação salgada, e comia muito fast-food, exagerava no sal dos alimentos, gostava de linguiça no churrasco e comia uma grande quantidade de comida” (EP_10).

Além da não adesão ao tratamento medicamentoso, os hábitos alimentares permissivos persistiam mesmo após o diagnóstico da doença, vindo a agravar o quadro clínico do participante, como pode ser evidenciado no relato de EP_10.

Nos relatos de EP_8 e EP_9, percebe-se que mesmo depois do evento cardíaco, os participantes não procuraram dar continuidade ao tratamento e não compareceram as consultas médicas, o que resultou no agravamento do quadro clínico e um novo episódio de infarto.

“tem muita gente que chega morta. Depois do infarto comecei a tomar medicamento. O segundo infarto faz 1 mês, demorei para voltar no médico. Depois do primeiro infarto não fui mais” (EP_8).

“antes do infarto a minha vida era trabalhar e fazer festa, bebia e curtia a vida, em casa gosto de tomar chá da horta agora tenho que me cuidar não gosto de médico, ir, fiquei 2 anos e não fui mais depois do primeiro infarto não voltei no médico” (EP_9).

4. DISCUSSÃO

Nesta pesquisa identificou-se a baixa literacia em saúde em relação aos sinais e sintomas do infarto, assim como a dificuldade em dar continuidade à terapêutica no domicílio e em manter hábitos de vida saudáveis.

A dificuldade das pessoas em interpretar os sinais e sintomas, e a negação da gravidade do evento cardíaco, vão ao encontro com a literatura pesquisada, num estudo realizado na Turquia, com 600 pacientes no ano de 2012, no qual se observou que apesar dos sintomas apresentados, o tempo de atraso pré-hospitalar teve uma variação de 15min há 10 dias, sendo que 33,3% dos participantes não deram importância às queixas iniciais em andamento, o que pode levar ao agravamento do quadro clínico (Koc, Durna, & Akin, 2017).

Além disso, o IAM leva as pessoas a modificarem seus hábitos de vida de forma abrupta, em função do adoecimento e das restrições imposta pela doença, pois, conforme relato dos participantes, “não se sentiam doentes”, logo, a forma que compreendem o processo de adoecimento, interfere na maneira que interpretam seus sinais e sintomas (Gyberg, Björck, Nielsen, Määttä, & Falk, 2016), consequentemente valorizando ou não as queixas iniciais.

Em estudo realizado num serviço de cardiologia, no período de 2013 a 2015, em homens que tiveram IAM, os autores perceberam que a intensa sobrecarga sensorial, imposta as pessoas no momento do IAM, gerou conflitos emocionais, em relação ao surgimento da doença, medo da morte e a preocupação com seus familiares, pois, as pessoas não estavam esperando adoecer e ter seus hábitos de vida modificados repentinamente em função do adoecimento (Vieira et al., 2017).

A dificuldade de gerenciar a doença e lidar com suas limitações interfere no planejamento de ações para o cuidado implicando em perda da qualidade de vida (Ammouri, Kamanyires, Raddaha, Achora, & Obeidat, 2017). Logo, a identificação dos sinais e sintomas da doença esta diretamente correlacionada com o grau de conhecimento ou da literacia em saúde, que a pessoa possui em relação ao processo saúde-doença, como fica evidenciado num estudo realizado por Lima et al. (2019), no período de maio a agosto de 2018, com 49 pacientes adultos, que procuraram avaliar o nível de conhecimento das pessoas em relação à doença arterial coronariana, verificaram que os participantes apresentaram conhecimento bom (16,3%), aceitável (38,7%), pouco (26,5%) e insuficiente (18,3%), portanto, a população estudada apresentou pouco conhecimento em relação à doença, evidenciando a necessidade de reestruturar os processos educativos voltados para esta população.

Deste modo, uma das estratégias existentes para auxiliar na identificação dos sinais e sintomas do IAM, de forma mais precoce, é a educação em saúde, ou seja, pela literacia em saúde, a qual contribui para o empoderamento das pessoas tornando-as participantes ativas do processo de cuidado, por meio da autogestão. Pois, a partir do momento em que elas conhecem suas potencialidades e limitações em relação à doença, bem como os sinais e sintomas, elas podem obter melhor qualidade de vida, vindo a ser fundamental para a promoção e manutenção do cuidado (Balsas, Silveira, Bilro, & Marques, 2017).

Quando as pessoas compreendem à sua condição de saúde, tendem a melhorar a adesão ao tratamento e conseqüentemente à qualidade e estilo de vida. Portanto, pode-se enfatizar que a literacia em saúde, consiste num processo dinâmico, no qual as pessoas tornam-se participantes ativos na tomada de decisão, e passam a assumir a responsabilidade sobre a sua terapêutica (Loreiro, Mendes, Barroso, Santos, Oliveira, & Ferreira, 2012).

Além disso, as pessoas que tem dificuldades em entender e utilizar as informações estão sujeitas, no momento em que enfrentam problemas de saúde, a terem dificuldade ou não conseguirem os gerenciar de maneira eficaz, fato que contribui para o alto índice de hospitalizações prolongadas e, onerosas para o sistema de saúde, devido à exacerbação ou complicação das doenças crônicas, como o IAM (Direção Geral da Saúde, 2016).

Em alguns relatos dos depoentes, observou-se que o IAM não foi um evento primário, já que estes, não cumpriam com as orientações relacionadas à mudança no estilo de vida, adesão medicamentosa e comparecimento às consultas médicas, vindo a desencadear um novo infarto.

Em estudo realizado com 10 pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio, no Sul do Brasil, observou-se que os significados atribuídos ao processo de adoecer e a cirurgia para pacientes pós-cirúrgicos, contemplavam dificuldades de apropriação do quadro da doença e a surpresa diante da necessidade de ser submetido a um procedimento cirúrgico, assim como, tinham dúvidas em relação à severidade da situação, pois, consideravam-se jovens, portanto inatingíveis por qualquer adoecimento (Camponogara, Silveira, & Cielo, 2014) o que também foi evidenciado nesta pesquisa.

A informação, por si só, não modifica a maneira de auto cuidar-se, já que os participantes assumem riscos, mais ou menos conscientes, que resultam na dificuldade de adesão a um estilo de vida mais saudável, e também interferem na busca pelo cuidado à saúde (Máximo, Souza, & Freitas, 2015).

Em estudo realizado, no Brasil, de janeiro a dezembro de 2016, com 100 pacientes diagnosticados com insuficiência cardíaca descompensada, no momento da alta hospitalar, observou-se que 11% dos pacientes apresentaram adequada literacia em saúde, sendo 21% categorizados em literacia marginal e 68% tinham literacia em saúde inadequada. Em relação à adesão medicamentosa e barreiras para a terapêutica, após 90 dias da alta hospitalar com 95 pacientes, observou-se que 41,1% apresentaram baixa adesão medicamentosa, a qual estava associada com inadequada literacia em saúde, o que também se evidenciou em relação à reinternação e óbito, no qual pacientes com inadequada literacia em saúde apresentaram maiores percentuais (Oscalices, Okuno, Lopes, Batista, & Campanhor, 2019).

A não adesão medicamentosa desempenha importante papel nas complicações e agudizações das condições crônicas, resultando em atendimentos de emergência e hospitalizações (Kripalani, Goggins, Nwosu, Schildcrout, Mixon, McNaughton, Scott, & Wallston, 2015). Fato corroborado também por um estudo realizado no Tennessee (EUA), o qual observou que 70,7% das pessoas com síndrome coronária aguda ou insuficiência cardíaca aguda, após a alta hospitalar, indicaram algum grau de não adesão aos medicamentos em períodos que antecederam a reinternação, assim como observado nesta pesquisa.

A literatura pesquisada corrobora com os dados encontrados na pesquisa, pois a baixa literacia em saúde está relacionada a problemas de entendimento por parte da pessoa acometida, em relação ao seu estado de saúde (ou falta dele), podendo ainda, estar

associada a menor procura pelos serviços de saúde, escolhas de vida menos saudáveis, baixa adesão à terapêutica e pior entendimento sobre sua utilização, acarretando em problemas na autogestão da doença e maior índice de internação hospitalar e mortalidade (Oscalices et al., 2019), o que também foi identificado nos depoimentos, já que numa parcela dos participantes, o evento cardiológico não era mais primário.

Sendo assim, ressalta-se que a alfabetização em saúde se estende além do ambiente hospitalar onde os cuidados de saúde são prestados, pois engloba a forma como as pessoas se relacionam e a trajetória que percorrem na busca pelo autocuidado (Magnani et al., 2018), sendo está, construída por meio das experiências vivenciadas, a qual sofre influencia das crenças, valores e hábitos de vida, incorporados ao longo da sua existência, vindo a repercutir na forma pela qual elas buscam compreender a sua doença e aderir ao tratamento, assim como podem interferir na busca pelos serviços de saúde (Coelho et al., 2016).

5. CONCLUSÕES

Verificou-se que a baixa literacia em saúde influenciou na busca pelo cuidado com a saúde e na percepção da gravidade dos sinais e sintomas, além disso, resultou na dificuldade na adesão terapêutica.

Por meio dos depoimentos, foi possível perceber a dificuldade dos participantes em compreender que o cuidado deve ir além da agudização, sendo necessário que os profissionais de saúde, conheçam as crenças, valores e o contexto em que as pessoas estão inseridas, a fim de construir um vínculo de confiança e respeito, e estabelecer uma relação de apoio continuado fortalecendo o autocuidado, tornando-os participantes ativos do processo de cuidar.

Assim a metodologia empregada permitiu uma visão mais ampla sobre os dados encontrados, possibilitando identificar a vivência, as representações e o conhecimento das pessoas sobre a sua doença, sendo capaz de auxiliar no planejamento do cuidado e, possivelmente, na prevenção de complicações associadas, assim como melhorar a adesão ao tratamento, já que quanto maior o conhecimento em relação a sua doença, maior tende a ser a sua confiança e segurança para realizar o autocuidado.

6. REFERÊNCIAS

- Ammouri, A. A., Kamanyires, J.cK., Raddaha, A. H. A., Achora, S., & Obeidat, A. A. (2017). Another Chance at life: Jordanian patients' experience of going through a myocardial infarction. *Research and theory for nursing practice: An international journal*, 31(4), 334-338.
- Araújo, I. M. B., Jesus, A. F., Teixeira, M. L., Cunha, A. R. S., Santos, F. M. S., & Miranda, S. R. F. (2018). Literacia em saúde de utentes com hipertensão e diabetes de uma região do norte de Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(18), 73-82.
- Balsas, A. M., Silveira, S. M., Bilro, A. S., & Marques, M. C. (2017) Gestión de autocuidado del paciente con insuficiencia cardiaca: intervención de enfermería revisión integradora. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 3(2), 967-980
- Bertolucci, P. H. F., Brucki, S. M. D., Campacci, S. R., & Juliano, Y. (1994). O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arquivo de Neuropsiquiatria*, 52(1), 1-7.
- Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2013). IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*, 21(2), 513-518
- Camponogara, S., Silveira, M., & Cielo, C. (2014) Percepções de pacientes submetidos à cirurgia cardiovascular sobre o adoecimento. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, 4(1), 933-1003.
- Coelho, A. C., Barros, A. L. B. L., Matheus, M. C. C., & Domingues, T. A. M. (2016). Crenças, valores e atitudes dos familiares conviventes com pacientes coronariopatas. *Revista Mineira de Enfermagem*, 20, e980.
- Creswell, J. W. (2014). *Investigação Qualitativa: Projeto de Pesquisa escolhendo entre cinco abordagens* (3rd ed.). São Paulo: Editora: Penso.
- Direção Geral da Saúde. Direção de Serviços de Informação e Análise. (2016). *A saúde dos portugueses*. Lisboa, Portugal.
- Gois, R. B. S. de. M., Filho Barreto, J. A. S., & Barreto, R. A. (2016). Mudança de estilo de vida em situações de risco cardiovascular. *Estudos de psicanálise*, 45, 129-138.
- Gyberg, A., Björck, L., Nielsen, S., Määttä, S., & Falk, K. (2016). Women's help-seeking behaviour during a first acute myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30, 670-677.
- Koc, S., Durna, Z., & Akin, S. (2017). Interpretation of symptoms as a cause of delays in patients with acute myocardial infarction, Istabul, Turkey. *Eastern Mediterranean Health Journal La Revue de Santé de la Méditerranée orientale*, 23(4), 287-294.
- Kripalani, S., Goggins, K., Nwosu, S. Schildcrout, J., Mixon, A.S., McNaughton, C., McDougald, S., & Wallston, K.A. (2015). Medication Non-Adherence before Hospitalization for Acute Cardiac Events. *Journal of Health Communication*, 20(suppl 2), 34-42.
- Lima, D. M. de., Silva, D. P. da., Mendonça, I. O., Moura, N. S., & Mattos, R. T. de. J. (2018). Fatores preditores para infarto agudo do miocárdio (IAM) em adultos jovens. *Ciências Biológicas e da Saúde*. 5(1):203-216.
- Lima, F. M. A., Marques, A., Bocchi, S. C. M., Teixeira, T. R. F., Jamas, M. T., & Avila, M. A. G. (2019). Conhecimento de pacientes sobre a doença arterial coronariana. *Revista Mineira de Enfermagem*. 23, e-1264.
- Loreiro, L. M. de J., Mendes, A. M. de O. C., Barroso, T. M. M. D. de A., Santos, J. C. P. dos., Oliveira, R. A., & Ferreira, R. O. (2012). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios. *Revista de enfermagem Referência*, 3(6), 157-166.
- Magnani, J. W., Mujahid, M., Aronow, H. D., Cené, C. W., Dickson V. V., Havranek, E., Morgenstern, L. B., Paasche-Orlow, M. K., Pollak, A., & Willey, J. Z. (2018). Health literacy and cardiovascular disease:

fundamental relevance to primary and secondary prevention: a scientific statement from the American Heart Association. *Health Research Alliance*, 136(2), e48-e74.

- Máximo, E. A. L., Souza, H. N. F., & Freitas, M. I. F. (2015). Doenças crônicas não transmissíveis, risco e promoção da saúde: construções sociais de participantes do Vigitel. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(3), 679-766.
- Oscalices, M. I. L., Okuno, M. F. P., Lopes, M. C. B. T., Batista, R. E. A., & Campanhoro, C. R. V. (2019). Literacia em saúde e a adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 53, e03447.
- Passinho, R. S., Sipolatti, W. G. R., Fioresi, M., & Primo, C. C. (2018). Sinais, sintomas e complicações do infarto agudo do miocárdio. *Revista de Enfermagem da UFPE*, 12(1), 247-64.
- Reveles, A. F., Simões, I. M. H., & Ferreira P. A. C. (2018). Consulta de enfermagem e controle de fatores de risco cardiovasculares na pessoa após síndrome coronariana aguda. *Revista de Enfermagem Referência*. IV(17), 33-42.
- Santos, J., Meira, K. C., Camacho, A. R., Salvador, P. T. C. O., Guimarães, R. M., Pierin, A. M. G., Simões, T. C., & Freire, F. H. M. A. (2018). Mortalidade por infarto agudo do miocárdio no Brasil e suas regiões geográficas: análise do efeito da idade-período-coorte. *Ciência & Saúde Coletiva*. 23(5), 1621-1634.
- Vieira, M. B., Souza, W. S., Cavalcante, P. F., Carvalho, I. G. M., ... Almeida, R. J. (2017) Percepções de homens após infarto agudo do miocárdio. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 30(3), 1-9.
- Zangirolani, L. T., Assumpção, D. de., Medeiros, M. A. T. de., & Barros, M. B. (2018). Hipertensão arterial autorreferida em adultos residentes em Campinas, São Paulo, Brasil: prevalência, fatores associados e práticas de controle em estudo de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(4), 1221-1232.

REPRESENTACIONES SOCIALES DEL ESTADO Y LA COMUNIDAD SOBRE LA REHABILITACIÓN DE JÓVENES CON ADICCIONES EN ZONAS URBANO MARGINALES DE GUAYAQUIL 2016-2019

Carlos Terán-Puente¹, Milton Gross Alborno² y María Aguayo Canchingre¹

¹Universidad Estatal de Milagro, UNEMI, Ecuador. cteranp@unemi.edu.ec; maguayoc@unemi.edu.ec

² Pontificia Universidad Católica del Ecuador, PUCE, Ecuador. mgross@puce.edu.ec

Resumen. El artículo explora las representaciones sociales de la comunidad y del Estado frente a la rehabilitación de jóvenes y adolescentes afectados por el consumo problemático de sustancias sujetas a fiscalización en las barriadas de Guayaquil. Entre 2016 y 2019, sucedieron una serie de incendios de pequeñas clínicas clandestinas para personas con adicciones. Hubo fallecidos y heridos entre quienes estaban internados para procesos de rehabilitación. El objetivo es analizar las representaciones sociales en la gestión de las adicciones como problema de salud pública. Metodológicamente, es una investigación descriptiva, longitudinal y cualitativa, hermenéutica. Resultados: Se evidencia un círculo reiterado de intervenciones desde la institucionalidad estatal frente al problema. Se evidencian posturas paralelas, discrepantes y hasta contradictorias frente a la rehabilitación de personas con adicciones. Una gestión estatal fundada en un paradigma fragmentario, punitivo, implementada con acento tecnocrático y administrativo, resulta desconectada de la problemática y visión de la comunidad, elude la participación comunitaria y no augura una solución. Se requiere revisar las representaciones sociales del Estado y su gestión de las adicciones, comprendiendo la urgencia de incluir la participación social como base del sistema sanitario y del mismo funcionamiento democrático.

Palabras-clave: Salud Pública; Gestión Sanitaria; Adicciones; Representaciones Sociales; Marginalidad Urbana; Participación Social.

SOCIAL REPRESENTATIONS OF THE STATE AND COMMUNITY ON REHABILITATION OF YOUNG PEOPLE WITH ADDICTIONS IN URBAN ZONES OF GUAYAQUIL 2016-2019

Abstract. The article explores the social representations of the State and community regarding rehabilitation of youth and adolescents affected by the problematic consumption of substances subject to control in neighbourhoods of Guayaquil. Between 2016 and 2019, there were a series of fires in small clandestine clinics for people with addictions. There were deaths and injuries among those who were interned for rehabilitation processes. The article objective is to analyse social representations on addictions management as a public health problem. Methodologically, it is a descriptive, longitudinal and qualitative, hermeneutical investigation. Results: there is a repeated circle of interventions from the state institutions in face of the problem. Parallel, discrepant and even contradictory positions are evident about rehabilitation of people with addictions. A state management based on a fragmentary, punitive paradigm, implemented with a technocratic and administrative accent, is disconnected from the problems and vision of the community, avoids community participation and does not audit a solution. Conclusions: It is necessary to review the social representations of the State and its addiction management, understanding the urgency of including social participation as the basis of the health system and the same democratic functioning.

Keywords: Public Health; Health Management; Addictions; Social Representations; Urban Marginality; Social Participation.

1. INTRODUCCIÓN

Desde la vertiente latinoamericana de la epidemiología (Filho & Paim, 1999) conocida por un enfoque integrado y crítico de la salud pública, Edmundo Granda¹, con amplia y profunda motivación, propone que salud colectiva es desarrollar las mejores ideas y acciones para apoyar la forja de una salud pública que pueda interpretar y mediar con conocimiento y eficacia en el mejoramiento y cuidado de los niveles de salud de la población (Granda, 2004). El presente artículo examina –con esta mirada- la gestión pública en la rehabilitación de personas con consumo problemático de sustancias sujetas a fiscalización, lo cual no puede ser valorado desde la pura estadística. Una serie de incendios, generalmente provocados en clínicas de desintoxicación ubicadas en zonas urbano-marginales, con fallecimiento y daño de las personas internadas, son hechos graves, más aún si son reiterados. Constituyen un atentado contra la dignidad y la vida de las personas, cuestionan el significado de la rectoría estatal de la salud pública que debe ser el aseguramiento de la vigencia y protección de los derechos humanos (Terán-Puente, 2019).

Apenas comenzado el 2019, en una barriada marginal de Guayaquil, 18 personas fallecieron y 16 quedaron heridas en el incendio intencional de una “clínica particular de rehabilitación para personas con adicciones”. Se trata de servicios privados que ofrecen desintoxicar a personas con adicciones. A partir de este hecho, se investigaron casos similares referidos en numerosos reportajes impresos y audiovisuales publicados en medios de comunicación. Así, se encontró que entre 2016 y 2019, se produjeron 13 incendios en centros de rehabilitación, la mayoría intencionales, con un total de 29 personas fallecidas, incineradas o asfixiadas, 26 heridos reportados y un número indeterminado de personas, generalmente adolescentes y jóvenes, escapados de dichas clínicas en medio de los flagelos. Tan solo en 2019, hubo media docena de incendios, los más graves sucedieron en enero y octubre, con 28 personas fallecidas en total².

La casi totalidad de los incendios son intencionales provocados por jóvenes internados con la finalidad de llamar la atención sobre sus condiciones de “tratamiento”. Se conoce que los síndromes de abstinencia son “atendidos” con encierro en celdas, denominadas “lagarteras”, en condiciones de hacinamiento. Muchas de estas personas son internadas sin su

¹Médico-Cirujano, Master en Medicina Social. Planificador en Salud. 1946-2008. Autor de innumerables publicaciones y uno de los forjadores del pensamiento latinoamericano en la salud pública. Su obra ha merecido el reconocimiento de la academia nacional y de la Organización Panamericana de la Salud.

²El incendio de enero 2019 (18 muertes y 16 heridos) tuvo amplio despliegue periodístico y repercusión pública. El incendio de octubre 2019 (10 muertes) pasó casi desapercibido por el contexto de una masiva protesta social violenta contra la política económica del gobierno. En ese mes, los medios reportan tres incendios más.

consentimiento. Cada incendio es un llamado para que se los libere de este tipo de procedimientos. Es necesario resaltar que además de incendios con víctimas mortales y heridos, se reportan públicamente casos de suicidios de internos, otros fallecimientos presuntamente por sobredosis y episodios de agresiones entre las personas internadas en las clínicas de desintoxicación³. La serie de casos se ubica en un mismo entorno geo poblacional: son familias y comunidades de estratos empobrecidos que habitan asentamientos relativamente recientes, ciudadelas informales con jefes o jefas de hogar subempleadas o desempleadas, migrantes de otras provincias o de la zona rural, población empobrecida.

Según el Ministerio de Salud Pública, existen 40 centros especializados en el país, algunos con licencia condicionada a mejoras. Hay una oferta total de 1.319 camas para con internación (MSP, 2019). Se afirma que hay 743 centros ambulatorios, 28 unidades de salud mental hospitalaria y 12 centros residenciales. Según la entidad nacional responsable, 89% de personas con adicciones son atendidas en servicios privados, mientras los centros públicos atienden 11% de los casos (Secretaría Técnica de Drogas, 2017).

La serie de incidentes 2016 – 2019, incluye 13 incendios en 40 meses, lo que configura un escenario reiterado, un patrón social, ante lo cual hay una respuesta estatal que declarara públicamente el estatuto legal de los centros quemados, sobre todo si resultaren “clandestinos”, o no autorizados; los clausura aún en medio de las cenizas, anuncia que se abrirán expedientes para sancionar posibles irregularidades dentro de la institución. Su respuesta vuelve y repite que la ciudadanía debe acudir solo a lugares autorizados por la ley. El incendio de enero 2019⁴, fue motivo de pública condolencia del presidente del país y hubo similares expresiones de las máximas autoridades. Ante este mismo caso, la titular del MSP compareció ante los medios y asumió su presencia normativa. Ofertó la construcción y funcionamiento de un megacentro de referencia nacional para tratamiento de adicciones⁵. Por otro lado, la agencia de control del MSP reforzó sus operativos regulares, recorrió los

³El Expreso. Edición impresa, 29 diciembre 2019.

⁴La tragedia se registró en la cooperativa Proletarios sin tierra, en el Guasmo Sur de Guayaquil. Funcionaba en una angosta casa en el suburbio. Los residentes no lograron salir debido a que las puertas estaban cerradas. Luego de esa tragedia se reeditó el debate la falta de centros autorizados y la deficiencia de centros públicos. Fuente: Diario El Comercio, en: <https://www.elcomercio.com/actualidad/fallecidos-incendio-adicciones-guayaquil.html>.

⁵Junto al Gobernador, la Ministra de Salud “anunció la construcción de un Gran Complejo de Atención Integral a personas con uso y consumo problemático de alcohol y otras drogas que será de referencia nacional y se ubicará en la ciudad de Guayaquil...”. Fuente: <https://www.salud.gob.ec/ministra-de-salud-anuncia-construccion-gran-complejo-de-atencion-en-salud-mental-y-nuevas-rutas-de-atencion-para-tratar-el-consumo-de-drogas/>.

barrios, ejecutó intervenciones de control de establecimientos, verificó los permisos de funcionamiento y clausuró establecimientos no autorizados⁶.

El municipio de Guayaquil, reconociendo el incremento de las adicciones en la ciudad, implementó su propio plan en coincidencia y complemento del programa del MSP. Tiene la misma lógica pero con una diferencia, es una “clínica ambulante” que irá de barrio en barrio ofertando consultas diarias, permaneciendo varios días en un mismo barrio. Este programa, junto con el MSP, asegura que logrará la desintoxicación, rehabilitación y reinserción social de jóvenes y adolescentes con consumo problemático de sustancias⁷. Los médicos generales y psicólogos de la clínica móvil tratarán hasta cien pacientes diarios. Los medios informaron: “...luego de que se suscribiera un convenio con el Ministerio de Salud para dar tratamiento a los consumidores... se formó una larga fila de jóvenes y sus familiares para obtener la atención gratuita”⁸.

En la serie de incidentes relacionados, se constata un círculo reiterativo con varios nudos críticos:

- i) Crecimiento exponencial de personas con adicciones (jóvenes, adolescentes);
- ii) Familias que acuden a establecimientos no autorizados (89%) y autorizados (11%)
- iii) Incendios reiterados intencionales en clínicas “clandestinas” (suicidios, fallecimientos);
- iv) Respuesta institucional reiterada e invariable: llamado a cumplir la norma y reprobar lo ilegal. Se suma la oferta de ampliar servicios públicos.

1.1 Entorno legal

La Constitución de Ecuador, 2008, trata el consumo de sustancias sujetas a fiscalización con un criterio orientado a la descriminalización de los usuarios, la proporcionalidad de las penas para delitos de drogas y una reorientación del enfoque penal hacia uno de salud pública. El artículo 364, establece que las adicciones son un problema de salud pública y que le corresponde al estado desarrollar programas coordinados de información, prevención

⁶La Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACCESS), en 2019, que realizó cientos de clausuras y, específicamente en la zona 8 (correspondiente a Guayaquil), realizó 31 operativos y 29 clausuras de centros de rehabilitación. Fuente: Diario EL COMERCIO en: <https://www.elcomercio.com>

⁷La Alcaldía de Guayaquil inauguró la primera clínica móvil de desintoxicación de drogas de la ciudad y del país, en la que se brindará atención médica y psicológica gratuita a personas que están sumergidas en el problema de las drogas. “A través de un convenio con el Ministerio de Salud Pública lograremos salvar el futuro de la juventud. Desde la Municipalidad trabajaremos en desintoxicación, el MSP en rehabilitación y juntos trabajaremos en su reinserción social”, dijo la alcaldesa de Guayaquil”. Fuente: Redacción Médica. Edición nacional, 13 de agosto 2019.

⁸El Universo, edición del 12 de agosto 2019

y control del consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes y psicotrópicas; así como ofrecer tratamiento y rehabilitación a los consumidores ocasionales, habituales y problemáticos. En ningún caso se permitirá su criminalización ni se vulneran sus derechos constitucionales” (Ecuador, 2008).

El Código Orgánico Integral Penal, establece parámetros para clasificar las actividades consideradas ilícitas y establece penas proporcionales en función de los delitos, diferencia entre grandes y pequeños traficantes; gradúa las penas en función del rol en los actos ilícitos; y distingue personas usuarias de las personas traficantes. El cultivo comercial de plantas con propiedades psicoactivas queda prohibido y, en consecuencia, descriminaliza el cultivo para consumo personal (Asamblea Nacional del Ecuador, 2004). El Plan Nacional de Prevención Integral y Control del Fenómeno Socioeconómico de las Drogas (2017-2021), de la Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas, se orienta a prevenir el uso y consumo de drogas, a brindar atención integral e intersectorial a las personas que presentan uso o consumo problemático, a disminuir la oferta de drogas destinadas al consumo interno y a prevenir la producción ilícita de drogas. Para la atención integral e intersectorial a las personas en consumo problemático de drogas propone un abordaje programático que incluya adecuado tratamiento con la finalidad de rehabilitarlo de su padecimiento y garantizar, de esta manera, su reinserción social (Secretaría Técnica de Drogas, 2017).

Teóricamente, las características de este abordaje observan principios de no criminalización, corresponsabilidad, intersectorialidad, participación ciudadana, inclusión, interculturalidad, género, prevención integral para toda una vida, y enfoque intergeneracional, fundamentados en la mejor evidencia científica, y que permitan medir su impacto social. Por su parte, el Ministerio de Salud expidió el “Reglamento para la regulación de los centros de recuperación para tratamiento a personas con adicciones o dependencias a sustancias psicoactivas”, proponiendo un nuevo enfoque de salud pública para enfrentar el desbordado fenómeno de las drogas en el país. El uso y consumo de sustancias sujetas a fiscalización es preocupante. El plan oficial para el desarrollo nacional señala que alrededor de uno de cada cuatro adolescentes se ha embriagado, 29% de adolescentes vio a algún estudiante de su colegio usando drogas; para 15% de esta población resulta fácil conseguir marihuana y a 8% le sería fácil comprar heroína (Velasco et al., 2016). Estudios realizados mencionan que la población con mayor incidencia en el consumo de drogas proviene en 40%, de hogares que pertenecen al estrato socioeconómico medio-bajo y bajo” (SENPLADES, 2017).

1.2 Enfoque metodológico

Metodológicamente, se aplica el enfoque de representaciones sociales que se manifiesta en las posturas y declaraciones de los actores sociales, manifiestas en sus argumentaciones, decisiones e intervenciones, y que resulta elaborado a partir del sentido común, las ideas predominantes, conocimientos, creencias y prejuicios –paradigmas, contruidos con el auxilio de la ciencia y de la técnica y circulan a través de distintos canales de comunicación (Piña & Cuevas, 2004). Se trata de identificar rasgos definitorios en las posturas del estado y de la comunidad, para comprender mejor el significado de la serie de incendios suscitados reiterativamente. Más allá de lo circunstancial y anecdótico, los incendios (suicidios, fallecimientos) muestran un patrón de argumentos, lógicas, condicionamientos, actitudes y comportamientos, es decir de representaciones sociales que mantienen un carril propio y diferenciado.

La descripción y explicación de la problemática del consumo de drogas y, en consecuencia, la toma de decisiones e intervenciones efectivas para prevenirla–tratarla, en los diferentes ámbitos, han sido insuficientes e ineficientes, a juzgar por las tendencias de uso y abuso de las sustancias sujetas a fiscalización. Las investigaciones oficiales relevan un panorama incremental de la prevalencia secular (1998-2005) del consumo tanto en población general cuanto en población escolarizada de nivel medio y superior (Albornoz & Puente, 2009). Los indicadores de prevalencia de vida para los consumos, disminución de la edad promedio de inicio y un nuevo menú de utilización de sustancias de mayor peligrosidad para la salud física y mental de los usuarios, evidencian la falta de impacto de las estrategias de prevención y cuestionan la efectividad de la rectoría estatal.

Este panorama negativo podría tener relación con el modelo de la prevención de la demanda de drogas, modelo fuertemente alineado con los paradigmas hegemónicos de los patrones jurídico-punitivo y médico sanitarista de la construcción social de la realidad. Este paradigma considera que, cuando se marca un cierto tipo de actividad como infamante, con el refuerzo a veces, de la sanción penal, cuando se lo estigmatiza, en la definición de Goffman, no se apunta tanto al cambio del comportamiento de los que están involucrados en dicha actividad, como a controlarlos mejor y separarlos del resto de la población, para preservar a ésta de la contaminación (Casas, 2002). Estos modelos de explicación que en la práctica no han logrado conseguir sus propósitos, se analizan como insuficientes e ineficientes en términos de su utilidad preventiva.

Su límite está dado por su propia e inevitable propensión a procurar, como punto de partida y de llegada, la “etiologización” y “biologización” de los consumos de sustancias, asimilándolos a enfermedades infecto contagiosas. Este marco explicativo impide encontrar las causas reales del uso problemático de drogas “al negar la voluntad humana en el hecho”, se utiliza como analogía, la idea del vicio en la salud mental.

El problema es que las prácticas cotidianas no siempre se ajustan a los presupuestos que impone la ley; o mejor al revés, la ley pocas veces interpreta los sentidos que tienen las prácticas. Éstas se mueven con otras lógicas, mucho más simbólicas y cargadas de sentido; por eso que la ilegalidad en que permanecen muchas de estas sustancias y la norma cultural que pesa sobre este tipo de prácticas, no alcancen como formas de control. O que ni siquiera haya resultado efectivo el recurso a la fuerza ni la imposición de penas aflictivas (Ghiardo, 2003, 125).

El corpus de conocimiento sobre el uso de drogas ha sido y es fundamentalmente positivista, modelado por los análisis tradicionales predominantemente cuantitativos. No han alcanzado a comprender el mundo que la juventud contemporánea ha configurado en el tema de las drogas en tanto (sub)cultura que asigna sentidos propios materiales y simbólicos que no siempre (o pocas veces) siguen la norma de impronta punitiva⁹. Desde la vertiente oficial, no se ha podido comprender de manera suficiente los modelos de representaciones sociales de los jóvenes ni de las posturas de la familia afectada sobre el tema, generándose una limitación para orientar estrategias de intervención coherentes con el momento histórico y de demanda identitaria de este grupo. En el mundo adulto, madres y padres de familia, comparten la percepción fragmentada del consumo, dentro de la corriente sanitarista y punitiva, más aún cuando el encuentro que tienen con el consumo problemático de los adolescentes y jóvenes no es temprano ni previo, sino en fases de intensa o grave adicción, ante lo cual el patrón explicativo etiológico-biologista, es parte de la representación social que guía sus decisiones. En este caso, el aislamiento del sujeto con consumo problemático de la “causa” de su adicción reducida a la sustancia como tal, y del medio social que lo indujo al “vicio”, aparecen como una solución viable y como una última esperanza de curación.

1.3 Representaciones sociales

El enfoque de representaciones sociales posibilita un ejercicio de ordenamiento teórico sobre el tema en un escenario nacional caracterizado por: i) una información dispersa sobre

⁹El sentido tiene un registro que está en lo que es sentido por el sujeto como organismo (ver, palpar, etc.); pero tiene otro registro que es «subjetivo» o social, está en lo que representa para el sujeto, lo que simboliza.

el uso/abuso de drogas en el país (usualmente desorganizada, insuficiente y a la vez contradictoria y discrepante); ii) la focalización del fenómeno en comunidades marginales, lo que genera juicios y opiniones no siempre apegados a la realidad, sino más bien sesgados de emocionalidad en función de la opinión interesada; y iii) la tendencia, desde la oficialidad, a un manejo de generalizaciones que le acredita para opinar, tomar posiciones, dictar normas y configurar los dispositivos de prevención, control y tratamiento de las adicciones, al intervenir sobre un fenómeno de interés público (Mora, 2002). Se propone una reflexión crítica sobre la coherencia de los modelos de reducción de la oferta y demanda de las drogas propuestos desde la oficialidad. Por otro lado, intenta una identificación y estratificación de representaciones entre grupos socioeconómicos diversos para establecer diferencias en determinadas facetas del objeto de estudio cuando estas no son tan claras (Páez, 1987 citado por Mora, 2002).

Las representaciones sociales corresponden a categorías hermenéuticas aplicadas a la gestión del uso/abuso de drogas en el contexto de la serie de incidentes, para decodificar los paradigmas, argumentos, decisiones, acciones e intervenciones relacionadas. Permiten explicar la gestión pública de lo un problema de salud. Este ejercicio podría aportar a su organización para que la población de estudio pueda orientarse en su mundo, así como posibilitar su comunicación proporcionando códigos para el intercambio social (Pérez, 2003). Se asume el enfoque conceptual de 'representación social', de Moscovici en 1979 (Moscovici, 1979):

Una modalidad particular de conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos... es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación... son sistemas de valores, nociones y prácticas que proporciona a los individuos los medios para orientarse en el contexto social y material para dominarlo... (Moscovici, citado por Perera Pérez, 2003, 10)

En la concepción de Jodelet, las representaciones sociales emergen como categorías que nos ayudan a clasificar lo que ocurre en nuestro contexto, permitiéndonos así interpretar la realidad cotidiana (Jodelet, 1986). Esta visión teórica se estructura mediante un conjunto de opiniones, creencias, estereotipos, códigos, valores y normas, a las que se suman los avances en la ciencia y la tecnología. En el enfoque se localiza los objetos, personas y sucesos del contexto de los procesos de rehabilitación de los consumos problemáticos (adicciones), experimentados por estas poblaciones mediante el relevamiento de categorías

compartidas, lo que nos permite orientar con mayor objetividad nuestra forma de pensar sobre estos colectivos (Salazar, 2003).

El sendero recorrido, lo metodológico del presente trabajo, inicia con el asombro del observador cuando se hace público el incendio de una clínica clandestina con 18 víctimas mortales. De allí, se pasa a una indagación retrospectiva de situaciones similares y se registran las reacciones de los actores sociales. Se hace un seguimiento de hemeroteca, físico y en sitios web institucionales, tales como Ministerio de Salud Pública, Gobierno Descentralizado de Guayaquil, instituciones de control de consumo problemático de sustancias, así como de periódicos de circulación nacional, local, emisoras de televisión de alcance nacional y reportes de agencias internacionales. Se recopilaron datos de medio centenar de artículos de prensa y espacios televisados. Así se hizo un primer hallazgo, el incendio referido no es único, hay una serie de casos similares que plantean un patrón que debería ser comprendido y, en lo posible, explicado.

Un segundo momento metodológico, consistió en revisar la secuencia de las respuestas de los actores sociales ante los acontecimientos en estudio. Para luego pasar a definir los constructos que motivan y se expresan en las posturas, discursos e intervenciones, es decir, dar forma a las representaciones sociales de los actores sociales. En este estudio se consideran como categorías de análisis: los constructos que explican la actitud de los actores involucrados, su orientación favorable o desfavorable con relación la rehabilitación de personas con adicciones; la organización, cantidad y calidad de la información respecto a las adicciones; y, la estructuración y organización jerárquica de los contenidos de la representación en función de factores ideológicos (Mora, 2002). Interesa aproximarse a "cómo" se producen determinadas significaciones, es decir cómo cada actor social construye una determinada visión de la realidad, privilegiando su sentido, sus categorizaciones, valoraciones y percepciones. La tarea del investigador es interpretar lo interpretado por los sujetos (Ceirano, 2000).

Se parte de la aceptación epistemológica de la no existencia de un mundo "verdadero", pre-existente a los fenómenos, que operaría como el fundamento de toda explicación y desde el cual se presupondrían significaciones, así como la existencia de distintas construcciones sociales de la realidad (Berger-Luckmann 1974, Schutz-Luckmann 1977). El "mundo" es una idea del mundo y existen distintos mundos posibles en una misma realidad, como ideas de un mismo pensamiento interactuando en una pugna de poder, e implican diferentes

representaciones e interpretaciones de lo real, guiadas por la voluntad de verdad (Ceirano, 2000) (Lahitte & Bacigalupe, 2007).

1.4 Representaciones paralelas

La lectura sistemática y bajo las premisas metodológicas expuestas de la serie de incendios de clínicas de rehabilitación de personas con adicciones, entre 2016 y 2019, permite diferenciar las representaciones sociales del Estado y de la comunidad.

1.4.1 Posicionamiento ante prevención y rehabilitación de las personas con adicciones

- El Estado y las instituciones rectoras de la salud consideran que los únicos procesos válidos para rehabilitación son aquellos que se cumplen en los centros con licenciamiento y acreditación, reglamentada y validada por sus instancias operativas. Lo que esté por fuera, es clausurado y considerado “clandestino e ilícito”. Por tanto, su funcionamiento depende de que ajuste a ciertas normas, de lo contrario merece sanción o clausura. Luego de cada uno de los incendios, la respuesta oficial fue clausurar el establecimiento que se había convertido en cenizas, clausurar los que aparecieran sin permiso en la zona del flagelo y ofrecer, mediática y reiteradamente, construir nuevos centros de rehabilitación públicos.
- La comunidad reconoce que lo necesario e importante para su familiar con adicción es el tratamiento que puede recibir en un centro de desintoxicación o clínica, independientemente de su acreditación oficial y de la “metodología de desintoxicación”. Para la familia del afectado, no es condición que sea un centro acreditado pues éstos, en general, son más costosos y, en su circunstancia socioeconómica, la preferencia está marcada por su acceso económico. Así, la posibilidad (única) de rehabilitación está dada por lo que existe en su medio. Los centros son vistos como la única y última esperanza de rehabilitación de su ser querido con consumo problemático. En esta preferencia, el acceso a un servicio público sin pago de bolsillo, no tendría duda en ser la primera opción.

1.4.2 Posibilidades de recuperación en función de la diversidad de consumos

- Se observa una coincidencia de la representación social desde el Estado y desde la comunidad. La recuperación es un asunto individual, al que se debe atender de diversas maneras, con estrategias de internamiento, desintoxicación farmacológica, seguimiento psicoterapéutico y reinserción social. En este sentido, se trata de una enfermedad, de origen social, para la cual se han diseñado procesos terapéuticos protocolizados y de estricto cumplimiento. Esta representación social se fundamenta en el tipo de adicción y la historia individual del consumo, siendo necesario ingentes recursos que podrían generar éxito en esta estrategia programática. Por lo tanto, se recupera y rehabilita quien decide hacerlo de forma individual. La situación familiar y comunitaria, aparentemente, juega un papel secundario, se deja a un lado el peso en el proceso generador de adicciones con lo cual, todo el peso del proceso de rehabilitación recae en los hombros del individuo.

1.4.3 Credibilidad de los operadores de programas preventivos

- El Estadoño reconoce la validez de procesos terapéuticos de centros de desintoxicación que no han recibido una acreditación normativa o que incumplen la norma, independientemente de su efectividad o aceptación social. Si no acatan los reglamentos, protocolos y perfiles ideados por sus técnicos-as y con base en el paradigma oficial, por ejemplo, en cuanto al tipo y número de profesionales, los centros no deben existir y son clausurados. Sin embargo, aboga por sus propios operadores o, en ocasiones, para quienes reciben su aprobación independientemente del acatamiento de sus reglas¹⁰.
- La comunidad deposita su esperanza en los métodos de recuperación que los centros de su barrio ofrecen, incluyendo prácticas represivas o lesivas a la dignidad, por ejemplo, encerrar o inclusive encadenar, a las personas que experimentan un síndrome de abstinencia. Con ocasión de alguno de los incendios, la comunidad expresó su inconformidad con la clausura de centros por parte del Estado, aunque, en otras ocasiones, los ha rechazado de manera frontal y hasta violenta¹¹.

1.4.4 Aceptabilidad social de proveedores de los servicios de rehabilitación

- El Estado acepta y legaliza los servicios de rehabilitación que son licenciados y acreditados por sus normas, oficinas y operadores-as técnico-administrativos-as. Los demás son expulsados del círculo de quienes operan con validez y aceptación institucional, pasando a la lista de sujetos punibles y, sus acciones son altamente sospechosas como inadecuadas o erradas.
- La comunidad mantiene flexibilidad y apertura para aceptar proveedores que no tengan apego a la normativa técnica del Estado, la misma que, por otro lado, exige niveles de conocimiento e información que la comunidad no dispone. Frente a los servicios públicos de rehabilitación, no duda en acudir pero la demanda supera ampliamente la oferta estatal, por tanto no hay acceso. Para el Estado resulta crucial el cumplimiento de la norma, aparentemente, aunque ello significa que la mayoría de personas con adicciones no logre acceso a servicios acreditados, por tanto su única opción de acudir a centros no legalizados pero legitimados por la comunidad.

1.4.5 Participación social en un problema de salud pública

- En la representación social predominante, se traza el proceso de prevención y recuperación de las adicciones como un asunto ajeno a la comunidad y la familia. El Estado excluye a la comunidad de afectados y a la comunidad del escenario geodemográfico (donde se forja social y culturalmente el panorama de las adicciones), las instituciones estatales no validan ni reconocen cualquier estrategia que no cuadre con sus normas técnicas y administrativas¹². La comunidad no puede participar ni es

¹⁰En octubre de 2019, se hizo público que “las tres únicas clínicas públicas para rehabilitar adictos a las drogas funcionan en Guayaquil sin licencias. Es decir que estos lugares regulados por el Ministerio de Salud Pública (MSP) están en iguales condiciones legales que las más de 73 clínicas de rehabilitación privadas que, desde enero pasado, están tratando de conseguir su licenciamiento. Pero según sus propietarios les ha resultado “imposible”... a pesar de la demanda de pacientes con adicciones, solo hay tres Centros Especializados en Consumo Problemático en Alcohol y otras Drogas (CETADS) privados que tienen la licencia. El resto está sujeto a clausuras”. Fuente: Expreso, tomado de <https://www.expreso.ec/guayaquil/acabo-ano-clinicas-obtuvieron-licenciamiento-2276.html>

¹¹En octubre de 2019, luego de un incendio que provocó víctimas entre los jóvenes internados, los familiares de alguno de los fallecidos incendió otra clínica que, decían, era propiedad del mismo dueño.

¹²Desde hace más de una década, aparejado al diseño y montaje de una estructura administrativa de las instituciones estatales en zonas, distritos y circuitos, que resulta paralela y sobrepuesta a la estructura política de provincias,

invitada a debatir sobre el problema de salud colectiva. La comunidad, para el Estado, es beneficiaria pasiva de la intervención estatal, aunque el discurso la defina como actora participante.

- El Estado no toma en cuenta que la Atención Primaria de Salud (OMS & UNICEF, 1978; Almeida, Artaza, Donoso, & Fábrega, 2018; OPS/OMS, 2008), en sus versiones clásica y renovada, propone la necesidad de considerar a la comunidad como protagonista –junto a los equipos técnicos institucionales, de los procesos de salud/enfermedad, lejos de ser entendida como beneficiaria de brillantes y muchas veces costosos programas técnicos concebidos fuera de la racionalidad de su demanda.
- La comunidad afectada por adicciones, por su lado, no encuentra forma de involucrar a la población de su entorno, tanto por el estigma que implica, como porque cualquier iniciativa en este sentido no encuentra eco en el aparato estatal que, como primera condición, exige el cumplimiento de sus protocolos, normas y reglamentos.

2. CONCLUSIONES

El desafío metodológico en ese estudio cualitativo, ha consistido en la superación de la comprensión de la realidad en el sentido individual y unidireccional (sujeto-objeto), a un proceso colectivo en el cual las representaciones sociales sobre las adicciones, su prevención y recuperación, en dos actores sociales fundamentales: el Estado y la comunidad, son paralelas. Si bien hay elementos coincidentes que responden a paradigmas predominantes, el Estado maneja una representación social rígida y tecno-céntrica, con ceguera absoluta del sentido y necesidad de la comunidad, que no es compatible y que, en muchos casos es contradictoria con la dimensión del problema de salud pública que constituyen las adicciones.

El rumbo de esta postura estatal, argumentada desde lo técnico-administrativo, fundada en un paradigma dicotómico planteando lo individual-orgánico como eje desprendido de lo social-cultural-comunitario, es paralelo y cierra el diálogo con la representación social de la comunidad que se muestra flexible y abierta a soluciones que rebasan la respuesta estatal notablemente deficitaria, pues 89% de personas que requieren recuperación de adicciones, están avocadas a buscar su propia salida, la responsabilidad recae directamente sobre las familias y la comunidad pues, apenas 11% restante es atendido en centros públicos.

El posicionamiento estatal, sólidamente adherido a su representación social y sentido de prevención-rehabilitación dentro de su patrón y modelo, es incongruente con la dimensión humana y la carga social que la comunidad debe soportar. En consecuencia, la vida

cantones y parroquias, se observa que la tecnocracia pública sustituyó la expresión “trabajo comunitario” o “trabajo con la comunidad”, son la expresión “trabajo en territorio”. Esta sustitución no es gratuita, tiene una carga semántica motivo de un estudio posterior. Trabajo en territorio y trabajo en la comunidad no es lo mismo ni es igual.

fracturada de las personas con adicciones debe esperar que algún momento haya centros legalizados suficientes, públicos o privados, pero normados. Esta espera desesperanzada no es asumida como problema de la entidad rectora. Es necesario buscar y encontrar un callejón de salida.

Se propone volver la mirada a la participación social como pilar y estrategia de la Atención Primaria de Salud. La APS, como filosofía y horizonte, como gran herramienta conceptual y práctica que permita enfrentar los problemas de salud/enfermedad, incluyendo las adicciones y la rehabilitación de las personas con consumo problemático. Se requiere considerar a la comunidad –no solo a la persona individualmente- como sujeto de la problemática y por lo mismo, como un actor social con derecho a participar de manera democrática y real –con sus recursos, ideas y aspiraciones, en la formulación e implementación de soluciones (Terán-Puente, 2019).

La participación social convoca a impulsar redes de apoyo natural y las alianzas palpitantes entre la población y los servicios existentes, aún los denominados “clandestinos” desde la formalidad estatal, entendiendo el carácter de la asociación no escrita, haciéndola parte de una solución con procesos de contexto y superación de las limitaciones reales de la institucionalidad y de la “ilegalidad”. Solo así, seguramente, se podrá hacer frente al crecimiento exponencial de las adicciones y a la proliferación de servicios sin control de calidad que debe ser medida desde y con la comunidad y no, excluyentemente, por un aparato estatal a todas luces rebasado en su capacidad y calidad de respuesta, por tanto, absolutamente cuestionable en su capacidad rectora.

Sin participación social plural, efectiva, viva y realista –alrededor de los problemas palpitantes, vivos, reales- no es posible la rectoría del estado y la APS se mantendrá en el limbo de modelos inalcanzables, aunque se la renueve, reitere y reafirme en los foros internacionales.

Es vital la eliminación de las barreras entre el aparato estatal y la comunidad, dentro de un paradigma nuevo, que ponga la verdad en el centro de la comunidad y no en el escritorio de la autoridad. Así, una rectoría de otro tipo será posible. Esto significa un golpe de timón al paradigma biomédico y a la caduca democracia representativa que excluye, criminaliza y declara clandestino lo que no puede controlar bajo su norma técnico-administrativa especializada en una intervención punitiva y controladora que pone el foco en sí misma y no en los problemas de salud pública.

La ruptura de paradigmas significaría ampliar las representaciones sociales desde el estado con variables hasta ahora no aceptadas, como la única forma para lograr el control efectivo de la expansión del universo que lleva al consumo problemático, superando posturas que no han funcionado para la comunidad –el micro tráfico y el macro tráfico son inversiones boyantes de lucro ilimitado para los carteles y para los sistemas financieros.

No es posible concluir este estudio sin señalar que el costo de la rectoría fallida es, lamentablemente, la pérdida de vidas humanas, víctimas sin derecho a una rehabilitación por inexistencia de servicios seguros y accesibles. Mientras se mantenga el modelo representativo y excluyente de democracia –amparada por una aparataje estatal impresionante separado de la comunidad– seguirán habiendo víctimas de la expansión de las adicciones, seguirán los vacíos en prevención y rehabilitación de las personas con adicciones y se mantendrán las brechas en los derechos de las personas.

En América Latina, a pesar del predominio aplastante de la sociedad de mercado y de sus expresiones en el Estado, se han gestado procesos comunitarios, realmente participativos, que enfrentan los problemas sociales con la comunidad, mucho más allá de lo normativo-administrativo. Una de las expresiones de esta búsqueda es el movimiento de terapia comunitaria sistémica, cuya metodología es simple y rigurosa, preserva la actoría comunitaria, abre el entendimiento y el compromiso a soluciones compartidas que, desde la tecnocracia permanecen invisibles, imposibles e inaceptables¹³.

Es hora de indagar propuestas de nuevo tipo y de largo alcance. E. Granda, junto con Morin (1994, 1997), resalta la evidencia de que la sociedad alcance momentos de “ruptura integradora” para cambiar el rumbo societario, ruptura que la define como “momento en el cual dice ¡basta!, e inicia un proceso de exorcismo de los demonios del ayer, afilia las voluntades de todos sus hijos, descubre y desarrolla sus potencialidades internas, neutraliza los obstáculos externos y decide parecerse a sí misma. La historia de los pueblos tiene momentos de reflexión-acción importantes que los llevan a reencontrarse...” (Granda, 2009). La conservación de las representaciones sociales paralelas entre el Estado y la comunidad, evidenciadas en este estudio, mantendrán los problemas de salud pública en un callejón, sin salida. La salud colectiva, como proceso social, seguirá siendo un pendiente.

¹³La Terapia Comunitaria Integrativa, ideada por Adalberto de Paula Barreto, tiene más de dos décadas de construcción metodológica y de acción comunitaria, ligada a la comprensión de Paulo Freire en educación popular, al constructivismo y a un sentido humanista fundacional, propone una metodología que facilita y promueve compartir las representaciones sociales para desarrollar nuevos saberes, soluciones y compromisos desde el corazón y en la vivencia de la comunidad (Barreto, A. 2015)

3. REFERENCIAS

- Almeida, G., Artaza, O., Donoso, N., & Fábrega, R. (2018). La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de la Declaración de Alma-Ata. *Revista Panamericana de Salud Pública*. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.104>
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2004). *Código Orgánico Integral Penal*. (D. Hu. y C. Ministerio dde Justicia, Ed.), *Ministerio de Justicia, Derechos HUMANOS y Cultos* (Vol. 30). Quito. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2000.tb02505.x>
- Casas, A. A. (2002). Drogadicción, salud y política. *Herramientas*. Retrieved from <https://herramienta.com.ar/autores.php>
- Ceirano, V. (2000). Las representaciones sociales de la Pobreza. *Cinta de Moebio*, 9, 1–18.
- Ecuador, A. C. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*.
- Filho, N. A., & Paim, J. S. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos Médico Sociales*, 75, 5–30.
- Ghiardo, F. (2003). Acercandonos al sentido del uso de drogas y la prevencion desde los jovenes. *Ultima Década*, 18, 123–151.
- Granda, E. (2004). ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy? *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(2), 14.
- Granda, E. (2009). Compromiso Social de la Investigación en Salud. *La Salud y La Vida* 2, 2, 29–39. Retrieved from <http://www.alames.org/index.php/documentos/libros/medicina-social/libros-1/68-la-salud-y-la-vida-volumen-2/file>
- Gross Albornoz, M., & Terán Puente, J. M. (2009). *Representaciones sociales de los jóvenes ecuatorianos sobre el uso de drogas*. Quito.
- Jodelet, D. (1986). La representación social : fen ómenos , concepto y teoría.
- Lahitte, H., & Bacigalupe, M. de los Á. (2007). Observación y conocimiento : Relevancia del investigador en la construcción de la Antropología como ciencia cognitiva. *Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antroología*, 17(49), 13.
- Mora, M. (2002). La teoria de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digital*, 2(4), 782. <https://doi.org/10.2307/2802632>
- Moscovici, S. (1979). LA REPRESENTACIÓN SOCIAL: UN CONCEPTO PERDIDO. Ed. Huemul, Buenos Aires, 27–44. Retrieved from https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/32383883/Mosvici_cap_1_Psicoanalisis.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1522635504&Signature=5hkV8Zjx7EoTAEJ3QbTAp6a2L0w%3D&response-content-disposition=inline%3B filename%3DIEP_-Instituto_de_Es
- MSP. (2019). *Centros especializados en tratamiento a personas con consumo problemático*. Quito.
- Ops;Oms. (2008). La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Americas. *La Renovación de La Atención Primaria de Salud En Las Americas*, 1–46. <https://doi.org/ISBN 978-92-75-33262-7>
- Perera Pérez, M. (2003). A PROPÓSITO DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES. APUNTES TEÓRICOS, TRAYECTORIA Y ACTUALIDAD. La Havana: CLACSO.
- Piña, J., & Cuevas, J. (2004). La teoría de las representaciones sociales. Su uso en la investigación educativa en México. *Perfiles Educativos*, XXVIII, 12.
- Rodríguez Salazar, T. (2003). El debate de las representaciones sociales en la psicología social. *Relaciones, Estudios de Historia y Sociedad*, XXIV(93), 17.
- Secretaría Técnica de Drogas. (2017). *Costo del fenómeno de las drogas en Ecuador en 2015 Subsecretaría Técnica de Análisis , Prospectiva y Evaluación Elaborado por: MSc . Fernando Naranjo y MSc . David Jaramillo Quito , Ecuador Contenido. Quito*. Retrieved from <http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/EconomicCostofDrugsEcuador2015ESP.pdf>
- SENPLADES. (2017). *Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021*. (E. S. Secretaría Nacional de Desarrollo, Ed.) (SENPLADES). Quito: SENPLADES.
- Terán-Puente, C. (2019, January). 18 VIDAS INCINERADAS EN CLINICA “CLADESTINA.” *La Línea de Fuego*. Retrieved from lalineadefuego.info

ESTRATÉGIAS DE INFORMAÇÃO: A PERSPETIVA DA PESSOA COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA

Cristina Saraiva¹ e Deolinda da Luz²

^{1,2}Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal ¹cristina.saraiva@esel.pt, ²dluz@esel.pt

Resumo. A literacia em saúde é essencial para a promoção da qualidade dos cuidados em saúde porque facilita a comunicação entre os profissionais de saúde e os utentes. O baixo nível de literacia em saúde é prevalente nas pessoas com DPOC. Este influencia a capacidade de compreensão da informação na não adesão ao regime terapêutico, a consciência tardia do prognóstico, o aumento de readmissões hospitalares e a dependência dos cuidados de saúde. Para uma segura, eficaz e apropriada transmissão da informação pretendemos analisar de que forma os níveis de literacia em saúde afetam as necessidades de informação e o acesso à mesma, face às necessidades e preferências da pessoa com DPOC. Para identificação destas realizamos entrevistas semiestruturadas e análise interpretativa e semântica do conteúdo). Definiram-se 2 dimensões, o conhecimento e a informação. Na dimensão da informação, identificámos 3 categorias: transmissão, nível de compreensão e estratégia. Nesta última categoria, delineamos as subcategorias: auditiva, leitura, tecnologia digital, recurso de proximidade e demonstração. Nos resultados encontrados foi a estratégia da associação da transmissão oral com demonstração, repetição e retorno, complementada com informação escrita, de frases simples, claras e com imagens ou fotografias, que melhor contribui para o conhecimento e compreensão da informação.

Palavras-chave: Literacia em Saúde; Comunicação em Saúde; Estratégias de Informação; DPOC, Enfermagem

INFORMATION STRATEGIES: THE PERSPECTIVE OF THE PERSON WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Abstract. Health literacy is essential for promoting the quality of health care because it facilitates communication between health professionals and users. The low level of health literacy is prevalent in people with COPD. This influences the ability to understand the information on non-adherence to the therapeutic regimen, late awareness of the prognosis, the increase in hospital readmissions and the dependence on health care. For a safe, effective and appropriate transmission of information, we intend to analyse how health literacy levels affect information needs and access to it, given the needs and preferences of the person with COPD. To identify these, we conducted semi-structured interviews and interpretative and semantic analysis of the content. Two dimensions were defined, knowledge and information. In the information dimension, we identified 3 categories: transmission, level of understanding and strategy. In this last category, we outline the subcategories: hearing, reading, digital technology, proximity and demonstration. In the results found, it was the strategy of the association of oral transmission with demonstration, repetition and return, complemented with written information, with simple, clear sentences and with images or photographs, which best contributes to the knowledge and understanding of the information.

Keywords: Health Literacy; Health Communication; Strategies Information; COPD; Nurs

1. INTRODUÇÃO

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é a doença respiratória crónica mais prevalente em todo o mundo com grande impacto na sociedade, no quotidiano, e de grande peso socio económico (Spruit et al., 2013). Tem uma elevada prevalência da morbimortalidade, bem como na incapacidade relacionada com atividade física e a

realização das atividades de vida diária (AVD) (Direção Geral de Saúde [DGS], 2016; Pamplona, 2007) contribuindo para o absentismo laboral, menor produtividade e a utilização dos recursos e gastos em cuidados de saúde (Spruit et al., 2013; Press et al., 2019). Em Portugal, estima-se a existência de 14,2% de pessoas com DPOC, é a segunda maior causa de morbilidade por doença respiratória (DGS, 2016; Santos et al., 2018).

No estudo *Burden of Obstructive Lung Disease* (BOLD), realizado por Bárbara et al., (2013), em Portugal, refere “[...] uma prevalência mais elevada da DPOC na população mais idosa, acima dos 70 anos, e no sexo masculino, atingindo valores de 47.2%” (p.102). Estes idosos têm uma elevada incidência de défice de memória, de raciocínio abstrato e de coordenação associada à hipoxemia (Esmond, 2005; Roberts, Ghiassi & Partridge, 2008). Consequentemente a compreensão e a recuperação da informação diminuem, levando à redução da adesão aos regimes terapêuticos ao aumento da dependência e uso do sistema de saúde (Disler, Gallagher & Davidson, 2012; Sadeghi et al., 2013). Alguns estudos também referem a existência de uma associação entre um estágio de maior gravidade da doença e o baixo nível de literacia em saúde (LS), apresentando maior dificuldade na gestão da sua condição, fracos resultados de saúde e pior qualidade de vida (Kale et al, 2015; Omachi et al., 2013).

A LS é uma das prioridades para a promoção da qualidade dos cuidados em saúde através da melhoria da comunicação entre os profissionais de saúde e os utentes (Sharifirad et al., 2015). A necessidade de uma efetiva comunicação em saúde é crucial no âmbito da LS, a qual pode ter impacto na compreensão, no uso da informação, bem como na forma como expressam a sua situação de saúde (Aldoory, 2017; Sharifirad et al., 2015). O utente com limitação da LS não tem a capacidade e a habilidade para aceder, interpretar, compreender e comunicar a informação, relacionada com a saúde, necessária para tomar decisões adequadas e funcionar no sistema de cuidados de saúde (Nielson-Bohlman, Panzer & Kindig, 2004; Selden et al., 2000). Para Sorensen et al., (2012) esta situação afeta negativamente a comunicação entre os profissionais de saúde e o utente, criando um problema para o sistema de cuidados de saúde.

Desenvolver a capacidade de comunicação, fornecer a informação e as orientações adequadas e compreensíveis é uma das competências do profissional de saúde, nomeadamente dos enfermeiros. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (Regulamento N°190/2015,) este “... comunica com consistência a informação relevante, correta e

compreensível, sobre o estado de saúde do cliente, de forma oral, escrita e eletrônica (...) e assegura que a informação dada ao cliente e/ou aos cuidadores é apresentada de forma apropriada e clara” (p.10088). Os enfermeiros estão na linha da frente no estabelecimento de uma comunicação segura e eficaz, ao utente e família, desempenhando uma função fundamental na transmissão da informação e na educação destes.

A maioria dos utentes, mesmo aqueles com capacidades linguísticas, bons comunicadores, têm dificuldade em recordar e processar toda a informação, por não reconhecerem muitos dos termos utilizados, demasiada informação, no momento, fatores como ansiedade e a presença de dor contribuem também, para aumentar a dificuldade de atenção e a concentração necessária para a informação fornecida (Alpach, 2004).

Os utentes com baixo nível de LS e dificuldade na comunicação tem maior risco de eventos adversos evitáveis. Este risco é devido à dificuldade de entendimento: das implicações decorrentes da situação de doença; da importância da prevenção; do regime terapêutico, da acessibilidade ao sistema de saúde e o recurso tardio perante as necessidades de cuidados de saúde (Roter, 2010; Sharifirad et al., 2015). Esta situação agrava-se quando os profissionais de saúde não valorizam a capacidade de compreensão, de expressão e o contexto cultural, dos utentes. Estes, queixam-se que não recebem informações de forma a entendê-las, deixando-os desinformados, frustrados e desconfiados, pelo que têm dificuldade em participar ativamente no processo de tomada de decisão (Roter, 2010).

Segundo Guimarães e Évora (2004) “A informação é um recurso primordial para a tomada de decisão” (p. 74). Assim, a informação consiste num conjunto de dados que, quando fornecida atempadamente e de forma adequada, proporciona orientação, instrução, conhecimento ao seu recetor, ficando este mais habilitado para desenvolver competências ou decidir face a uma determinada situação (Sousa, 2006).

Para que a transmissão da informação seja efetiva e se obtenham os resultados desejados, deve ser clara, compreensível, credível, significativa, consistente, baseada na evidencia, personalizada, à medida das necessidades de informação do utente, naquele momento, adaptada ao nível cognitivo, de literacia e ao meio cultural (Teixeira, 2004). Face ao exposto, definimos como questão de investigação “Será que os níveis de literacia em saúde influenciam a compreensão e o acesso à informação da pessoa com DPOC?”.

2. METODOLOGIA

O presente estudo teve por base o resultado obtido na avaliação dos níveis de LS de um grupo de 340 participantes com DPOC, que responderam ao questionário de Literacia Funcional em Saúde, no Adulto, TOFHLA (Paker et al., 1995). A seleção destes participantes teve por base os seguintes critérios de inclusão: (1) diagnóstico de DPOC, excluindo o 4º estágio de gravidade da doença; (2) fase de estabilidade da doença, superior a um mês; (3) Língua materna, o português, (4) saber ler e escrever; (5) Idade superior a 18 anos, (6) Acuidade visual pelo menos até 20/50.

Os dados foram recolhidos em hospitais públicos e privados, nas consultas externas de pneumologia, unidade de reabilitação respiratória e hospital de dia pneumológico, na área de Lisboa, após assinatura do consentimento informado, garantindo a confidencialidade e anonimato, após as comissões de ética destas instituições autorizarem o estudo de acordo com a estrutura apresentada, questionário e entrevista.

Para a concretização do objetivo do presente estudo “Analisar de que forma os níveis de LS influenciam a compreensão e o acesso à informação da pessoa com DPOC” realizou-se um estudo qualitativo, exploratório e descritivo com recurso à entrevista semiestruturada (Polit & Beck, 2018). Segundo as autoras, este tipo de estudo de abordagem interpretativa permite refletir sobre as realidades, experiência e pontos de vista dos participantes. Também, permite dentro do leque de informações obtidas, elaborar uma visão alargada da problemática em estudo (Bardin, 2014). Assim, pretendemos com esta entrevista conhecer de que forma as estratégias de informação interferem no entendimento da informação sobre a condição de saúde e o regime terapêutico.

A amostra foi de conveniência, 16 participantes, selecionada a partir do grupo acima descrito, que aceitaram serem entrevistados com base nas seguintes variáveis: Nível de LS, sexo e grau de escolaridade. A distribuição da amostra teve por base o nível de LS, inadequada, marginal e adequada. Para cada um destes níveis selecionamos 3 homens e 3 mulheres de acordo com o grau de escolaridade: obrigatório (9 anos de escolaridade), secundário (12 anos de escolaridade) e superior (≥ 15 anos de escolaridade). Não houve participantes com escolaridade superior e LS inadequada. A média de idades dos participantes é de 68 anos, entre 45-80 anos, e 75% estão reformados.

A entrevista teve por base um guião de 5 questões abertas que garantissem as respostas pertinentes para o estudo: conhecimento da doença e do regime terapêutico; quem e como foi informado; compreensão da Informação e estratégias de informação, que teve por base os resultados obtidos através do questionário. O local e a hora da entrevista foi determinada pelos participantes, foi gravada após consentimento dos mesmos e teve a duração média de 15 minutos, sendo 10 entrevistas entre os 17-20 minutos e 6 entrevistas entre 8-12 minutos. Posteriormente, foram transcritas as entrevistas, realizada uma leitura flutuante e com base na análise interpretativa, semântica da informação obtida, foram agrupadas as frases, constituídas em unidades de registo, que de acordo com os seus significados formularam-se as subcategorias e as categorias, pelos investigadores e mediado por um perito. De forma a organizar os dados, construíram-se quadros, que permitiram a análise do conteúdo para alcançar o objetivo do estudo. Esta análise, o processo de agrupamento progressivo, salvaguardou a objetividade e fidelidade; pertinência; homogeneidade e exclusão mútua (Bardin, 2014).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A entrevista teve como intenção perceber se os participantes com diferentes níveis de LS têm diferentes necessidades de informação sobre a sua condição de saúde, regime terapêutico e a forma como gostariam de ser informados. Assim, após análise do conteúdo das entrevistas definimos duas dimensões, relacionadas com o conhecimento e a informação. Para cada uma destas dimensões criámos categorias, subcategorias e respetivas unidades de enumeração, que passamos a apresentar.

3.1 Domínio do conhecimento

No domínio do conhecimento identificámos duas categorias relacionadas com a condição de saúde e o regime terapêutico. Para a categoria de condição de saúde definimos duas subcategorias, específico e inespecífico, alusivo ao conhecimento aprofundado sobre a doença, fatores de risco e prevenção, bem como as repercussões na capacidade funcional. No regime terapêutico as subcategorias estão relacionadas com o estar esclarecido ou elusivo, independentemente do seu cumprimento.

Na tabela nº 1 apresentamos as unidades de enumeração (UE) em conformidade com o descrito anteriormente.

Tabela 1. Domínio do conhecimento e a distribuição das categorias e subcategorias pelos níveis de literacia em saúde

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	UNIDADE DE ENUMERAÇÃO (UE)		
		LS Inadequada	LS Marginal	LS Adequada
CONDIÇÃO DE SAÚDE	Específico	5	6	7
	Inespecífico	5	6	3
REGIME TERAPÊUTICO	Esclarecido	2	5	8
	Elusivo	2	3	3

No nível de LS inadequada e marginal aparenta não haver diferença entre os participantes no conhecimento sobre a condição de saúde, como por exemplo “*Não sei o nome, sei que é uma asma brônquica* (LSI, Q193 S1, E2)” e “*Não, não sei o nome, nem o que é... Bom tenho alguma bronquite, fumava muito* (LSM, Q181, S1, E1)”. Quanto aos participantes com nível de LS adequada, aparentemente, demonstram mais conhecimento sobre a sua condição de saúde “*...os alvéolos, é como se fosse cada um deles um balão... quando esvazia fica com ar residual...o tabaco ajuda a destruir algumas partes e o ar residual é cada vez maior... por isso não se faz corretamente as trocas gasosas.* (LSA, Q166, S2, E3)”.

No nível de LS inadequada e marginal aparenta não haver diferença entre os participantes no conhecimento sobre a condição de saúde, como por exemplo “*Não sei o nome, sei que é uma asma brônquica* (LSI, Q193 S1, E2)” e “*Não, não sei o nome, nem o que é... Bom tenho alguma bronquite, fumava muito* (LSM, Q181, S1, E1)”. Quanto aos participantes com nível de LS adequada, aparentemente, demonstram mais conhecimento sobre a sua condição de saúde “*...os alvéolos, é como se fosse cada um deles um balão... quando esvazia fica com ar residual...o tabaco ajuda a destruir algumas partes e o ar residual é cada vez maior... por isso não se faz corretamente as trocas gasosas.* (LSA, Q166, S2, E3)”.

Quanto ao conhecimento sobre o regime terapêutico aparenta haver discrepância entre os participantes com literacia em saúde inadequada “*Não nunca me falaram sobre isso, bem precisava* (LSI, Q211, S2, E1)” e os restantes níveis. Contudo os participantes com literacia em saúde adequada demonstram estarem mais esclarecidos “*Devo ter o pulmão muito hidratado, ... faço os exercícios de reabilitação respiratória ...gosto de andar a pé, não me canso tanto, faço aquela bombinha diariamente* (LSA, Q210, S2, E1)” e “*Faço de manhã e à noite os exercícios, os que são para repetir, nos dias que não vou ao centro* (LSM, Q153, S1, E2)”.

Estes resultados não são corroborados pela literatura quando refere que a baixa LS é uma variável relacionada com a má condição de saúde, consciência tardia do prognóstico da doença, baixa adesão ao regime terapêutico e aumento de readmissões hospitalares (Disler, Gallagher & Davidson, 2012; Nutbean, 2000, 2008; Sadeghi et al., 2013) entre outros autores. O utente com DPOC, tem pouco conhecimento sobre a sua doença, mas, as experiências relacionadas com a saúde, como os cuidados e o sistema de saúde, o contacto com a linguagem médica, seja por situações de promoção da saúde, vigilância médica ou situações de doença temporária ou crónica, são “antecedentes” que contribuem para melhorar a LS. Assim, perante uma doença crónica, o contacto prolongado com o sistema de saúde contribui para a compreensão e o conhecimento do próprio estado de saúde, como para o desenvolvimento de competências para gerir, tomar decisões e utilizar adequadamente os serviços de saúde (Speros, 2005). Contudo, a LS, pode ser confundida com a familiaridade das pessoas com o sistema de cuidados de saúde. Uma pessoa com uma doença crónica, contacto prolongado com o sistema e os profissionais de saúde, e com capacidade funcional mais limitada pode ter um nível de literacia funcional em saúde mais elevado do que seria esperado com base no seu grau de escolaridade (Parker, 2000).

3.2. Domínio da Informação

No domínio da informação identificámos três categorias referente à transmissão, ao nível de compreensão e à estratégia. Do mesmo modo para cada categoria delineámos subcategorias. Para a categoria transmissão, determinámos o emissor e o canal referente à forma de transmissão, oral e escrita. Para o nível de compreensão considerámo-la elucidativa ou desorganizada. E por fim, como estratégias de informação estabelecemos as subcategorias: (1) Auditiva, onde incluímos as entrevistas e as chamadas telefónicas; (2) Leitura, englobámos as orientações escrita, como os folhetos, bulas de medicamentos e figuras; (3) Tecnologia digital, refere-se às novas tecnologias, como acesso à internet, vídeos, filmes; (4) Recursos de proximidade e (5) Demonstração, método pedagógico para exemplificar técnicas, procedimentos ou exercícios.

A tabela nº 2 (p.6) apresenta as UE em conformidade com mencionado anteriormente. Observando a distribuição das UE pelos níveis de LS, verificamos relativamente à categoria transmissão, os participantes elegem os mesmos profissionais de saúde (médico, enfermeiro e terapeuta) para obtenção da informação. Contudo, os participantes com nível de literacia em saúde marginal e adequada, manifestam mais frequentemente a

oportunidade dos recursos existente para se esclarecerem, sendo a subcategoria oral a preferida “Foi a médica que explicou (LSA, Q188, S1, E3)”; “enfermeiros é que me explicaram como se fazia (LSM, Q153, S1, E2)” e “Terapeuta... conversa face a face (LSA, Q167, S2, E2)”. Segundo refere Poinhos et al., (2017) no seu estudo, os participantes têm maior tendência para obter a informação em primeira mão dos profissionais de saúde, seguido da família, sites de saúde e amigos. Contudo, segundo os mesmos autores, frequentemente, usam a internet e os profissionais de saúde como recurso à informação de saúde, mas o recurso mais confiável é quando a informação é transmitida pelos profissionais de saúde. Vários estudos têm demonstrado que a população com baixo nível de LS confiam menos nas informações através dos profissionais de saúde (Chen et al., 2018; Paasche-Orlow & Wolf, 2007). Esta perceção provavelmente, estará relacionada com experiências negativas de cuidados de saúde bem como a não valorização da informação, não terem o apoio expectável para os seus problemas de saúde ou não compreenderem as informações (Wangdahl, Lytsy, Martenson & Westerling, 2015).

Tabela 2. Domínio da informação e a distribuição das categorias e subcategorias pelos níveis de literacia em saúde

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS		UNIDADE DE ENUMERAÇÃO (UE)		
			LS Inadequada	LS Marginal	LS Adequada
TRANSMISSÃO	Emissor		6	11	12
	Canal	Oral	6	7	6
		Escrita	4	5	4
NÍVEL DE COMPREENSÃO	Elucidativo		4	11	9
	Desorganizado		8	3	7
ESTRATÉGIAS	Auditiva	+	3	5	7
		-	2	2	1
	Leitura	+	8	8	11
		-	3	1	3
	Tecnologia digital	+	-	3	2
		-	3	4	7
	Recurso de Proximidade		4	7	3
	Demonstração	+	4	5	3
		-	-	-	1

Ao nível da compreensão salientamos o facto de serem os participantes com nível de LS marginal que referem maior compreensão da informação “fizeram a demonstração, repeti várias vezes ... ter feito ficou mais fácil para perceber e fazer a sequência (LSM, Q306, S2,

E3), comparando com o resultado obtido pelos participantes do nível de literacia em saúde adequado, na subcategoria desorganizado.

Face a este resultado questionamo-nos sobre se a forma como foi realizada a transmissão estará adequada às necessidades desses participantes *“quando vamos à consulta somos bombardeados de muita informação (...) não retemos nem metade da informação transmitida... a bula contém muita informação e podemos ter dificuldade em assimilar tudo, e ficarmos apreensivas ou confusas (LSA, Q166, S2, E3)”*.

A comunicação é um fenómeno complexo que envolve competência escrita, visual, auditiva, verbal e emocional. Estas competências são essenciais na interação entre o utente e o profissional de saúde (Shum, et al, 2018). A utilização da informação depende de 4 fatores: (1) estar disponível; (2) os utentes devem ter esse conhecimento; (3) tempo disponível para aceder à informação e (4) compreendê-la (Longo & Patrick, 2001). O conteúdo da informação deve ser disponibilizado pelo profissional de saúde, através da linguagem verbal ou não verbal, de forma clara e que o utente consiga entender. Contudo, 50% da informação não é memorizada, o tempo de interação profissional de saúde-utente é reduzido e requer disponibilidade e de tempo, de todos, para o ensino e aprendizagem de técnicas (Alpach, 2004; Closheys, 2015), nomeadamente o conhecimento sobre a sua condição de saúde, de utilização dos inaladores, de administração da oxigenoterapia de longa duração, dos exercícios respiratórios e da ventilação não invasiva, como é o caso dos utentes com DPOC.

Segundo Vaz Almeida & Bellim (2018) referenciando *The Join Commission*, 2016, para melhorar a compreensão da informação pelos utentes, especialmente daqueles com baixa LS, enunciaram um conjunto de orientações: (1) Avaliar as capacidades de literacia em saúde ; (2) Usar uma linguagem simples, clara e acessível ao comunicarem; (3) Mostrar ou desenhar, para melhorar a compreensão e memorização; (4) Limitar a quantidade de informação em cada interação; (5) Repetir as informações de saúde e encorajar o utente a repetir pelas suas próprias palavras (*teach-back*); (6) Ser respeitador e cuidadoso com a linguagem e sentimentos do doente; (7) Não interromper a locução do utente antes de ele expressar os sentimentos e problemas; (8) Encorajar o utente a participar ativamente através de perguntas abertas, p.e. *“o que posso fazer por si?”*, *“do que é que se queixa?”* e (9) Aceitar os sentimentos do utente sem reação ofensiva ou defensiva.

Assim, a técnica que os profissionais de saúde devem usar para avaliar se o utente compreendeu ou não a informação transmitida baseia-se no método “teach-back” e “check-back”. Estes métodos melhoram a compreensão e interiorização da informação por associar a dimensão cognitiva com a dimensão instrumental, a demonstração e a reprodução (Join Commission, 2007; Shum et al., 2018).

Relativamente à categoria estratégia de informação se fizermos a análise global da tabela, em todos os níveis de LS, as UE situam-se, na sua maioria, na subcategoria de leitura, 27UE: “... o folheto informativo se tiver imagens ou fotografias, (...) ajuda a lembrar as informações e a técnica (LSA, Q166, S2, E3)”; “Escrita clara e com imagens, ajuda a compreender o que se lê (...) complementa a informação ou esclarece as dúvidas (LSM, Q153, S1, E2)” e “Era melhor se tivesse uma folhinha com as informações escritas (...) de forma simples (...) e fizesse os desenhos (LSI, Q272, S1, E1)”.

Seguem-se as subcategorias, auditiva e de recurso de proximidade, 15 e 14 UE respetivamente, “ligo, nem sempre atendem à 1ª, mas atendem sempre (...) as enfermeiras ajudam a esclarecer no momento (...). médico retribui a chamada (LSA, Q166, S2, E3)”; “Geralmente ligo para a saúde 24 e eles explicam tudo (LSM, Q181, S1, E1)”; “Vou à farmácia. Elas explicam tudo muito bem (LSI, Q211, S2, E1) e ”posso falar com a enfermeira (...) complementar a informação, reforçar o que sei, aconselhar (LSI, Q154, S2, E2)”. Sendo ainda significativa a subcategoria de demonstração com 12 EU: “Treinei aqui os exercícios no hospital e repito da mesma forma em casa (LSA, Q188, S1, E3)”; “tinha um inalador igual ... depois repeti eu ... assim é mais fácil fazer tudo certo, ver e repetir (LSM, Q304, S2, E2)” e “no hospital explicavam-me como se fazia e mostravam para eu ver (LSI, Q272, S1, E1)”. A utilização da tecnologia digital como estratégia de informação é considerada pouco relevante pelos participantes, com 14 EU desfavoráveis, como referem: “... É muita informação muitas vezes variada sobre o mesmo assunto e nem sempre credível (LSA, Q166, S2, E3)”; “Não. O computador para mim é só para entretenimento (LSM; Q181, S1, E1)” e “Sim tenho, ... existem hospitais e médicos para nos informar e esclarecer, tirar dúvidas...é mais certo, mais seguro (LSI, Q154, S2, E2)”.

De acordo com Roter (2011) os utentes com baixa literacia em saúde, melhoram a compreensão da informação oral quando esta é mais interativa, recorrendo à simulação, e contribui positivamente para a relação interpessoal, satisfação do utente e capacidade de tomada de decisão.

O estudo realizado por Jessup et al., (2018) refere que a população em estudo prefere a transmissão da informação durante hospitalização assente em 5 categorias: a boa qualidade da comunicação, apoio social na saúde, boa preparação da alta, *continuum* dos cuidados e o acesso à qualidade de informação, em casa. Assim, relativamente à qualidade da comunicação os resultados assentam na relação de confiança, identificação das necessidades e preferências sobre a transmissão da informação, linguagem clara e simples e utilizando o método de *check-back*. Na preparação da alta, privilegiam a informação escrita acompanhada de pictogramas ou imagens apropriadas que devem ser esclarecidas e interpretadas em conjunto com o utente e família. No acesso à qualidade de informação os profissionais de saúde devem indicar os melhores recursos através das tecnologias digitais, fornecendo "*links*" fiáveis com os websites das instituições de saúde e da saúde em geral ou relacionados especificamente com a sua situação de saúde. Estes dados vêm reforçar as estratégias de informação das preferências dos utentes deste estudo. Neste contexto parece ser conveniente a utilização destas estratégias para melhorar a qualidade da transmissão da informação nos cuidados de saúde, ou seja, contribuir para uma melhor literacia em saúde.

Em suma, à medida que o compromisso respiratório se agrava nesta população, pela presença de hipoxemia e hipercapnia, bem como das situações de depressão e ansiedade, surge a dificuldade do raciocínio abstrato, da memorização, da concentração e da coordenação motora para tarefas simples (Esmond, 2005; Roberts, Ghiassi & Partridge, 2008). Um regime terapêutico complexo e de longa duração exige que as pessoas com DPOC tenham competências cognitivas e instrumentais para a gestão da sua condição de saúde, adaptar-se às limitações e manusear adequadamente os equipamentos necessários. Assim, esse compromisso pode influenciar a capacidade de compreensão da informação verbal (oral e escrita), de aprendizagem e de tomada de decisão (Sadeghi et al., 2013), dificultando a adesão e os benefícios do regime terapêutico.

Face ao exposto, os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, devem ter competências de comunicação e a capacidade de avaliar as necessidades de cada utente e seu nível de LS, de forma a conhecerem as suas particularidades para direcionarem as estratégias de informação, tendo em vista a melhoria do conhecimento e da sua condição de saúde.

4. CONCLUSÃO

Neste estudo, identificámos cinco estratégias de eleição da informação, nesta população, independentemente do nível de literacia. Foram evidenciadas, em associação, as estratégias mais facilitadoras da compreensão da informação e do cumprimento das instruções, que elencamos: Auditiva - informação face a face (entrevista); Leitura - folhetos e pictogramas; Demonstração - exemplificar a técnica ou procedimento e a repetição; e, quando necessário, o recurso de proximidade para esclarecimento de dúvidas - farmacêutico, amigos/família da área da saúde. Constatamos, ainda, ser menos valorizado o recurso às tecnologias digitais por considerarem menos credíveis. Segundo a *The Joint Commission* (2007) os padrões de acreditação salientam como direito fundamental a necessidade de o utente receber informação oral e escrita sobre seus cuidados de saúde de forma a facilitar o entendimento dessas informações. É, também, enfatizada a necessidade contribuir para o conhecimento recorrendo a uma abordagem de ensino- aprendizagem, direcionada para o utente.

As preocupações que estes utentes demonstraram estão relacionadas com a dificuldade de compreensão da informação em saúde, o acesso e o cumprimento das orientações, pelo o que é conveniente selecionar informação de qualidade, recorrer a estratégias de fácil acesso, centradas no utente e nas quais eles confiem.

Deste modo, preconiza-se, que os profissionais de saúde adotem uma linguagem simples, clara, sem jargões, sobre os problemas de saúde, com informação específica e adequada. Só desta forma estes serão capazes de tomar medidas de promoção e de proteção da sua saúde e bem-estar, e, consequentemente, melhorar a LS, fundamental para o sucesso da interação com o profissional de saúde e as pessoas alvo de cuidados de saúde. Promover o direito e o acesso à informação sobre a saúde e sistemas de saúde centrados no utente, facilita a aprendizagem e a aquisição das competências necessárias à tomada duma decisão informada (US DHHS, 2010). A análise de conteúdo tem como foco o estudo de um fenómeno pouco conhecido e resulta dos relatos e da opinião dos participantes, padecendo de um défice de objetividade, pelo o que é necessário realizar mais estudos para alargar o conhecimento sobre esta temática.

Agradecimentos. A todos os utentes que contribuíram para este estudo.

5. REFERÊNCIAS

- Aldoory, L. (2017). The status of health Literacy Research in Health Communication and Opportunities for Future Scholarships. *Health Communication*, 32 (2), 211-218. DOI.org/10.1080/10410236.2015.1114065
- Alpach, G. (2004). Communication Health Information: An Epidemic of the Incomprehensible. *American Association of Critical Care Nurse (AACCN)*. 24 (4), 8-13. DOI.org/10.4037/ccn2004.4.8
- Bárbara, C., Rodrigues, F., Dias, H., Cardoso, J., Almeida, J., Matos, M.J. et al. (2013) Prevalência da doença pulmonar obstrutiva crónica em Lisboa, Portugal: estudo Burden of Obstructive Lung Disease. *Rev Port Pneumol*. 19 (3), 96-105.
- Bardin, L. (2014). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Chen, X., Hay JL, Waters EA, Kiviniemi MT, Biddle C, Schofield E, et al (2018). Health literacy and use and trust in Heal Information. *Journal Health Communication*. 23 (8):724-734. DOI: 10.1080/10810730.2018.1511658.
- Clochesy, J.M. (2015). Wait, won't! Want: Barriers to health care as perceived by medically and socially disenfranchised communities. *Journal of Health and Human Services Administration*. 38 (2), 174-214. PMID: 26442361
- Direção Geral de Saúde.(2016). Programa Nacional para as Doenças Respiratórias (PNDR) 2012-2016. Acedido em <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-as-doencas-respiratorias-2012-2016-pdf.aspx>
- Direção Geral de saúde. (2016). A Saúde dos portugueses, 2016. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Acedido em https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica/ficheiros-externos-pnpaf/pub_a-saude-dos-portugueses-pdf.aspx
- Disler, R.T. Gallagher, R.D. & Davidson, P.M. (2012). Factors influencing self-management in chronic obstructive pulmonary disease: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*. 49, 230-242.
- Esmond G, editor. *Enfermagem das doenças respiratórias*. Loures: Lusociência; 2005.
- Guimarães, E. & Évora, Y. (2004). "Sistema de Informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência." *Cl. Inf. Brasília*, 72-80.
- Jessup R.L., Osborne, R.H., Bushbinder, R. & Beauchamp, A. (2018). Using co-design to develop interventions to address health literacy needs in a hospitalised population. *BCM Health Services Research*. 18:989, 1-13 DOI.org/10.1186/s12913-018-3801-7
- Kale M.S., Federman, A., Krauskopf, K., Wolf, M., O'Connor, R., Martynenko, M. et al. (2015). The association of health literacy with illness and medication beliefs among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *PLoS One*. 10(4):1-10.
- Long, D.R. & Patrick, T.B. (2001). Consumers reports and health care information: a call for research. *Journal of Health Care Finance*. 28, 92-96. PMID:11669296
- Nielson-Bohlman, L., Panzer, A.M. & Kindig, D.A. (Eds) (2004) *Health Literacy: A prescription to end confusion*. Washington, DC: National Academy Press.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int*. 15 (3), 259-67.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of Health literacy. *Social Science & Medicine*. 67 (12), 2072-2078.

- Omachi, T., Sarkar, U., Yelin, E.H., Blanc, P.D. & Katz, P.P. (2013). Lower health literacy is associated with poorer health status and outcomes in chronic obstructive pulmonary disease. *J Gen Intern Med.* 28 (1), 74-81.
- Paasche-Orlow, M.K. & Wolf, M.S. (2007). The casual pathways linking Health Literacy to health outcomes. *American Journal of Health Behavoir.* 31 (1), S19-S26.
- Pamplona, P. & Morais, L. (2007). Treino de exercício na doença pulmonar obstrutiva. *Rev Port Pneumol.* 13 (1), 101-28.
- Parker, R. (2000). Health Literacy: a challenge for American patients and their health care providers. *Health Promot Int.* 15 (4): 277-83.
- Parker, R.M., Baker, D.W., Williams, M.V. & Nurss, J.R. (1995). Test of Functional Literacy in Adults. A New Instrument for Measuring Patients' Literacy Skills. *Journal of General Internal Medicine,* 10, 537-541.
- Poinhos, R., Oliveira, B.M., Van der Lans, I. A., Fisher, A.R., Berezowaska, A., Rankin, A., ... Almeida, M.D. (2017). Providing personalized nutrition: Consumers' trust and preferences regarding sources information, service providers and regulators and communication channels. *Public Health Genomics.* 20 (4), 218-228.
- Polit, D. & Beck, C. (2018). Qualitative Designs and Approaches. Polit, D. & Beck, C. Essentials for Nursing Research: appraising evidence for nursing practice (pp.183-197). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Press, V. G., Au, D. H., Feemster, L. C., Bourbeau, J., Dransfield, M. T., Gershon, A. S. et al (2019). Reducing chronic obstructive pulmonary disease hospital readmissions: An official American Thoracic Society workshop report. *Annals of the American Thoracic Society,* 16(2), 161–170. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201811-755WS>
- Regulamento nº 190/2015. Regulamento de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Ordem dos Enfermeiros . Diário da República, 2ª série (Nº 79 — 23 de abril de 2015). 10087-10090.
- Roberts N.J., Ghiassi, R. & Partridge M.R. (2008). Health Literacy in COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 3 (4), 499-507.
- Roter, D.L. (2011). Oral literacy demand of health care communication: challenges and solutions. *Nursing Outlook.* 59, 79-84.
- Sadeghi, S., Brooks, D., Stagg-Peterson, S. & Goldstein, R. (2013). Growing awareness of the importance of health literacy in individuals with COPD. *J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 10 (1), 72-8.
- Santos, A. C., Barreto, C., Barata, F., Froes, F., Carvalho, I., Pité, I. et al. (2018). 13º Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. In *Observatório nacional das doenças respiratórias.* https://www.ondr.pt/files/Relatorio_ONDR_2018.pdf
- Selden, C., Zorn, M., Ratzan, S. & Parker, R. (2000). National Library of Medicine Current Bibliographies in Medicine: Health Literacy. Bethesda, Md. National Library of Medicine.
- Sharifirad, G., Mostafavi, F., Reisi, M., Mahaki, B., Javadzade, H., Heidarabadi, A. & Esfahanil, M. (2015). Predictors of Nurses' Intention and Behavoir in Using Health Literacy Strategies in Patient Education based on the Theory of Planned Behavior. *Materia Socio Medica,* 27 (1), 23-26 DOI: 10.5455/msm.2014.27.23-26.
- Sørensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health,* 12(1), 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>.
- Sousa, P. (2006). Sistema de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde - um modelo explicativo (1ª ed.). Coimbra: Formasau.

- Speros C. (2005). Health literacy: concept analysis. *J Adv Nurs*. 50 (6), 633-40.
- Spruit, M. A., Singh, S. J., Garvey, C., Zu Wallack, R., Nici, L., Rochester, C. et al (2013). An official American thoracic society/European respiratory society statement: Key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 188(8). <https://doi.org/10.1164/rccm.201309-1634ST>
- Shum, J., Poureslami, I., Wiebe, D., Doyle-Waters, M., Nimmon, L. & Fitzgerald, J. (2017). Airway disease and health literacy (HL) measurement tools: systematic review to inform and practice respiratory research. *Patient Education and Counseling*. 101, 596-618. DOI.org/10.1016/j.pec.2017.10.011.
- Teixeira, J.A.C. (2004). Comunicação em saúde: Relação técnicos de saúde-utentes. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada
- The Join Commission. Division Public Policy Initiative (2007). What Did the Doctor Say?" Improving Health Literacy to Protect Patient Safety. Join Commission (Ed.) US: Illiannois. Acedido em <https://psnet.ahrq.gov/issue/what-did-doctor-say-improving-health-literacy-protect-patient-safety>18.02.2020
- US Department of Health and Human Services (2010). Health Communication. In Healthy People 2010. Final review. *PHS Publication*, 1(11-2), 221-231. http://www.cdc.gov/nchs/data/hpdata2010/hp2010_final_review.pdf
- Vaz Almeida, C. & Belim, C. (2018). Healthy Thanks to Communication: a model of communication to optimize health literacy - Assertiveness, Clear Language and Positivity. In Papalois, V. & Theodosopoulou, M. (Eds) (2018). *Optimise Health Literacy for Improving Clinical Practices*. (8, 124-152). Us: IGI Global. DOI:10.4018/978-1-5225-4074-8.ch008
- Wangdahl, J., Lytsy, P., Martensson, L. & Westerling, R. (2015). Health Literacy and refugees' experience of health examination for asylum seekers. A Swedish cross-sectional study. *BCM Public Health*. 15 (1), 1162 DOI: 10.1186/s12889-015-2513-8.

PERCEPÇÃO DAS MERENDEIRAS DE CARAPICUÍBA - SÃO PAULO, BRASIL, SOBRE ASPECTOS DA SUA ATUAÇÃO PROFISSIONAL

Nyvian Alexandre Kutz¹, Danielle Martins Pereira¹, Marianne de Faria Chimello¹, Alfredo Almeida Pina-Oliveira², Denise Cavallini Cyrillo³, Marcia Maria Hernandez de Abreu de Oliveira Salgueiro^{1,4}

^{1,4}Centro Universitário Adventista de São Paulo, Brasil. nyvian.kutz@unasp.edu.br, d.pmartins@outlook.com, marianne-fc@hotmail.com, marciasalgueironutricionista@yahoo.com.br, marciasalgueironutricionista@yahoo.com.br

²Universidade de São Paulo, Brasil. dccyrill@usp.br

³Universidade Universus Veritas Guarulhos (UNIVERITAS-UNG), Brasil, aapo_enf@yahoo.com.br

Resumo. Introdução: A promoção de uma alimentação adequada no ambiente escolar tem como personagem fundamental as merendeiras, consideradas agentes de saúde na escola, que tendem a repassar seus hábitos alimentares aos alunos. Objetivo: Analisar a percepção de merendeiras sobre alimentação saudável e aspectos da sua atuação profissional. Método: Estudo transversal, qualitativo, desenvolvido com merendeiras das escolas municipais de Carapicuíba. Foi utilizada a técnica de entrevista semiestruturada individuais e a análise de conteúdo temática aplicada às transcrições para a compreensão crítica do assunto. Resultados: A idade média das 32 merendeiras entrevistadas era de 53,03 anos; classificadas em obesidade; a maioria vivendo com companheiro e pertencentes à classe socioeconômica C. Foram identificados oito temas emergentes das entrevistas: Alimentação em casa *versus* alimentação na escola; Alterar o cardápio; Trocas de experiências culinárias; Alimentação saudável; Alimentação escolar; Alimentação e a saúde dos alunos; Papel da merendeira e; Insegurança alimentar e nutricional; Conclusões As percepções sobre alimentação saudável apontam para um conhecimento do conceito do termo, mas os demais apontamentos demonstram dificuldade de aplicar o conceito na prática. As concepções sobre os diversos aspectos de sua atuação remontam à importância do seu papel na alimentação escolar, manifestado em cada tema encontrado.

Palavras-chave: Estado Nutricional; Alimentação Escolar; Hábitos Alimentares; Promoção da Saúde; Pesquisa Qualitativa.

PERCEPTION OF THE SCHOOL COOKS OF CARAPICUÍBA - SÃO PAULO, BRAZIL, ON ASPECTS OF THEIR PROFESSIONAL PERFORMANCE

Abstract. Introduction: The promotion of adequate food in the school environment has as its fundamental character the school cooks, considered health agents at school, who tend to pass on their eating habits to students. Goal: Analyze the perception of school cooks about healthy eating and aspects of their professional performance. Method: Cross-sectional, qualitative study, developed with school cooks from the municipal schools of Carapicuíba. The individual semi-structured interview technique and thematic content analysis applied to the transcripts were used to critically understand the subject. Results: The average age of the 32 interviewed school cooks was 53.03 years; classified in obesity; the majority living with a partner and belonging to socioeconomic class C. Eight themes emerged from the interviews were identified: Food at home *versus* food at school; Change the menu; Exchanges of culinary experiences; Healthy eating; School feeding; Food and student health; Role of the school cooks and; Food and nutritional insecurity. Conclusions: The perceptions about healthy eating point to a knowledge of the concept of the term, but the other notes demonstrate difficulty in applying the concept in practice. The conceptions about the different aspects of its performance go back to the importance of its role in school feeding, manifested in each theme found.

Keywords: Nutritional Status; School Feeding; Eating Habits; Health Promotion; Qualitative Research.

1. INTRODUÇÃO

A promoção da alimentação adequada no ambiente escolar envolve toda a comunidade escolar, mas tem as merendeiras como elemento operacional central, consideradas como agentes de saúde na escola (Xavier et al., 2011a).

A participação das merendeiras na escolha dos alimentos pode determinar mudanças no cardápio oferecido, com base na percepção das mesmas acerca das preferências alimentares e a aceitação dos alunos, ou por seu conhecimento sobre os estoques disponíveis nas escolas (Carvalho et al., 2008), visando minimizar desperdícios e a utilização racional dos gêneros.

A escola como local de promoção de saúde, por meio do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), deverá fazer a introdução de novos alimentos (ABERC, 2008), em quantidade e qualidade adequados a cada fase do desenvolvimento (Brasil, 2012), a partir de um cardápio adequado, elaborado pelo nutricionista responsável técnico, consultando os outros atores envolvidos na alimentação escolar, como merendeiras, gestores e os próprios alunos (Brasil, 2013).

Os hábitos alimentares se desenvolvem ao longo da vida, de forma dinâmica, e podem mudar durante o crescimento. Assim, hábitos alimentares saudáveis devem ser estimulados precocemente, pois o aprendizado adquirido na infância e adolescência permanece durante todo o ciclo vital (Madruga et al., 2012).

As merendeiras, envolvidas diretamente na alimentação escolar, conseguem transformar as regras e leis que o Governo Federal estabelece, em refeições saborosas. Seu papel é essencial para o sucesso das políticas públicas de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) e Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) (Brasil, 2018). A alimentação escolar é preparada por estes profissionais que, indiretamente, tendem a repassar seus hábitos alimentares aos alunos (Xavier et al., 2011b) influenciando o consumo alimentar dos mesmos (Accioly, 2009).

Também possui os recursos humanos necessários: nutricionistas responsáveis pelo PNAE; gestores e professores que devem incluir o tema alimentação saudável e adequada no plano pedagógico (Brasil, 2013); merendeiras capacitadas para fornecer refeições nutricionalmente equilibradas; pais que atuam ativamente no Conselho de Alimentação

Escolar e; alunos que participam no aperfeiçoamento das práticas alimentares exercidas na escola (Brasil, 2009).

Nesse contexto, cabe apresentar as percepções que as merendeiras têm sobre os princípios que norteiam uma alimentação saudável, como essa percepção reflete em seu cotidiano e, conseqüentemente, como se expressam em suas atividades profissionais; além da autopercepção de seu papel na educação nutricional do alunado.

Sendo assim, este trabalho se propõe a analisar a percepção de merendeiras sobre alimentação saudável e aspectos da sua atuação profissional.

2. MÉTODO

Foi um estudo transversal, qualitativo, desenvolvido com merendeiras de 44 escolas municipais de Carapicuíba – SP, divididas em 15 creches (berçário e maternal), 23 de educação infantil (pré I e pré II) e 6 de ensino fundamental anos iniciais. Foram identificadas 145 merendeiras que preparavam e serviam refeições e lanches conforme cardápio definido pelas nutricionistas vinculadas à Secretaria Municipal de Educação. A modalidade creche contava com 31,03% das merendeiras da rede municipal, a educação infantil com 52,41% e o ensino fundamental anos iniciais com 16,56%.

Todas as merendeiras foram convidadas a participar da pesquisa por meio de convite realizado oralmente na reunião anual de capacitação, em julho de 2017.

O projeto foi aceito pela Secretaria Municipal de Educação de Carapicuíba e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo sob o CAAE 69597617.0.0000.0067. Após a devolutiva dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido assinados, iniciou-se a coleta de dados.

Vale destacar que este manuscrito apresenta uma parte dos dados coletados na pesquisa original, que contou com a participação de 68 merendeiras para a coleta de dados quantitativos (caracterização, classificação socioeconômica, antropometria, perfil do consumo alimentar e outros hábitos de vida e, qualidade de vida), das quais 32 foram selecionadas para a coleta de dados qualitativa. Para tanto, foi utilizada amostragem por conveniência, considerando a modalidade da escola (creche, educação infantil e ensino fundamental anos iniciais) e sua representatividade dentro da amostra.

As percepções das merendeiras foram obtidas por meio de entrevista semiestruturada, pois segundo Minayo (2010), essa técnica é orientada por um roteiro, mas com abertura a outras questões que a aprofundam. Nesse caso, objetivou-se compreender a percepção das merendeiras sobre alimentação saudável e aspectos da sua atuação profissional, concepções da alimentação das participantes, da alimentação escolar, do próprio trabalho e de suas responsabilidades.

O roteiro de perguntas utilizado nesta pesquisa apresentava as seguintes perguntas: 1. Como é a sua alimentação quando não está na escola? 2. Existem semelhanças e/ou diferenças entre as preparações que você faz na escola e em casa? Quais seriam? 3. Existe uma troca de experiência na formulação das preparações? 4. O que você entende por alimentação saudável? 5. Você considera a alimentação escolar como saudável? Se não, o que precisaria ser alterado para mudar esse quadro? 6. De que forma a merenda escolar influencia a saúde dos alunos? 7. Como você descreveria o seu papel como merendeira?

Este roteiro foi testado num piloto, sendo aplicado com duas merendeiras, que foram excluídas do levantamento final das entrevistas, a fim de avaliar o entendimento das questões e a qualidade das respostas obtidas. As entrevistas foram gravadas, em local reservado, individualmente, garantindo o sigilo das participantes.

Do total das 44 escolas, 14 apresentaram recusa de todas as merendeiras atuantes para participarem da pesquisa, por meio de carta assinada e enviada pela diretoria de cada escola em resposta à pesquisadora responsável.

Das 30 escolas participantes, participaram 32 merendeiras nas seguintes proporções: 25% na modalidade creche, 59,38% em educação infantil e 15,63% no ensino fundamental anos iniciais.

Os discursos obtidos nas entrevistas foram transcritos e analisados utilizando-se para tal a Análise de Conteúdo Temática proposta por Bardin (2009) e Bernard, Wutich e Ryan (2017), para a compreensão crítica do assunto.

Na pré-análise foi realizada leitura flutuante de todas as entrevistas, que constituíram o corpus do estudo, objetivando-se definir os temas, utilizando como indicador a repetição e relevância. Tanto a construção dos temas quanto as hipóteses foram realizadas *a posteriori*, de forma indutiva.

Optou-se por utilizar abordagem êmica, cuja visão dos observados, de forma interna, adotam uma postura particular, única e analítica (Rosa & Orey, 2012).

Na etapa exploratória do material utilizou-se a técnica manipulativa de *cutting and sorting* (Ryan & Bernard, 2003), que envolve a identificação das citações ou expressões que de alguma forma parecem importantes e depois organização delas em seções de sentido comum, agrupando os trechos. Foi tomado o cuidado, ao grifar o material, de manter o sentido/contexto de modo que, após realçar, o trecho permanecesse inteligível. Não foi estabelecida uma unidade de registro (número de palavras ou quantidade de linhas), utilizando-se apenas a unidade de contexto, definida como frase (Bardin, 2009).

Os trechos foram agrupados, por cores, de acordo com a repetição de ideias e pelas semelhanças nos sentidos. Em seguida, analisaram-se os discursos a fim de formar as categorias de análise (temas) (Bardin, 2009).

Após essas etapas, iniciou-se a análise, primeiramente por meio da construção de um *codebook* (guia de codificação), a fim de apresentar os temas, suas definições e como deveriam ser aplicados (Bardin, 2009; Macqueen, Mclellan & Milstein, 1998; Bernard, Wutich & Ryan, 2017) e sua aplicação pela pesquisadora responsável.

A segunda etapa da análise se deu pela aplicação do *codebook* por uma segunda codificadora, com auxílio dos softwares Word e Excel, ambos do pacote Microsoft Office para Windows, ano 2013, dando a liberdade para criar novos temas e/ou agrupar temas existentes. A pesquisadora convidada para a codificação foi a coorientadora desta pesquisa, por ter contato com a pesquisa e estar familiarizada com o tema, a metodologia e a aplicação do *codebook*.

Em seguida, avaliou-se a concordância entre as codificadoras quanto às categorizações, discutindo cada tema até obter um consenso. Feito isso, somou-se, para cada tema: (1) o número de unidades de análise que as codificadoras categorizaram de maneira igual, (2) o número de unidades de análise que somente a codificadora 1 categorizou, (3) o número de unidades de análise que somente a codificadora 2 categorizou e, após discussão para consenso, (4) o número de unidades de análise que não foram categorizadas. Desta forma, tornou-se possível o cálculo do coeficiente Kappa de Cohen (Bernard, Wutich & Ryan, 2017), que foi calculado pelo software online GraphPad Quick-Calcs, e classificado pelo coeficiente de Landis e Koch (1977).

As unidades de análise não categorizadas foram excluídas após acordo entre as codificadoras, que consideraram a relevância dos trechos para o tema proposto, trechos sobre experiências vividas por outras pessoas e trechos com sentido dúbio ou ambíguo, concluindo assim, a etapa de aplicação do *codebook*.

Os temas encontrados e seus nemônicos serão descritos na seção seguinte e apresentados segundo seus aspectos centrais e periféricos, ou seja, os aspectos que mais representam o tema, mais apareceram nas falas dos entrevistados e os que surgiram com menor frequência, de forma a extrair as principais informações obtidas pelas falas analisadas no *codebook* (Bernard, Wutich & Ryan, 2017).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A idade média das 32 merendeiras estudadas era de 53,03 anos; com circunferência da cintura média de 96,3 cm, indicativo de risco substancialmente elevado para doença metabólica; média de 30,36 Kg/m² de índice de massa corporal, classificando obesidade; 59,38% vivendo com companheiro e 62,5% pertencentes à classe socioeconômica C.

A análise de conteúdo temática das entrevistas permitiu identificar oito temas emergentes, sendo eles Alimentação em casa versus alimentação na escola (ACE), Alterar o cardápio (ALT), Trocas de experiências culinárias (TEC), Alimentação saudável (ALS), Alimentação escolar (AES), Alimentação e a saúde dos alunos (ASA), Papel da merendeira (PAM) e Insegurança alimentar e nutricional (IAN). A confiabilidade calculada pelo coeficiente Kappa variou entre substancial e quase perfeita.

O primeiro tema tem enfoque na alimentação da própria merendeira e traz nuances da **alimentação em casa versus alimentação na escola**. Este tema traz as diferentes formas de cozinhar no contexto familiar e para os alunos. Tem como aspecto central o uso de temperos diferenciados quando se cozinha em casa, indicando que em casa elas utilizam temperos naturais e industrializados, atendendo às preferências da família. Na escola utilizam os temperos disponibilizados pela Prefeitura, definidos pelas nutricionistas responsáveis pela alimentação escolar, que são exclusivamente temperos frescos e naturais (alho, cebola, coentro, salsinha e cebolinha).

Neste tema, observaram-se dois aspectos periféricos, sendo um o cardápio da escola, que impede uma variedade maior de preparações, ao passo que em casa existe maior liberdade.

O outro aspecto corresponde à utilização de gordura em maior quantidade quando se cozinha em casa.

O segundo tema diz respeito a **alterar o cardápio**, que apresenta casos em que a merendeira precisa alterar o cardápio pela ocorrência de imprevistos para a execução do mesmo. Este tema apresenta um aspecto central baseado na alteração do modo de preparo, onde esclarecem não possuírem autonomia para modificar o cardápio a menos que alterem as preparações planejadas utilizando os mesmos ingredientes programados para o dia.

Apesar de apontarem não poder alterar o cardápio, elas conseguem criar “brechas” para modificar e incrementar preparações que melhorem tanto a aceitação quanto a qualidade nutricional do cardápio, agrupando saberes e percepções pessoais a conhecimentos técnicos, visando a promoção da saúde dos alunos.

O terceiro tema traz as **trocas de experiências culinárias** que as merendeiras fazem entre si, com a comunidade escolar e que levam ou trazem de casa. O aspecto central deste tema é a busca pela melhor aceitação do cardápio e ressalta-se que trocas de experiências culinárias realizadas por merendeiras de escolas diferentes, como é o caso da receita do peixe famosa em uma das escolas, favorece a aceitação desse tipo de alimento, tanto nas escolas quanto com as famílias das merendeiras.

Outro destaque é o bolo de chocolate, que a receita foi apresentada no cardápio escolar, pelas nutricionistas, foi testada em uma escola com boa aceitação pelos alunos e por isso foi compartilhada não só entre as merendeiras, mas também com a comunidade escolar e seu entorno.

Isso reforça que trocas de experiências culinárias facilitam o serviço, promovem melhorias nos cardápios e minimizam desperdícios. Esse processo educativo aproxima todos os atores envolvidos na alimentação escolar na busca de um cardápio saudável e atrativo para os alunos.

O quarto tema traz os conceitos sobre **alimentação saudável** na percepção das merendeiras. As frutas, verduras e legumes aparecem como aspecto central do tema, juntamente a outros grupos alimentares como cereais, leguminosas e carnes.

As falas sobre alimentação saudável das merendeiras estão de acordo com as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2014), que valoriza o consumo de alimentos frescos, minimamente processados, descascando mais e desembalando menos. Esses conhecimentos demonstram que as profissionais já incorporaram a temática alimentação saudável, refletindo os investimentos públicos no Município. Embora as merendeiras destaquem os grupos alimentares de açúcares e doces; óleos e gorduras; feijões; carnes e ovos; frutas; legumes e verduras e; cereais pães e massas (Brasil, 2008), o grupo do leite e seus derivados não aparece no conceito de alimentação saudável manifestado por elas.

Com base no tema anterior, o quinto tema traz a classificação da **alimentação escolar** em adequada e inadequada, dando continuidade ao que elas consideravam ser uma alimentação saudável, avaliando os gêneros recebidos e a alimentação preparada na escola. Por outro lado, o sexto tema ilustra a relação entre a **alimentação e a saúde dos alunos**. O aspecto central deste tema foi o estado nutricional, evidenciando que a alimentação escolar traz benefícios, principalmente para os alunos “magrinhos” com o passar do tempo.

O sétimo tema surge do **papel da merendeira** dentro da escola, em um sentido mais amplo que somente o preparo de refeições. O aspecto central aponta para o papel de educadora que desenvolvem, nem sempre reconhecido, mas que é exercido com muito respeito, no campo da alimentação e nutrição bem como da moral e da ética.

As ações de EAN realizadas pelas merendeiras em conjunto com a comunidade escolar nas escolas de Carapicuíba alinham-se às considerações da Resolução FNDE nº 26 de 17 de junho de 2013, no que tange às especificações do Capítulo V do documento, “Das ações de educação alimentar e nutricional e de segurança alimentar e nutricional” (Brasil, 2013).

A apropriação de conhecimentos as permite construir novas formas de olhar aqueles a quem servem, de maneiras respeitadas e criativas, valorizando cada indivíduo e sua individualidade. Destaca-se a utilização do alimento como recurso educacional com foco na realização de reeducação alimentar com os alunos e o envolvimento de atores estratégicos nas ações de prática contínua e permanente, transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional (Brasil, 2013). Evidencia-se também o papel de responsabilidade com a saúde dos alunos, em relação à higiene e no cuidado com os alunos com necessidades alimentares especiais.

Por fim, o oitavo tema faz referência à **insegurança alimentar e nutricional** de alguns alunos, observada pelas merendeiras. Baseando-se no conceito de SAN apresentado no capítulo de revisão de literatura, indicadores relacionados ao acesso, consumo, das condições sociais, econômicas e de estado nutricional são utilizados para caracterização de situações de violação desse direito, ou seja, da insegurança alimentar e nutricional (André et al., 2018).

O aspecto central do tema demonstra que, entre os indicadores, a falta de acesso aos alimentos pelas famílias, com variedade como a da alimentação escolar, é o que mais se percebe entre os alunos. Outras situações de violação do direito também foram citadas pelas merendeiras como sendo indicadores de insegurança alimentar e nutricional, apresentados aqui como aspecto periférico do tema. O estado nutricional dos alunos observado pelas merendeiras, o contexto e a estrutura familiar são percebidos pelas merendeiras.

Em suma, as percepções das merendeiras obtidas neste trabalho, observa-se a realização da SAN durante a execução das diretrizes recomendadas pelo PNAE, de forma natural e espontânea no preparo e fornecimento da alimentação escolar. Embora não apresentem em suas falas terminologias técnicas a respeito desse assunto, suas práticas, aliadas a saberes populares e técnicos, são indispensáveis para a concretização do direito humano à alimentação adequada.

Vale ressaltar que, ao observar o somatório de todos os resultados, encontram-se contradições entre os achados quantitativos e qualitativos. Pontua-se, por exemplo, as diferenças entre o que consideram saudável (teoria) e o que consomem (prática).

É possível observar que, na percepção delas, a alimentação escolar é por vezes o fator determinante para a permanência do aluno na escola, deixando o ensino em segundo plano, o que sinaliza o caráter assistencial da alimentação escolar.

Este estudo é pioneiro no Município, que não apresentava até então nenhuma pesquisa com este público. Como dito anteriormente, o PNAE é uma das políticas públicas mais antigas de SAN no país, mas poucos estudos que envolvam os atores responsáveis por sua execução estão disponíveis na literatura.

Como limitações do estudo, aponta-se a não devolutiva das falas transcritas a cada participante e a escolha de utilização de um método tradicional para validar os resultados.

Vale ressaltar que, ao observar o somatório de todos os resultados da pesquisa, encontramos contradições entre os achados quantitativos e qualitativos. Pontua-se, por exemplo, as diferenças entre o que consideram saudável (teoria) e o que consomem (prática), onde a teoria está alinhada com as diretrizes estabelecidas e adotadas pelas instituições de ensino, porém a prática cotidiana apresenta pontos importantes em desconsonância, reafirmando que conhecimento não garante a adoção de hábitos alimentares saudáveis.

4. CONCLUSÕES

As percepções sobre alimentação saudável apontam para um claro conhecimento do conceito do termo, mas os demais apontamentos demonstram a dificuldade de se aplicar o conceito na prática. As diferenças apontadas na alimentação que elas realizam em casa e na escola são baseadas naquilo que é melhor para os alunos, como o tempero natural, pouco sal e a ausência de frituras na escola. Elas reconhecem que não se deve alterar o cardápio a menos que falte algum gênero alimentício ou que seja necessário incrementar alguma preparação. Percebem que as trocas de experiências culinárias melhoram a aceitação do cardápio. Destacam que é visível a influência da alimentação escolar sobre a saúde dos alunos, principalmente com melhorias no estado nutricional e no aprendizado discente. Afirmam que seu papel na alimentação escolar extrapola seu preparo e fornecimento de refeições saudáveis e nutricionalmente adequadas, pois se identificam como educadoras no âmbito da formação de hábitos alimentares saudáveis. Reconhecem que se trata de uma profissão requer grande responsabilidade, principalmente com os alunos que têm necessidades alimentares especiais e com aqueles que se encontram em insegurança alimentar e nutricional. Os achados deste estudo demonstram que o uso de metodologias qualitativas enriquece e amplia a compreensão que se tem do objeto de estudo. A triangulação de dados é útil e imprescindível para uma formulação de pensamento mais aprofundada a respeito daquilo que se pesquisa.

5. REFERÊNCIAS

- ABERC. Associação Brasileira das Empresas de Refeições Coletivas. (2008). Anais do IV Fórum Nacional de Merenda Escolar.
- Accioly, E. (2009). A escola como promotora da alimentação saudável. *Ciência em tela*, 2(2), 01-09. Recuperado de <http://www.cienciaemtela.nutes.ufrj.br/artigos/0209accioly.pdf>.

- André, H. P., Sperandio, N., Siqueira, R. L., Franceschini, S. C. C., Priore, S. E. (2018). Indicadores de insegurança alimentar e nutricional associados à anemia ferropriva em crianças brasileiras: uma revisão sistemática. *Ciência e Saúde Coletiva*, 23(4), 1159-1167. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1413-81232018234.16012016>.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. (5th ed). Lisboa: Editora Edições 70.
- Bernard, H. R., Wutich, A., Ryan, G. W. (2017). *Analyzing qualitative data: systematic approaches*. (2nd ed). Thousand Oaks, California: Sage.
- Brasil. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Ministério da Educação. Acesso à informação. Notícias. (2018b). *Merendeiras brasileiras participam de intercâmbio cultural na República Dominicana*. Recuperado de <http://www.fn-de.gov.br/acesso-a-informacao/institucional/area-de-imprensa/noticias/item/11867-merendeiras-brasileiras-participam-de-interc%C3%A2mbio-cultural-na-rep%C3%BAblica-dominicana>>. Acesso em: 03 jul. 2018.
- Brasil. Ministério da Educação. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. (2013). *Resolução nº 26, de 17 de junho de 2013*. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar aos alunos da educação básica no âmbito do Programa Nacional de Alimentação Escolar. Brasília: Diário Oficial da União. Recuperado de <http://www.fn-de.gov.br/acesso-a-informacao/institucional/legislacao/item/4620-resolu%C3%A7%C3%A3o-cd-fnde-n%C2%BA-26,-de-17-de-junho-de-2013>>. Acesso em: 28 de mar. 2016.
- Brasil. Ministério da Educação. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. *Resolução nº 38, de 16 de julho de 2009*. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar aos alunos da educação básica no âmbito do Programa Nacional de Alimentação Escolar. Brasília: Diário Oficial da União, 2009. Recuperado de: <http://www.fn-de.gov.br/acesso-a-informacao/institucional/legislacao/item/3341-resolu%C3%A7%C3%A3o-cd-fnde-n%C2%BA-38-de-16-de-julho-de-2009>>. Acesso em: 28 de jun. 2018.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2012a). *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnan>>. Acesso em: 27 de abr. 2017.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2008). *Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2008.pdf>. 16 out. 2016.
- Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2012). *Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas*. – Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Recuperado de http://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2017/03/marco_EAN.pdf>. Acesso em: 30 de abr. 2017.
- Carvalho, A. T., Muniz, V. M., Gomes, J. F., Samico, I. (2008). School meals program in the municipality of João Pessoa - PB, Brazil: school meal cooks in focus. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, 12(27), 823-834. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S1414-32832008000400012>.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas. (2018b). *Número de municípios e estimativa da população para 2017*. Rio de Janeiro: IBGE. Recuperado de: https://downloads.ibge.gov.br/downloads_estatisticas.htm>. Acesso em: 23 de jun. 2018.
- Landis, J. R., Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159-74. Recuperado de <https://doi.org/10.2307/2529310>.
- MacQueen, K. M., McLellan, E., Milstein, K. K. B. (1998). Codebook development for team-based qualitative analysis. *Cultural Anthropology Methods*, 10(2), 31-36. Recuperado de <https://doi.org/10.1177/1525822X980100020301>.
- Madruga, S. W., Araújo, C. L. P., Bertoldi, A. D., Neutzling, M. B. (2012). Manutenção dos padrões alimentares da infância à adolescência. *Revista de Saúde Pública*, 46(2), 376-386. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000016>.
- Minayo, M. C. S. (2010). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (12th ed). São Paulo: Hucitec.
- Rosa, M., Orey, D. C. (2012). O campo de pesquisa em etnomodelagem: as abordagensêmica, ética e dialética. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, 38(4), 865-879. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S1517-97022012000400006>.
- Ryan, G. W., Bernard, H. R. (2003). Techniques to Identify Themes. *Field Methods*, 15(1), 85-109. Recuperado de <https://doi.org/10.1177/1525822X02239569>.
- Xavier, V. L., Pereira, J. A., Silva, M. A. A., Zloccowick, N. M., Arruda, H. A. S. (2011a). Perfil socioeconômico e hábitos alimentares de merendeiras de escolas públicas do Estado de Pernambuco. *Nutrire*, 36(suppl.), 340.
- Xavier, V. L., Silva, M. A. A., Pereira, J. A., Zloccowick, N. M., Arruda, H. A. S. (2011b). Perfil nutricional de merendeiras de escolas públicas do Estado de Pernambuco. *Nutrire*, 36(suppl.), 340.

CONTRIBUIÇÕES À SAÚDE MENTAL DO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Aline Pereira de Souza¹, Kátia Terezinha Alves Rezende², Maria José Sanches Marin³
Silvia Franco da Rocha Tonhom⁴ e Daniela Garcia Damaceno⁵

^{1,2,3,4}Faculdade de Medicina de Marília (Famema), Brasil, ¹aline.psouza_enfer@hotmail.com

²katialvesrezende@gmail.com, ³marnadia@terra.com, ⁴siltonhom@gmail.com

⁵Universidade do Oeste Paulista, Brasil, daniela.garcia22@yahoo.com.br

Resumo. O número da população idosa cresceu de maneira expressiva, identifica-se entre os idosos um aumento dos problemas de saúde mental, o que requer alerta. Este estudo teve como objetivo identificar as ações de promoção à saúde mental da pessoa idosa na atenção primária à saúde. As bases de dados para busca foram: Lilacs, Scopus, IBECs, Medline, CINAHL, BDENF e Index Psicologia utilizando-se os descritores “idoso”, “Promoção da Saúde”, “saúde mental” e “Atenção Primária a Saúde”. A amostra final constituiu-se por 10 artigos. A análise de dados foi realizada por meio da análise de conteúdo, modalidade temática. Apresenta-se, nesse momento, uma temática, a saber, as potências para efetivação da atenção psicossocial. Depreende-se que muitos avanços ainda são necessários ao tensionamento de ações na perspectiva psicossocial no contexto da atenção primária à saúde.

Palavras-chave: Idoso; Promoção da Saúde; Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde.

CONTRIBUTIONS TO THE MENTAL HEALTH OF THE ELDERLY IN PRIMARY HEALTH CARE: AN INTEGRATIVE REVIEW

Abstract: The number of the elderly population has grown significantly, an increase in mental health problems is identified among the elderly, which requires alertness. This study aimed to identify actions to promote mental health in the elderly in primary health care. The databases for the search were: Lilacs, Scopus, IBECs, Medline, CINAHL, BDENF and Psychology Index using the descriptors “elderly”, “Health Promotion”, “Mental Health” and “Primary Health Care”. The final sample consisted of 10 articles. Data analysis was performed through content analysis, thematic modality. At this moment, a theme is presented, namely, the potential for effective psychosocial care. It appears that many advances are still needed to tension actions from a psychosocial perspective in the context of primary health care.

Keywords: Elderly; Health Promotion; Mental Health and Primary Health Care.

1. INTRODUÇÃO

O número da população idosa cresceu de maneira expressiva, atingindo um patamar de 13,5% do total da população brasileira em 2018 (IBGE, 2018). Revela-se a necessidade de aperfeiçoar as políticas públicas existentes e ampliar a capacidade de assistir com qualidade essas pessoas. A atenção à saúde do idoso apresenta necessidades específicas caracterizadas pela sua cronicidade e complexidade, o que interfere na qualidade de vida, portanto requer alerta. Entre os idosos, identifica-se um aumento dos problemas de saúde mental; atribui-se aos eventos estressantes, presença de doenças, incapacidades e isolamento social. Além disso, representações sociais dos profissionais de saúde e da

comunidade colaboram para que problemas relacionados à saúde mental dos idosos sejam confundidos com o processo natural do envelhecimento, prejudicando no diagnóstico e no tratamento (Onofri Júnior, Martins & Marin, 2016).

O Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento (PIAE), no que tange à saúde mental da pessoa idosa, prevê a realização de estratégias que favoreçam a prevenção dos sofrimentos mentais, a identificação precoce e o tratamento. Este visa desenvolver ações de educação e conscientização da população, a fim de atingir o envelhecimento saudável, fortalecer a rede de cuidados e apoio aos idosos envolvendo a família e a comunidade (Leandro-França & Murta, 2014).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é ordenadora do cuidado ao sistema de saúde e responsável pela resolução de grande parte das necessidades, espera-se assim, que a saúde do idoso seja assistida em suas múltiplas dimensões. Nesse sentido, o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), opera como equipe multiprofissional e interdisciplinar de intervenção integrada às equipes da APS; agrega-se às equipes, profissionais do campo de saúde mental (BRASIL, 2017). Os Caps (Centro de Atenção Psicossocial), sendo serviços de referência em saúde mental, também devem operar na lógica do apoio matricial às equipes da APS. No entanto, reconhece-se o desafio de fortalecê-los na prática dos serviços (Lima & Dimenstein, 2016).

Salienta-se que os paradigmas sociais e a não aceitação da família ou da própria pessoa em sofrimento psíquico, são elementos que dificultam a prática do cuidado orientado à saúde mental dos idosos. Acresce-se a isso, preconceitos relacionados ao processo de envelhecimento, entre os próprios idosos. Constata-se ainda persistente a estigmatização acerca da “loucura” pela sociedade geral, como também entre os profissionais de saúde (Penido, 2013). A atenção à Saúde Mental do idoso na APS configura-se por práticas de cuidado ambulatoriais e pela presença de uma transição conceitual na visão acerca do processo de envelhecimento e Saúde Mental (Garcia, Moreira & Oliveira, 2017). Apesar das experiências exitosas com a implantação da ESF, a visão centrada na doença persiste, principalmente em relação à população idosa, prevalecendo o modelo biomédico de atenção à saúde (Castro, Vidal, Saraiva, Arnaldo, Borges & Almeida, 2018).

Frente a este contexto, acredita-se na importância de se transpor os desafios da produção do cuidado em saúde mental e potencializar o cuidado territorializado, considerando a necessidade emergente de avançar na promoção da saúde e prevenção de agravos à

saúde mental dos idosos. Questiona-se: quais as ações de promoção à saúde mental da pessoa idosa no contexto da APS disponível na literatura?

2. OBJETIVO

O presente estudo tem por objetivo identificar as ações de promoção e prevenção à saúde mental da pessoa idosa no contexto da atenção primária à saúde disponível na literatura.

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa. Este tipo de estudo corresponde a um método de pesquisa que viabiliza análise de pesquisas científicas de modo sistemático e amplo, favorecendo a caracterização e divulgação do conhecimento produzido (Botelho, Cunha & Macedo, 2011). Destaca-se pela exigência dos mesmos padrões de rigor, clareza e replicação utilizados em estudos primários. Além de constituir-se a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões de literatura (Cerqueira, Cardoso, Viana, Lopes, 2018). A revisão integrativa consiste no cumprimento de 6 etapas: 1) identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; 2) estabelecimento dos critérios de elegibilidade; 3) identificação dos estudos nas bases científicas; 4) avaliação dos estudos selecionados e análise crítica; 5) categorização dos estudos; 6) avaliação e interpretação dos resultados e apresentação dos dados na estrutura da revisão integrativa (Botelho, Cunha & Macedo, 2011).

O estudo foi norteado por protocolo elaborado pelas pesquisadoras, que possibilitou a definição clara dos propósitos da investigação e a identificação das variáveis de interesse facilitando a seleção da amostra, a manutenção do foco e limites para a investigação.

A questão de pesquisa foi elaborada de acordo com a estratégia PICO (P-população; I-interesse; Co – Contexto) (Lockwood, et al., 2017). Considerando-se a seguinte estrutura: P – pessoas idosas; I – ações de promoção de saúde mental; e Co- atenção básica. Dessa forma, esta investigação foi conduzida a partir da seguinte questão: Quais as ações de promoção e prevenção de saúde mental da pessoa idosa no contexto da atenção primária a saúde disponível na literatura?

O levantamento bibliográfico foi realizado julho de 2019 nas bases eletrônicas de dados: US National Library of Medicine (PUMED); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL-Ebsco); Web of Science e Scopus (Elsevier); BDENF – Enfermagem; IBECs e Index

Psicologia - Periódicos técnico-científicos. Para a busca nas bases de dados foram selecionados descritores presentes nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e seus equivalentes no idioma inglês no Medical Subject Headings (MeSH) e List of Headings do CINAHL.

Adotaram-se como critérios de inclusão foram: artigos primários que apresentavam de promoção em saúde na atenção primária, publicados no período de 2014 a 2019, nos idiomas inglês, português ou espanhol e com texto completo disponível. Os critérios de exclusão foram: editoriais, teses, dissertações, artigos de revisão, àqueles já selecionados na busca em outra base de dados e que não respondiam à questão da pesquisa.

Para sistematizar a coleta utilizou-se formulário de busca avançada respeitando as peculiaridades de cada base de dados. Assim, foi utilizada a combinação booleana: *idoso OR aged OR elderly OR geriatric OR geriatrics AND Promoção da Saúde OR Health Promotion OR Educação Paciente OR Patient Education OR Health Education OR Educação em Saúde AND saúde mental OR Mental Health AND Primary Health Care OR Atenção Primária Saúde OR Atenção Basica OR Estrategia Saúde da Família*.

A seleção dos artigos foi realizada de forma cega e independente por duas revisoras, que após leitura de títulos e resumos obtiveram índice de concordância superior a 90%. No intuito de assegurar a busca ampla, os manuscritos foram acessados por meio do portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), em Virtual Private Network (VPN) disponibilizada pela Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho".

Para a extração e síntese dos artigos selecionados, utilizou-se de instrumento construído pelas próprias investigadoras. Foram extraídos os dados: autor, ano, país da publicação, tipo de estudo, ações e contribuições. Quanto ao nível de evidência, os artigos foram avaliados segundo o conceito proposto pela Prática Baseada em Evidências, classificadas em sete níveis (Silva, Pontes, Sousa & Vasconcelos, 2019).

Segundo a literatura adotada, é considerado nível de evidencia 1, evidências provenientes de revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados controlados ou de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; nível 2, evidências derivadas ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; nível 3, evidências ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível 4,

evidências estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; nível 5, evidências de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível 6, evidências de um único estudo descritivo ou qualitativo; nível 7, evidências de opinião de autoridades e/ou relatório de especialistas.

A coleta de dados foi realizada em duas etapas. A primeira consistiu em identificar 3.403 publicações, dos quais, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados para a amostra desta revisão 10 artigos. Para a seleção das publicações, foram seguidas as recomendações do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA), conforme apresentado na figura 1:

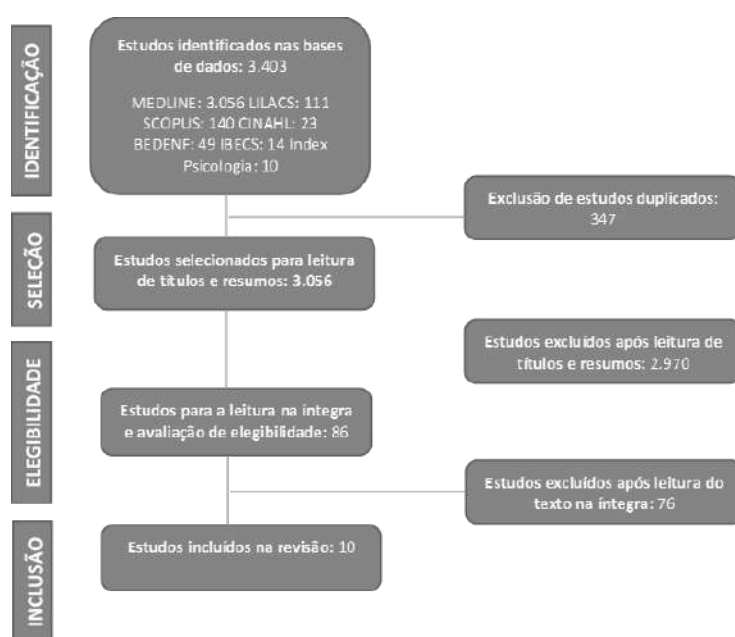


Figura 1 – Fluxograma de seleção dos estudos primários, elaborado a partir da recomendação PRISMA. Marília, SP, Brasil, 2019

Os dados da foram tabulados em forma de quadro e a análise crítica e síntese reflexiva foram realizadas de forma descritiva segundo os achados da efetivação da atenção psicossocial no contexto da atenção primária.

Por tratar-se de revisão integrativa, a investigação não foi submetida a Comitê de Ética em Pesquisa, contudo foram preservadas as concepções dos autores dos manuscritos utilizados na presente investigação.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização dos artigos

Dos 10 artigos incluídos na revisão integrativa (Quadro 1), a maioria foi publicada entre os anos de 2017 e 2019; quatro em periódicos do Brasil; um do Reino Unido; dois dos EUA; dois da Austrália e um do Chile. Em relação à classificação hierárquica metodológica proposta pela Prática Baseada em Evidências em sete níveis (Silva, Pontes, Sousa & Vasconcelos, 2019) foram identificados: um artigo no nível dois (ensaio clínico randomizado); um no nível três (ensaio clínico sem randomização); um no nível quatro (estudos de coorte ou caso-controle) cinco no nível seis (estudo descritivo ou qualitativo) e dois no nível sete (opinião de autoridades ou relatório de comitê). Constata-se, portanto, estudos sobre a temática em diferentes países do mundo, entretanto com grau de evidência baixo, conforme mostra o Quadro 1.

Quadro 1 – Síntese da análise dos artigos selecionados. Marília- SP. 2020

Autores /Ano/País	Tipo do Estudo/Nível de Evidência	Ações	Contribuições
Cova et al., (2019) Chile	Ensaio clínico randomizado/ Nível 2	Programa psicossocial em grupo para prevenir depressão e ansiedade	Redução da depressão e ansiedade e a promoção do bem-estar psicológico nos idosos.
Hills,Hills, Robinson, Holly & Hungerford (2019) Austrália	Estudo quantitativo transversal/Nível 6	Avaliação de rotina da ansiedade por meio de “Inventário de Ansiedade Geriátrica”.	Boa aceitação pelos profissionais médicos da APS, Viabilidade internacional em comunidades globais de baixa, média e alta renda, APS na Austrália é cenário fértil para adotar tal instrumento na rotina do cuidado, Destaca-se os enfermeiros de saúde mental como fundamentais no apoio aos enfermeiros da APS. Ações de prevenção de doenças e proteção da saúde oferece um custo baixo, Oferece melhor qualidade de vida em todo o mundo para a saúde das pessoas ao longo da vida.
Previato,Nogueira, Mincoff, Jaques, Carreira & Baldissera (2019) Brasil	Qualitativo, exploratório-descriptivo/ Nível 6	Grupo de convivência de idosos para o envelhecimento ativo.	Oportunidade de lazer socializante, Espaço potente de aprendizagem para os idosos, A importância do Grupo de Convivência no processo de promoção da saúde e envelhecimento ativo dos idosos, Primordial para a adesão nos grupos de convivência.
Damasceno & Sousa (2018) Brasil	Qualitativo, descritivo e reflexivo/ nível 6	Consultas, Visitas domiciliares, Ações educativas.	Práticas de cuidado em saúde mental balizadas pela escuta das necessidades de saúde, Profissionais enfermeiros como principais mediadores do cuidado, Possibilidades de interromper uma evolução para sofrimentos psíquicos graves.

Autores /Ano/País	Tipo do Estudo/Nível de Evidência	Ações	Contribuições
			Ampliação do acesso aos serviços, Desenvolvimento de novas práticas de cuidado, Aumento da resolutividade na APS. AM qualifica a atenção à Saúde Mental. Evidencia-se a perspectiva dos agentes Comunitários de Saúde (ACS).
Tsang, Sperling, Park, Helenius, Williams & Manning (2017) EUA	Quantitativo transversal/Nív el 6	Mini-Exame do estado Mental (MEEM) para auxiliar na identificação de pessoas com risco de declínio cognitivo.	A educação é fator preponderante ao funcionamento cognitivo, Os médicos da APS avançaram na identificação dos idosos com risco elevado de comprometimento cognitivo.
Walters, Kharicha, Goodman et al., (2017) Reino Unido	Estudo quase- experimental, controlado e randomizado, multicêntrico/ Nível 4	Intervenção no estilo de vida do idoso - o "Lifestyle Redesign", adaptada para uma população de idosos do reino Unido.	Bem-estar mental, e outras dimensões à saúde. Pouca evidência de clínica ou custo-efetividade na população recrutada, Reduções nos aspectos da solidão emocional, Relacionamentos e redes sociais estabelecidas entre os participantes.
Wanderbroocke, Folly, Maba & Carvalho (2016) Brasil.	Relato de experiência/ Nível 7	Oficinas de Memória	Favorecimento da percepção de novas formas de estimular a memória no cotidiano, Estimulo ao auto cuidado, Percepção à capacidade de realizar atividades em grupo, Benefícios à autoestima, Fortalecimento dos espaços de socialização, Fortalecimento de vínculos, Sentido de pertencimento ao grupo, Ressignificação do processo de envelhecer, Posicionamento e importância na família, Diminuição do isolamento da pessoa idosa.
Fuller et al., (2015) Australia	Estudo de caso de métodos mistos participativos/ nível 7	Modelo de gerenciamento de reflexão facilitada sobre o feedback da rede como um meio de envolver serviços na solução de problemas, oferecendo assistência médica primária integrada a idosos.	Eficácia da reflexão facilitada, considerando a variedade de questões identificadas por meio do feedback dos dados da rede, como por exemplo, conflitos de interesses dos serviços e conflitos de papéis, Os serviços locais se reconheceram como uma rede e iniciaram movimentos de comunicação e referência.
Fisher et al., (2017) EUA	Ensaio Clínico do tipo antes e depois/ Nível 3	Projeto denominado ECHO (Extensão para resultados de cuidados de saúde comunitários) e o GEMH (saúde mental geriátrica) - um programa de aprendizado e orientação.	Levou a melhorias dos conhecimentos e práticas de manejo em saúde mental do idoso ao profissional médico clínico, Os custos das urgências diminuíram para os idosos com diagnóstico de transtorno à saúde mental, Atendimento de alta qualidade e com base em evidências para adultos mais velhos e idosos com problemas de saúde mental, Transformação dos sistemas de atendimento de saúde no que tange aspectos de demandas e custos.

4.1.2 Ações de promoção e prevenção à saúde mental da pessoa idosa no contexto da atenção primária

De modo geral, considerando a produção de saúde mental orientada à atenção psicossocial; identifica-se na revisão integrativa contribuições nessa perspectiva no contexto da APS. Evidencia-se que intervenções voltadas à prevenção, operacionalizadas em grupos reduzem sintomas depressivos e proporciona melhor qualidade psicológica aos idosos. Considera-se potente abordagens no cuidado em grupo, com centralidade na promoção da saúde e saúde mental na APS. Ressalta-se que estratégias nessa direção, valorizam a essência humana, promove escuta, compreensão, fortalecimento de vínculos e laços afetivos entre as pessoas da comunidade e os profissionais (Cova, et al., 2019).

Dentre as estratégias psicossociais, encontram-se os Grupo de Convivência de Idosos. Caracteriza-se por atividades de lazer desenvolvidas em grupo, sendo estas, brincadeiras, danças, atividades manuais e passeios externos, que produzem satisfação dos participantes do grupo, decorrentes principalmente dos afetos gerados nesse processo. Denota-se ainda, a autonomia na escolha do que querem aprender, com foco no protagonismo dos idosos, acrescenta-se, que participar do grupo nos momentos de lazer, favorece a socialização, o encontro e interação com diferentes pessoas, estreitamento de vínculos, rompendo com o isolamento social (Previato, Nogueira, Mincoff, Jaques, Carreira & Baldissera 2019).

Revelou-se a importância do Grupo de Convivência no processo de promoção da saúde e envelhecimento ativo dos idosos, que atribuem melhoras a saúde global. Nesse sentido, evidencia-se que a promoção da saúde é fundamental à qualidade de vida e determinantes comportamentais da população idosa, com vista ao envelhecimento ativo. Apontam para a potência desses espaços como dispositivo de desinstitucionalização, favorecendo o desenvolvimento psicossocial (Previato, Nogueira, Mincoff, Jaques, Carreira & Baldissera 2019).

Outra estratégia encontrada foi a Oficina de Memória (OM) que se estabeleceu em três categorias, a saber: achar que já estava apresentando falhas na memória, medo de perder a memória, desejo de participar de atividades de promoção à saúde. Destaca-se o medo de perder a memória e o desejo de participação nas atividades de promoção à saúde (Wanderbroocke et al., 2016). Revela-se os benefícios à autoestima a partir das OM, e o fortalecimento dos espaços de socialização, onde falavam sobre suas vivências, angústias, favorecendo trocas e estreitando vínculos, o que contribuiu para dar sentido de

pertencimento ao grupo, à ressignificação do processo de envelhecer, de sua posição e importância na família. Os idosos sugerem que a OM deveria ser um trabalho contínuo oferecido pela UBS. Reforça-se a potência da APS e seu amplo escopo de atuação, considerando as necessidades do território (Wanderbroocke et al., 2016). Ainda na perspectiva de socialização, aponta-se reduções significativas nos aspectos da solidão emocional para os idosos que participaram da intervenção *Lifestyle Matters*, sendo esta, uma intervenção preventiva com vista a promoção à saúde mental, envolvendo sessões semanais em grupo, com intervenções no estilo de vida do idoso pautada na ocupação, a fim de promover maior interação social (Walters et al., 2017).

Emergiu-se nesta revisão, o apoio matricial (AM) como ferramenta indispensável no cuidado em saúde mental na APS. Destaca-se a necessidade de integração da saúde mental ao cotidiano das práticas da APS para a efetivação da integralidade do cuidado em saúde, tendo o matriciamento em saúde mental como uma importante estratégia para efetivação dessa articulação (Amaral et al., 2018). Nesse sentido, os enfermeiros especialistas em saúde mental, foram apontados como fundamentais no apoio aos enfermeiros da APS na implementação de uma avaliação de rotina da ansiedade em idosos na Austrália. Trata-se de estratégias de ação de proteção e prevenção de riscos e agravos, tendo o enfermeiro especialista em saúde mental, orientado na perspectiva de matriciamento, responsável por qualificar os profissionais da APS de forma a reconhecer e responder às necessidades de saúde mental nas pessoas idosas na direção de prevenção às doenças e promoção da atenção psicossocial (Hills et al., 2019).

Identifica-se efeitos do AM em quatro dimensões, sendo estas: mudanças na atitude dos profissionais; ampliação do acesso aos serviços; desenvolvimento de novas práticas de cuidado e aumento da resolutividade. Enfatiza-se a capacidade de empatia e compreensão referente à pessoa em sofrimento psíquico. Salienta-se as relações e a criatividade para produção do cuidado, bem como, a busca ativa realizada pelos ACS, o estreitamento de vínculo das pessoas envolvidas, favorecendo a potencialidade das tecnologias leves, leve-duras e duras (Merhy, 2005; Amaral et al., 2018).

A versatilidade nas possibilidades de cuidado em saúde mental produzidas pelos ACS, haja visto o caráter heterogêneo desses profissionais e, da integração de competências técnicas e conhecimentos advindos de experiências prévias, fortalece ações significativas, sem o predomínio do saber e da prática biomédica (Amaral, et al., 2018) Aponta-se, ainda, que o

AM trouxe aos ACS um novo sentido referente ao CAPS, pois havia certo desconhecimento anterior acerca da existência do serviço, viabilizou-se a construção de instrumentos de comunicação para direcionamento dos casos, com vista ao estabelecimento de uma integração mais efetiva entre CAPS e ESF (Amaral et al., 2018).

Outra intervenção, foi o programa de Telementoring como o Project ECHO GEMH, que levou a melhorias dos conhecimentos e práticas de manejo em saúde mental do idoso ao profissional médico clínico da APS. Infere-se que os custos das urgências diminuíram para os idosos com diagnóstico de transtorno à saúde mental (Fisher, 2017). Reforça-se que desenvolver ações de prevenção de doenças e promoção da saúde oferece um custo baixo, acrescenta-se, o potencial de oferecer melhor qualidade de vida em todo o mundo para a saúde das pessoas ao longo da vida (HILLS et al., 2019). Revela-se a eficácia da reflexão facilitada por meio do feedback da rede, no qual emergiram-se uma variedade de questões, como por exemplo, conflitos de interesses dos serviços e conflitos de papéis. Nesse sentido, as discussões ajudaram os serviços locais a se identificarem como uma rede e a iniciar movimentos de comunicação e referência para solução de problemas (Fuller et al.; 2015).

5. CONCLUSÕES

Considera-se que o estudo alcançou o seu objetivo, pois por meio dele identificou-se as ações de promoção à saúde mental da pessoa idosa no contexto da APS disponível na literatura. Visando garantir a atenção psicossocial aos idosos em sofrimento psíquico, identifica-se que o momento é de ampliação do escopo de ações oferecidas a essa população. Dessa forma, evidencia-se esforços para a produção do cuidado na direção da integralidade vislumbrando a atenção psicossocial. Revela-se o apoio matricial como ferramenta indispensável no cuidado psicossocial, que se firma como recurso de construção de novas práticas em saúde mental, contudo, reconhece-se o desafio de fortalecê-los na prática dos serviços.

Assim, percebe-se que o método escolhido, a revisão integrativa, possibilitou identificar que, embora haja um movimento para a ampliação das ações na lógica da promoção da saúde mental na APS, este mostra-se incipiente ao tensionamento de ações na perspectiva psicossocial. Desse modo, o método revelou-se potente para a compreensão da temática.

Pode-se identificar como limitante da pesquisa o número reduzido de artigos selecionados, contudo, o material identificado possibilitou construir um panorama, nacional e internacional,

sobre as ações de prevenção à doença e promoção a saúde da pessoa idosa na atenção primária.

6. REFERÊNCIAS

- IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo demográfico: resultados preliminares – São Paulo. Rio de Janeiro, 2018.
- Onofri Júnior, Venício Aurélio, Martins, Vinícius Spazzapan, & Marin, Maria José Sanches. (2016). Elderly health care in the Family Health Strategy and the prevalence of common mental disorders. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(1), 21-33. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2016.15004>
- Leandro-França, Cristineide, & Giardini Murta, Sheila. (2014). Prevenção e promoção da saúde mental no envelhecimento: conceitos e intervenções. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 34(2), 318-329. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001152013>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cobertura da atenção básica. 2017 [acesso em 2019]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/>.
- Lima, Maura e Dimenstein, Magda. (2016). O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta de apoio à atenção à crise. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 20 (58), 625-635. Epub 17 de maio de 2016. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0389>
- PENIDO C. Apoio matricial em saúde mental no contexto da saúde coletiva. In: Paulon S, Neves R, organizadores. *Saúde Mental na Atenção Básica: a territorialização do cuidado*. Porto Alegre: Sulina; 2013. p. 13-39.
- Garcia, B., Moreira, D., & Oliveira, P. (2017). Saúde Mental do Idoso na Atenção Primária: Uma Análise das Percepções de Profissionais de Saúde. *Revista Kairós : Gerontologia*, 20(4), 153-174. doi:<https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i4p153-174>
- Castro, Ana Paula Ribeiro de, Vidal, Eglídia Carla Figueirêdo, Saraiva, Ana Raquel Bezerra, Arnaldo, Sofia de Moraes, Borges, Ana Maria Machado e Almeida, Maria Irismar de. (2018). Promoção da saúde do idoso: ações na atenção básica à saúde. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 21 (2), 155-163. <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170133>
- Botelho, L. L. R., Cunha, C. C. de A., & Macedo, M. (2011). O MÉTODO DA REVISÃO INTEGRATIVA NOS ESTUDOS ORGANIZACIONAIS. *Gestão E Sociedade*, 5(11), 121-136. <https://doi.org/10.21171/ges.v5i11.1220>
- Cerqueira, Ana Carolina Dantas Rocha, Cardoso, Maria Vera Lúcia Moreira Leitão, Viana, Tamires Rebeca Forte, & Lopes, Márcia Maria Coelho Oliveira. (2018). Revisão integrativa da literatura: sono em lactentes que frequentam creche. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(2), 424-430. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0480>
- Lockwood C, Porrit K, Munn Z, Rittenmeyer L, Salmond S, Bjerrum M, Loveday H, Carrier J, Stannard D. Chapter 2: Systematic reviews of qualitative evidence. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute, 2017. Available from <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>
- Silva, Naélia Vidal de Negreiros da, Pontes, Cleide Maria, Sousa, Nayara Francisca Cabral de, & Vasconcelos, Maria Gorete Lucena de. (2019). Tecnologias em saúde e suas contribuições para a promoção do aleitamento materno: revisão integrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(2), 589-602. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.03022017>

- Minayo, M.C.S. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2013.
- Cova, F., Rincón, P., Bustos, C., Streiner, D., King, M., Saldivia, S., ... Novoa, C. (2019). *Randomized cluster trial of a parenting program in Chile: Key mediators in the decrease in behavior problems in preschool children. Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 135910451986412. doi:10.1177/1359104519864124
- Hills, D., Hills, S., Robinson, T., & Hungerford, C. (2019). *Mental Health Nurses Supporting the Routine Assessment of Anxiety of Older People in Primary Care Settings: Insights from an Australian Study. Issues in Mental Health Nursing*, 1–6. doi:10.1080/01612840.2018.1517285
- Prevato, GF, Nogueira, IS, Mincoff, RCL, Jaques, AE, Carreira, L. e Baldissera, VDA (2019). Grupo de convivência de idosos na atenção básica à saúde: contribuições para o envelhecimento ativo. *Revista de Pesquisa: Care and Fundamental*, 11 (1), 173-180. Recuperado de <http://ciberindex.com/c/ps/P111173>
- Damasceno, V., & Sousa, F. (2018). Atenção à saúde mental do idoso: a percepção do enfermeiro. *Revista de Enfermagem da UFPE on line*, 12 (10), 2710-2716. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i10a234647p2710-2716-2018>
- Amaral, Carlos Eduardo Menezes, Torrenté, Mônica de Oliveira Nunes de, Torrenté, Maurice de, & Moreira, Carolina Pinheiro. (2018). Apoio matricial em Saúde Mental na atenção básica: efeitos na compreensão e manejo por parte de agentes comunitários de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 22(66), 801-812. Epub 17 de maio de 2018. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0473>
- Tsang, S., Sperling, S. A., Park, M.-H., Helenius, I. M., Williams, I. C., & Manning, C. (2017). Health Variables Are Informative in Screening for Mild Cognitive Impairment Among Elderly African Americans. *Journal of Applied Gerontology*, 073346481771196. doi:10.1177/0733464817711961
- Walters, K., Kharicha, K., Goodman, C., Handley, M., Manthorpe, J., Cattan, M., ... Iliffe, S. (2017). *Promoting independence, health and well-being for older people: a feasibility study of computer-aided health and social risk appraisal system in primary care. BMC Family Practice*, 18(1). doi:10.1186/s12875-017-0620-6
- Wanderbroocke, A., Folly, P., Maba, P., & Carvalho, T. (2016). Oficina de memória para idosos em uma unidade básica de saúde: um relato de experiência. *Psicologia Revista*, 24(2), 253-263. Recuperado de <https://revistas.pucsp.br/psicorevista/article/view/27798>
- Fuller, J., Oster, C., Muir Cochrane, E., Dawson, S., Lawn, S., Henderson, J., ... Reed, R. L. (2015). *Testing a model of facilitated reflection on network feedback: a mixed method study on integration of rural mental healthcare services for older people. BMJ Open*, 5(11), e008593–e008593. doi:10.1136/bmjopen-2015-008593
- Fisher, E., Hasselberg, M., Conwell, Y., Weiss, L., Padrón, N. A., Tiernan, E., ... Pagán, J. A. (2017). *Telementoring Primary Care Clinicians to Improve Geriatric Mental Health Care. Population Health Management*, 20(5), 342–347. doi:10.1089/pop.2016.0087

ANÁLISIS CUALITATIVO DEL MODELO DE GESTIÓN DE CASOS PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE PLURIPATOLOGÍA Y SUS CUIDADORES FAMILIARES

Sandra Milena Hernández-Zambrano, Ruth Alexandra Castiblanco Montañez, Ana Julia Carrillo Algarra y Laura Catherin Garcia Rodriguez

¹Facultad de Enfermería, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá, Colombia. smhernandez3@fucsasud.edu.co; racastiblanco@fucsasud.edu.co; ajcarrillo@fucsasud.edu.co; cathegarcia96@gmail.com

Resumen. Introducción; A pesar de las evidencias de efectividad del modelo de Gestión de Casos en resultados en salud, no se ha localizado en la literatura científica experiencias de implementación y evaluación de la efectividad del modelo en el Sistema de Salud Colombiano; Objetivo; comprender la experiencia de las Enfermeras frente a la implementación del modelo de gestión de casos, para la atención de personas en situación de pluripatología y sus cuidadores familiares; Métodos; Estudio descriptivo cualitativo. Se realizaron diarios de campo que recogieron las experiencias significativas de las Enfermeras Gestoras de Casos durante la intervención. Se realizó análisis de contenido. Resultados: Participaron 6 enfermeras gestoras de casos, con una edad media de 31.8, con más de 2 años de experiencia en el ámbito clínico o comunitario, todas contaban con formación de posgrados ya sea de especialización o maestría. Las categorías emergentes fueron: 1. Percepción de enfermería sobre el sujeto de cuidado pluripatológico y su entorno social 2. Experiencia de cuidado de enfermería en la gestión de casos: rol, aportes y dificultades. Conclusiones: La percepción sobre el paciente pluripatológico aunque se centra en los aspectos fisiológicos, integra en la valoración como en los cuidados las dimensiones espiritual, psicológica y social.

Palabras clave: Gestión de Casos; Pluripatología; Cuidados; Cuidadores Familiares; Investigación Cualitativa

NURSE'S EXPERIENCES FACING THE IMPLEMENTATION OF THE CASE MANAGEMENT MODEL, FOR THE CARE OF PEOPLE WITH PLURIPATHOLOGY AND THEIR FAMILY CAREGIVERS

Abstract: Introduction: despite the evidence of the Case Management effectiveness in health outcomes, there is no scientific evidence of the implementation and evaluation of the Colombian Health System effectiveness. Objectives: understand nurses' experiences, facing the implementation of the Case Management Model, for the care of people with pluripathology and their family caregivers. Method: qualitative descriptive study. Field diaries were made, that collected the significant experiences of the Case Managers Nurses during the intervention. All data were analyzed. Results: 6 Case Managers Nurses participated, with an average age of 31.8 years, 2 or more years of experience in the clinic or community field, all of them has specialization or master's degree. The emerging categories were: 1. Nurse's perception about the pluripathological care subject and their social environment. 2. Nursing care experience in Case Management: role, input and difficulties. Conclusions: the perception over people with pluripathology, even it is centered in physiological aspects, in the assessment and care, integrates the spiritual, psychological and social aspects of the subject.

Key words: Case Management; Pluripathology; Care, Family Caregivers; Qualitative Investigation.

1. INTRODUCCIÓN

La transición epidemiológica y demográfica mundial, explica el aumento de las Enfermedades no Transmisibles (ENT), que está asociado a la pérdida de años de vida

productivos de la población afectada y a la carga familiar, social y económica relacionada con la cronicidad. En el mundo las ENT matan a 41 millones de personas, lo que equivale al 71% de las muertes que se producen en el mundo, las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayoría de las muertes por ENT, seguidas del cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes (Organización Mundial de la Salud, 2018).

En Colombia más de 110 mil fallecen por enfermedades crónicas como las afecciones cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y los padecimientos pulmonares (Organización Panamericana de la Salud, 2018). Esta situación se complejiza porque aumenta la posibilidad que coexista más de una ENT, especialmente en personas de edad avanzada, lo que implica riesgo de causar discapacidades y fragilidad clínica, aumento de la mortalidad y mayor utilización de los servicios de salud: visitas a urgencias, hospitalizaciones evitables, polifarmacia (Ollero Bernabeu *et al.*, 2010; Montes Santiago *et al.*, 2012). Desde la perspectiva de las personas con múltiples enfermedades crónicas, la progresión de las enfermedades tiene un efecto sobre su calidad de vida y deterioro funcional, impactando en su vida diaria e interrumpiendo las actividades familiares; con el avance de la enfermedad, aumentan los reingresos hospitalarios y los periodos críticos por las complicaciones (Morales-Asencio *et al.*, 2016).

Este fenómeno que se conoce como multimorbilidad o pluripatología, conlleva a la emergencia de modelos conceptuales como *Kaiser Permanente* que propone la estratificación de la persona en situación de cronicidad en función del riesgo, combinando prevención, apoyo a la autogestión, gestión de la enfermedad y gestión de casos en pacientes de alta complejidad (Fernández Moyano *et al.*, 2017). La Gestión de casos (GC) es un rol de Práctica Avanzada en Enfermería, orientado a la provisión de servicios de salud dirigida a pacientes crónicos complejos y cuidadores principales, para dar respuesta a sus necesidades y minimizar la fragmentación de la atención (Hernández-Zambrano *et al.*, 2019). La Sociedad Americana de Gestión de Casos la describe como un “proceso de colaboración mediante el que se valoran, planifican, aplican, coordinan, monitorizan y evalúan las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona, articulando la comunicación y recursos disponibles para promover resultados de calidad y coste-efectivos” (Case Management Society of America, 2002, p. 8).

A pesar de las evidencias de efectividad del modelo de GC en resultados en salud, como sobrecarga del cuidador, utilización de los servicios de salud, coordinación asistencia,

polifarmacia, calidad de vida, satisfacción con los servicios y contención de costos en salud (Morales-Asencio, 2014), no se ha localizado en la literatura científica experiencias de implementación y evaluación de la efectividad del modelo en el Sistema de Salud Colombiano. En este sentido, se desarrolló un análisis cualitativo para la evaluación del modelo con población crónica compleja. En el proceso de adaptación cultural de la GC, se determinó que el modelo está orientado a la continuidad asistencial, a través de la coordinación entre niveles asistenciales, profesionales y/o sectores; a la movilización de servicios socio-sanitarios; optimización en la utilización de los servicios; garantizar la calidad de las transiciones y un plan terapéutico individualizado; además de promover el empoderamiento y autonomía en la gestión del plan asistencial del paciente y su cuidador principal (Hernández-Zambrano *et al.*, 2019). Dada la importancia de recoger evidencias cualitativas que apoyen en el modelaje de esta intervención compleja de salud, el objetivo del estudio, es comprender la experiencia de las Enfermeras frente a la implementación del modelo de gestión de casos, para la atención de personas en situación de pluripatología y sus cuidadores familiares.

2. METODOLOGÍA

2.1 Diseño de investigación

Se llevó a cabo un estudio descriptivo cualitativo, para comprender la experiencia de las enfermeras frente a la implementación del modelo de gestión de casos, para la atención de personas en situación de pluripatología y sus cuidadores familiares. En el campo de la salud comunitaria Swanson destaca la importancia del enfoque cualitativo en la investigación evaluativa, que proporciona evidencias sobre los mecanismos en los que se basan las intervenciones, examina el proceso de implementación de un programa de atención en salud y no solo mide los resultados. (Amezcuza & Hernández Zambrano, 2012; De la Cuesta, 2005)

2.2 Lugar de estudio

El estudio se realizó en el ámbito domiciliario de personas en situación de pluripatología, localizado en Bogotá, Colombia.

2.3 Población de estudio

Participaron 6 enfermeras que recibieron entrenamiento en el modelo de Gestión de Casos. La intervención estuvo dirigida a 317 pacientes en situación de pluripatología y sus

cuidadores familiares (Diadas). Finalizaron 272 pacientes, 27 fallecieron y 18 se retiraron del estudio.

2.4 Criterios de inclusión

1. Enfermera/o con registro profesional correspondiente para Colombia
2. Experiencia mínima de 2 años en entorno hospitalario o comunitario
3. Formación posgradual de especialización o maestría con competencias clínicas o comunitarias.
4. Entrenamiento en abordaje del paciente crónico complejo y sus cuidadores familiares

Muestreo intencional por conveniencia que cumpliera con todos los criterios de inclusión.

2.5 Recolección de datos

Se realizaron diarios de campo que recogieron las experiencias significativas de las Enfermeras Gestoras de Casos durante la intervención. El proceso de Gestión de Casos se desarrolló durante 12 meses a través de cuatro componentes: 1. La identificación del caso; 2. La valoración personalizada que incluye, la revisión de la complejidad y la evaluación integral exhaustiva, multidimensional de las necesidades de atención sanitaria y social. 3. El diseño, ejecución y evaluación del plan de gestión de casos: plan de cuidado personalizado utilizando taxonomía NANDA, NIC, NOC y plan de coordinación de las intervenciones con otros proveedores y gestión de barreras administrativas y 4. El cierre del caso. Se realizaron mínimo 6 visitas según la complejidad del paciente (1 visita de valoración integral exhaustiva y multidimensional, 2 visitas de seguimiento domiciliario, 2 seguimientos telefónicos, 1 visita de evaluación) .

Las variables sociodemográficas fueron recolectadas a través de un formato codificado dentro del mismo formato del diario de campo.

2.6 Análisis de datos

Se realizó análisis de contenido siguiendo la propuesta de Taylor y Bogdan, adaptada por Amezcua y Gálvez (2002). Se realizó un esquema en espiral que obliga a retroceder una y otra vez a los datos para dar consistencia a las interpretaciones, las etapas no suceden

unas tras otras como ocurre en el esquema secuencial, las etapas son: preparación de los datos que está orientada a facilitar la mirada reflexiva de investigador a través de presentaciones concentradas como resúmenes estructurados o diagramas; descubrimiento de temas donde se realiza la búsqueda de temas examinando los datos de todos los modos posibles; codificación e interpretación de datos que consiste en la reunión y análisis de todos los datos que refieren a temas, ideas, conceptos, interpretaciones y proposiciones; relativización de los datos cuyo propósito es la interpretación en el contexto en el que fueron recogidos los datos; y garantía del rigor a través de la triangulación entre investigadores.

2.7 Consideraciones éticas

El presente estudio de acuerdo con el artículo 11 de la resolución 8430 de 1993 de Colombia, se consideró de mínimo riesgo para la vida y la integridad de los sujetos de investigación. Este proyecto fue aprobado por el comité de ética en investigación en seres humanos CEISH, el día 26 de Mayo de 2017 en Bogotá. Se firmó consentimiento informado y la participación fue voluntaria tanto para los participantes como las enfermeras gestoras de casos.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1 Características sociodemográficas

Participaron seis enfermeras con una edad promedio de 31.8 años, todas tenían más de 2 años experiencia en el ámbito clínico o comunitario y formación de posgrados así: especialización en Enfermería nefrológica del adulto, especialización en epidemiología, especialización en gerencia de instituciones sociales de salud y maestría en salud pública o en enfermería.

3.2 Categorías emergentes

- **Categoría 1. Percepción de enfermería sobre el sujeto de cuidado pluripatológico y su entorno social**

Percepción sobre el sujeto de cuidado

La condición de pluripatología afecta a los sujetos de cuidado desde lo fisiológico, demandando tratamientos y estancias hospitalarias en algunos casos prolongadas, que generan implicaciones a nivel laboral como pérdida del trabajo, a nivel social, con pérdida de

relaciones de amigos y familiares, y a nivel emocional, ocasionando sentimientos de aislamiento y deterioro del autoconcepto y autoconfianza derivados de las dinámicas de la enfermedad.

"Ella perdió su trabajo desde que diagnosticaron la primera enfermedad... con el paso del tiempo se presentaron más enfermedades que fueron afectando su estado emocional hasta llegar a un trastorno depresivo recurrente... La paciente ha perdido sus amigos, nadie la volvió a llamar y Ella también reconoce que se ha aislado de las redes sociales, refiere que no le interesa compartir con otras personas y que tampoco tiene mucho tiempo, pues además de su rol como paciente con pluripatología es a la vez cuidadora de sus padres y abuela, quienes son también pacientes crónicos" Participante 2.

Se resalta que, en cuanto a la dimensión espiritual, se fortalecen las creencias en un ser supremo con los procesos de enfermedad, que se traduce en mayor empoderamiento para anteponerse a las dificultades diarias, capacidad para disfrutar cada instante de sus vidas y mayor comprensión sobre la muerte, al no querer representar una carga a sus familiares.

"Pero todos tienen en común qué le piden a Dios que los deje hasta cuando ellos no dependan totalmente de sus familiares, hasta que sean útiles" Participante 1.

A pesar de lo anterior, la mayoría de enfermeras gestoras describen al paciente priorizando los aspectos clínicos sobre los relacionados con las otras dimensiones abordadas que permitan un enfoque integral de cuidado.

Diferentes autores han descrito la espiritualidad como la integración de cuerpo, mente y espíritu, que se traduce en encontrar la paz, armonía y el significado de la vida. Esta Espiritualidad en personas con enfermedades crónicas mejora la respuesta inmunológica, la adaptación frente a la enfermedad, la resolución de problemas y la toma de decisiones en cuanto a la condición de salud o enfermedad. De igual manera permite el manejo de los sentimientos desesperación, depresión, soledad y ansiedad asociados a la cronicidad. (Drutchas y Anandarajah, 2014; Vargas-Escobar, 2017)

3.3 Percepción de la enfermera sobre el entorno de cuidado y social del paciente

En procesos de enfermedad o consecuencias que generan cambios en la calidad de vida de las personas, es importante el apoyo familiar, que garantice acompañamiento y fomente la capacidad de afrontamiento y manejo de su condición.

"Frente a este caso me siento vulnerable, considero que todos estamos expuestos a una situación similar y que enfrentarse a este cambio de vida requiere apoyo de la familia, confianza en sí mismo y sobre todo motivaciones para seguir adelante" Participante 3.

En este sentido, cabe resaltar que este apoyo está presente independientemente de las condiciones socioeconómicas o la presencia de hijos, a través de un cuidador que brinda bienestar. Sin embargo, cuando la condición de pluripatología se presenta en edades tempranas, los sujetos deben desempeñar un doble rol: paciente y cuidador de familiares a cargo.

Estos resultados son similares a lo que menciona Merodio, Acuña y Martínez (2015) en su estudio de la percepción del apoyo familiar, la familia cumple un papel importante en el apoyo instrumental de las personas mayores, el cónyuge y los hijos son los principales proveedores de ayuda económica y de cuidados, pues se requiere garantizar acompañamiento continuo y toma de decisiones de la condición de salud de su familiar enfermo.

Asimismo, las dinámicas del Sistema de Salud promueven la delegación del cuidado directo a la familia del paciente, sin ningún tipo de preparación o en entrenamiento previo, lo que ocasiona que exista desconocimiento sobre el manejo en el proceso de la enfermedad que les permita a los cuidadores dar respuesta a las necesidades de los pacientes; aunque se manifieste interés y motivación por brindar un cuidado integral; actuando como fuente de apoyo principal y asumiendo actividades que suplen desde necesidades básicas, físicas, emocionales y sociales, a otras más complejas como la gestión administrativa de su proceso de atención.

"los cuidadores se dedican a brindar la atención en todas las actividades de rutina, desde la higiene diaria, alimentación, administración de medicamentos, hasta los difíciles trámites para obtener las citas médicas de control" Participante 2.

No obstante, al delegarse todas estas actividades, el familiar que asume el rol de cuidador entra en riesgo de sobrecarga con el transcurso del tiempo por el acompañamiento continuo que demanda la condición de pluripatología.

"El cuidador se siente con muchas responsabilidades con su familiar, el manejo de un paciente con enfermedad mental es "desgastante", cada actividad debe ser realizada en compañía y bajo la supervisión de un cuidador" Participante 2.

En la literatura también se evidencia que quien asume el rol de cuidador, en varias ocasiones es una mujer del contexto familiar, que con el transcurso del tiempo y debido a la carga de la condición de múltiples condiciones crónicas y la dependencia de la persona al cuidador, se traduce como perjudicial para la salud de las personas cuidadoras (Valverde, 2014).

- **Categoría 2. Experiencia del cuidado de enfermería en la gestión de casos: rol, aportes y dificultades**

Rol de enfermería en la gestión de casos

El rol de enfermería en la gestión de casos está definido como la capacidad de brindar cuidados integrales desde el acompañamiento directo en las viviendas y seguimiento telefónico encaminados a fomentar bienestar físico, mental, emocional y social. Para esto, es necesario que los profesionales cuenten con conocimientos especializados tanto clínicos como de procesos administrativos que les permita orientar, educar y/o resolver las inquietudes de sujetos de cuidado y cuidadores que se puedan presentar en el transcurso del proceso de la enfermedad.

"considero que mi visita o llamada podrá ser una oportunidad para brindar un cuidado y orientación que como enfermera compartiré con pacientes y cuidadores"... "En las primeras visitas me he sentido identificada con este Rol como Enfermera; el servicio y la calidad humana son condiciones relevantes para desempeñar la orientación, educación y resolución de inquietudes de los pacientes y cuidadores. Algunas visitas me hacen sonreír porque sé que logré un buen resultado, otras me contagiaron un poco de incertidumbre por las necesidades que vislumbro en algunos hogares" Participante 2.

En pacientes pluripatológicos, dadas sus condiciones clínicas y comorbilidades, las enfermeras gestoras de casos se enfrentaron a condiciones de fin de vida en las que manifestaron acompañamiento dirigido, fomentando la expresión de emociones en los familiares frente a la pérdida y su tránsito por las diferentes etapas del duelo. Además, las enfermeras han aprovechado estos espacios para reconocer a las familias la labor tan importante que realizaron como cuidadores en el proceso de enfermedad de su familiar.

"permitiéndole a la familia primeramente expresar mediante el diálogo sus sentimientos, los dos familiares manifestaron sentir dolor por la pérdida de su ser querido pero también se observa aceptación frente a la situación que ellos estaban viviendo" (...) "es poder reconocer a las familias la labor tan bonita que realizan al poder cuidar, acompañar, brindar una voz de aliento al final de los días de las personas que amamos, ya que ser cuidador no es fácil y más aún cuando quisiéramos hacer más por las personas que amamos y tal vez por desconocimiento sentimos impotencia de no poder hacer más por las personas que amamos" Participante 5.

Por último, la competencia de comunicación de la enfermera en la gestión de casos de pacientes con pluripatología y su cuidador, es descrito por las profesionales como un pilar importante, puesto que es la principal herramienta para identificar necesidades de salud, brindar cuidados integrales apoyados en otras áreas del sistema y para que los pacientes adquieran compromisos de mejoramiento de su estado de salud, a través de su empoderamiento para la toma de decisiones.

"Considero que fue una visita agradable en la cual se pudo establecer una buena comunicación con la paciente ya que hay un compromiso de por medio donde se enriquece la relación enfermera paciente y seguramente se obtendrá buenos resultados, los cuales serán evaluados en siguiente visita domiciliaria"
Participante 4.

Los resultados de este estudio coinciden con Joo y Huber (2018), en su estudio la gestión de casos, el modelo proporciona atención de calidad, continua y centrada en el paciente. Las intervenciones de las enfermeras en este modelo están centradas en evaluar las necesidades de los pacientes y ofrecer planes de atención basados en estas necesidades.

3.4 Aportes y dificultades de la gestión de casos desde la experiencia de cuidado

Participar en el modelo de gestión de casos desde la percepción de las enfermeras, ha significado un gran beneficio en los sujetos de cuidado y cuidadores, gracias al apoyo, acompañamiento y cuidados en el proceso de enfermedad.

Asimismo, para las profesionales significa una gran oportunidad para aprender sobre la gestión de casos como un modelo importante y necesario para la población en el contexto Colombiano, debido a las diferentes barreras de atención en salud a las que se enfrentan sobre todo, de tipo administrativas como inconvenientes que se presentan con las EPS en la prestación de los servicios de salud, que en ocasiones dificultan el adecuado seguimiento por parte del equipo de salud y se traduce en deterioro de la condición del paciente o reingresos hospitalarios, y al desconocimiento general de la condición en el paciente y su familiar.

"se requiere hacer gestión de casos porque existe un gran desconocimiento sobre los cuidados básicos que puede tener el paciente y cuidador en el hogar, los signos y síntomas de la enfermedad, las alternativas de atención con las que cuenta en su EPS y en los lugares cercanos a la Localidad en donde vive, los cuales aportarían interacción con otras personas y porque no experiencias tal vez con personas que tengan su misma enfermedad"... "La "Gestión de Casos" en Colombia debe verse como

una prioridad, el contacto con el ser humano es cuidado personalizado, es para ellos "sentir que alguien está pendiente", que sonríe con ellos y los escucha" Participante 2.

Las enfermeras de casos de este estudio coinciden con lo descrito por Wynia, et. al (2018) en cuanto a que sus enfermeras experimentaron que brindar la atención integral y centrada en la persona era muy gratificante, pero requería de un cambio importante en el rol que desempeñan. El proceso les brindó oportunidades para aprendizaje y crecimiento personal y profesional.

En consecuencia, estas barreras han repercutido de manera negativa en la población que ha sido expuesta a diferentes circunstancias en su proceso de enfermedad que los lleva a rechazar el acercamiento o acompañamiento por parte de la enfermera y en algunos casos estas han sido víctimas de agresiones verbales y de reclamaciones de incumplimiento en su proceso de atención, imposibilitando que se pueda cumplir con el objetivo del modelo.

"Encuentro que si los pacientes tuvieran un seguimiento adecuado por parte de la EPS, los ingresos y estancias hospitalarias podrían disminuir sustancialmente porque se podrían prevenir las complicaciones de cada patología al identificar los signos de alerta de las mismas" Participante 2.

"he tenido momentos donde nuestros pacientes están tan cargados de esa parte negativa que les genera las barreras a las cuales los someten las EPS, que cuando se realiza alguno de los seguimientos ellos se desquitan con nosotros a veces hasta el punto de agresiones verbales que pueden llegar a herir... es triste no poder contribuir a la mejora de la calidad de vida de ese paciente" Participante 1.

Las enfermeras gestoras de casos tuvieron dificultad en el proceso de la implementación, dado las condiciones geográficas de la ciudad de Bogotá, pues algunos participantes se encontraban en lugares muy apartados, de difícil acceso o con actitudes agresivas que impiden las relaciones terapéuticas.

4. CONCLUSIONES

La percepción de la enfermera sobre el paciente pluripatológico aunque se centra en la descripción de los aspectos fisiológicos y clínicos del paciente, integra tanto en la valoración como en los cuidados las dimensiones espiritual, psicológica y social, y las cataloga como indispensables para cumplir las metas de la gestión del caso.

Se evidencia delegación del cuidado y responsabilidades administrativas de la atención a los familiares, ante lo cual se recomienda brindar apoyo, valoración y formación a los

cuidadores desde la implementación del modelo de gestión de casos para evitar la sobrecarga y deterioro en su calidad de vida.

En el complejo escenario de la atención en salud y el cuidado de las personas a través de un Modelo de Gestión de casos, la investigación cualitativa permite conocer las diferentes verdades, lo que se traduce en conocer diferentes puntos de vista sobre la implementación del modelo en el contexto Colombiano, desde los ojos de las experiencias recolectadas por las enfermeras que participaron en este proceso, y ofrece las bases teóricas para acciones concretas en un futuro.

Se recomienda, abordar el efecto de la gestión de casos en la disminución de barreras de atención en salud que impiden el acceso oportuno para reducir complicaciones de su condición crónica, reingresos hospitalarios y sobre costos de atención.

Agradecimientos: El producto presentado se realizó gracias a la enfermeras Gestoras de Casos, que proporcionaron la información de análisis en sus diarios de campo

Financiación: Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación de Colombia (Colciencias), a través de la convocatoria 777 para proyectos de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud — 2017, número de contrato 848-2017.

5. REFERENCIAS

- Amezcu, M. & Hernández Zambrano, S. M. (2012). Investigación sobre el cotidiano del sujeto: oportunidades para una ciencia aplicada. *Texto Contexto Enferm*, 21(3), 675-683.
- Amezcu, M., & Gálvez Toro, A. (2002). Los modos de análisis en Investigación Cualitativa en Salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Pública*, 76(5), 423-436.
- Case Management Society of America. *Standards of Practice for Case Management*; 2002.
- De la Cuesta C. (2005). La contribución de la evidencia cualitativa al campo del cuidado y la salud comunitaria. *Index Enfermería*, 14(50), 47-52.
- Drutchas, A. Anandarajah, G. (2014). Spirituality and Coping with Chronic Disease in Pediatrics. *R I Med J*; 97(3): 26-30.
- Fernández Moyano, A., Machín Lázaro, J. M., Martín Escalante, M. D., Aller Hernandez, M. B., & Vallejo Maroto, I. (2017). Modelos de atención al paciente pluripatológico. *Rev Clin Esp*, 217(6), 351-358.
- Hernández-Zambrano, S. M., Mesa-Melgarejo, L., Carrillo-Algarra, A. L., Castiblanco-Montañez, R. A., Chaparro-Díaz, L., & Carreño-Moreno, S. P., et al. (2019). Effectiveness of a case management model for the comprehensive provision of health services to multi-pathological people. *J Adv Nurs*, 75(3), 665-675. doi: 10.1111/jan.13892.
- Hernández Zambrano, S. M., Carrillo Algarra, A. J., Castiblanco Montañez, R. A., Chaparro Díaz, O. L., Carreño Moreno, S. P., & Gonzalo Jiménez, E. (2019). Componentes del modelo de gestión de casos en la atención de la persona en condición de pluripatología y sus cuidadores familiares en Colombia. *Paraninfo Digital*, 13(29), 1-5.

- Joo, JY; Huber, DL. (2018) Scoping Review of Nursing Case Management in the United States. *Clin Nurs Res*, 27(8):1002–1006. DOI: 10.1177/1054773817717861.
- Merodio Pérez, Zoyla; Rivas Acuña, Valentina; Martínez Serrano, Amalia. (2015). Percepción del apoyo familiar y dificultades relacionadas con la diabetes en el adulto mayor. *Horizonte Sanitario*, 14 (1), 14-20.
- Montes Santiago, J., Casariego Vales, E., Toro Santos, M., & Mosquera, E (2012). La asistencia a pacientes crónicos y pluripatológicos. Magnitud e iniciativas para su manejo: La Declaración de Sevilla. Situación y propuestas en Galicia. *J Galicia Clin* 2012, 73 (Supl.1), S7-S14.
- Morales-Asencio, J. M., Martin-Santo, S F. J., Kaknani, S., Morilla-Herrera, J. C., Cuevas Fernández-Gallego, M., & García-Mayor S, et al. (2016) Living with chronicity and complexity: Lessons for redesigning case management from patients' life stories - A qualitative study. *J Eval Clin Pract*, 22(1), 122–32.
- Morales-Asencio, J. M. (2014). Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres. *Enferm Clin*, 24(1), 23-34.
- Ollero Bernabeu M., Rincón M., Upshur R., Berstein B. [Colaboradores principales]. (2010) The language of polypathology. En: Jadad AR, Cabrera A, Martos F, Smith R, Lyons RF. *When people live with multiple chronic diseases: a collaborative approach to an emerging global challenge*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública. Disponible en: <http://www.opimec.org/equipos/when-people-live-with-multiple-chronic-diseases>
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Enfermedades no transmisibles*. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Organización Panamericana de la Salud (2018). *Las enfermedades no transmisibles (ENT), nuestro reto*. Disponible en: https://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1756:las-enfermedades-no-transmisibles-ent-nuestro-reto&Itemid=487
- Valverde Jiménez, María; López Benavente, Y; Hernández Corominas, María de los ángeles; Gómez Ruiz; M; Blázquez Pedrero, M; Echevarría Pérez P. (2014). Enfermera Gestora de Casos del Servicio Murciano de Salud: Un año de puesta en marcha del programa. *Enferm Glob*, 13(4), 57–69.
- Vargas-Escobar, Lina María (2017). Intervención educativa para enfermería: cuidado espiritual durante la enfermedad crónica. *Aquichan*, 17(1), 30-41.
- Wynia, K; Uittenbroek, RJ; Van der Mei, SF; Slotman, K; Reijneveld, SA. (2018) Experiences of case managers in providing person-centered and integrated care based on the Chronic Care Model: A qualitative study on embrace. *PLoS One*, 13(11):1–16.

CORONAVÍRUS: EXPLORANDO O TEMA ATRAVÉS DA BIBLIOMETRIA

Eduardo Amadeu Dutra Moresi¹ e Isabel Pinho²

¹Universidade Católica de Brasília, Brasil. moresi@ucb.br; ²Universidade de Aveiro, Portugal. isabelpinho@ua.pt

Resumo. O coronavírus se tornou um tema transversal para várias comunidades: científicas, políticas, sociais e econômicas. Em particular, tem sido divulgado que o COVID-19 surgiu no final de 2019 e representa uma séria ameaça global, com impacto na saúde pública, na busca de vacina e tratamento, em estratégias para impedir a propagação de infecções, em viagens, em negócios, no trabalho e comportamentos sociais. Para coletar informações científicas relevantes sobre o que é coronavírus, este artigo apresenta uma análise bibliométrica dos dados coletados na base Scopus. Foi realizada uma análise exploratória, com base nos metadados de 20.438 documentos, de 1951 a março/2020. Os dados foram tratados com o apoio do CiteSpace que nos permitiu obter uma visão global da evolução das publicações, a rede de cocitação, as comunidades temáticas e os documentos mais citados. Os resultados obtidos podem ser um sólido ponto de partida para futuras explorações. Assim, a bibliometria pode contribuir para garantir a qualidade da informação, condição indispensável para o desenvolvimento científico de um determinado tema. Além dessas informações, jornalistas e formuladores de políticas e gerentes educacionais e organizacionais também devem considerar a bibliometria como uma ferramenta de tomada de decisão baseada em evidências.

Palavras-chave: Coronavírus; Processos de Conhecimento; Bibliometria; Metadados; Análise de Cocitação.

CORONAVIRUS: EXPLORING THE SUBJECT THROUGH BIBLIOMETRICS

Abstract. Coronavirus has become a crosscutting theme for several communities: scientific, political, social, and economic. In particular, COVID-19 emerged at the end of 2019 and represents a serious global threat, with an impact on public health, in the search for vaccine and treatment, in strategies to prevent the spread of infection, in travel, in business, at work and social behaviors. To collect relevant scientific information about what is a coronavirus, this article presents a bibliometric analysis of data collected from Scopus. An exploratory analysis was carried out, based on the metadata of 20,438 documents, from 1951 to March 2020. The data were treated with the support of CiteSpace that allowed us to obtain a global view of the evolution of publications, the co-citation network, cluster subjects, and the most cited documents. The results obtained can be a solid starting point for further exploration. Thus, bibliometrics can contribute to the guarantee of information quality, an indispensable condition for the scientific development of a given theme. In addition to these information users, journalists and policymakers and educational and organizational managers should also consider bibliometrics as an evidence-based decision-making tool.

Keywords: Coronavirus; Knowledge Processes; Bibliometric; Metadata; Co-Citation Analysis.

1. INTRODUÇÃO

O surto de doença por coronavírus em dezembro de 2019, colocou o tema sob o foco da necessidade de informação de qualidade para um diverso leque de utilizadores e produtores de informação. A necessidade de basear a tomada de decisão em evidência é prioritária para que o impacto dessa doença seja minimizado.

A síndrome respiratória aguda grave, coronavírus 2 (SARS-CoV-2) e a nova doença de coronavírus (COVID-19), têm sido motivo de grande preocupação para a comunidade de saúde em geral, mas principalmente para médicos especializados em doenças infecciosas e medicina pulmonar e de cuidados intensivos (Yan et al, 2020).

A comunidade científica está mobilizada para uma rápida e eficaz apresentação de soluções. Não só em nível científico, mas também em nível da cidadania responsável, onde a informação se torna um recurso relevante para diversos interessados. Políticos e gestores de organizações são chamados a tomar decisões que afetam o cotidiano, a economia e principalmente a saúde de populações em todos os níveis. Em nível prático, as decisões sobre como, por exemplo, aplicar a quarentena requerem uma base sólida baseada nas melhores evidências disponíveis. Uma pergunta é transversal a todos estes interessados em recolher e usar a informação: quais as frentes de pesquisa sobre o coronavírus?

Este tipo de questão apela à mobilização de grande quantidade de informação que requer competência para a sua seleção, análise e posterior disseminação pelos diversos segmentos de utilizadores. Este é o campo da gestão de conhecimento, que pode ajudar a encontrar, a usar informação disponível e a mobilizar o conhecimento existente de modo eficaz (Rego *et al.*, 2009). Com vista a simplificar este complexo fenómeno é possível considerar uma cadeia de quatro processos de conhecimento: a) aquisição de conhecimento; b) criação de conhecimento; c) transferência de conhecimento; e d) partilha de conhecimento (Pinho, 2012; Pinho e Diogo, 2018). Considerando o conhecimento como um recurso intangível, interessa compreender como os fluxos de conhecimento perpassam os diversos processos de conhecimento (ver Figura 1).



Figura 1. Estrutura da cadeia de processos de conhecimento (Pinho, 2012; Pinho e Diogo, 2018)

No caso deste artigo, a tarefa situa-se no processo de aquisição de conhecimento, que se refere à busca, identificação, seleção, recolha, organização e mapeamento de informação. Como estratégia de investigação decidimos usar a bibliometria como uma ferramenta de exploração do tema, com vista a responder à questão inicial. A análise bibliométrica refere-

se à combinação de diferentes estruturas, ferramentas e métodos estudar e analisar citações das publicações, permitindo obter a estrutura intelectual de uma disciplina ou de um tema (Hood e Wilson, 2001; Leydesdorff e Bornmann, 2016).

Após selecionarmos os artigos relevantes (no máximo de 100 artigos), estes serão objeto de uma análise de conteúdo (Bardin, 2004) para responder a algumas questões que irão emergir.

Este artigo exploratório será ponto de partida para outros artigos que irão resultar de futuras etapas de aprofundamento do tema poderão explorar potencialidades da bibliometria para responder a questões práticas, como por exemplo: Quais as equipas de investigação que poderão trabalhar de forma colaborativa para acelerar o processo de criação de conhecimento e transferência de conhecimento com impacto no combate ao Coronavírus?

Deste modo, iremos aproveitar as potencialidades da investigação mista, considerando as abordagens quantitativas e qualitativas como complementares, para a integração do conhecimento.

2. METODOLOGIA

O mapeamento científico utiliza métodos bibliométricos para examinar como as disciplinas, campos, especialidades e documentos individuais estão relacionados entre si. Produz uma representação espacial dos achados análogos aos mapas geográficos (Calero-Medina & van Leeuwen, 2012; Small, 1999). O mapeamento científico é uma combinação de classificação e visualização (Boyack & Klavans, 2014). O objetivo é criar uma representação da estrutura da área de pesquisa, particionando elementos (documentos, autores, periódicos, palavras) em diferentes grupos. A visualização é então usada para criar uma representação visual da classificação que emerge.

Este estudo adotou o método de revisão bibliométrica, porque este tipo de análise fornece uma ferramenta útil para inferir conhecimentos de um corpo de literatura e interpretar a evolução, distribuição e desenvolvimento de pesquisas em um determinado campo (Zupic & Cater, 2014; Soriano, Álvarez & Valdés, 2018). Com base na análise da cocitação, a cientometria pode ajudar os pesquisadores a entender o mapeamento do conhecimento dos

campos científicos e rastrear fronteiras de desenvolvimento (Soriano, Álvarez & Valdés, 2018). O diagrama de fluxo da seleção e análise de dados é ilustrado na Figura 2.

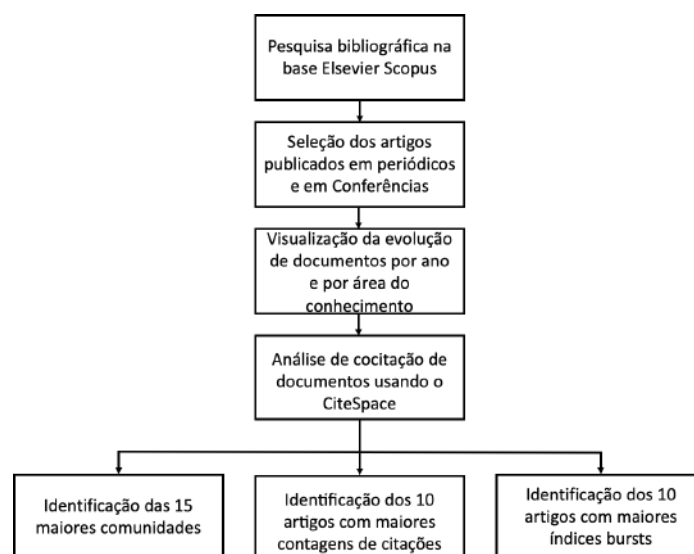


Figura 2. Fluxo da análise bibliométrica da pesquisa bibliográfica sobre Coronavírus.

Consequentemente, muitas técnicas de mapeamento científico foram geradas para analisar redes de referências citadas com base em registros bibliográficos. O CiteSpace representa um software gratuito e popular, projetado especificamente para explorar as tendências emergentes e mudanças importantes em várias áreas de pesquisa (Hou et al, 2019; Cui, Mou & Liu, 2018; Liu, Liu, & Zhang, 2014). Ele utiliza um conjunto de registros bibliográficos como entrada e delineia a estrutura intelectual do domínio do conhecimento por meio de redes de cocitação de documentos e algoritmos de localização (Chen, 2019). Portanto, no presente estudo, o CiteSpace foi escolhido como a ferramenta analítica visual para analisar a literatura existente sobre tema da Coronavírus.

A partir de um levantamento preliminar dos termos associado ao coronavírus, foi realizada uma pesquisa na base Scopus utilizando a expressão de busca: coronavirus OR "Corona virus" OR "2019-nCoV" OR "SADS-CoV" OR "SARS-CoV" OR "MERS-CoV" OR "Severe Acute Respiratory Syndrome" OR "Middle East Respiratory Syndrome" OR "covid-19". Foram recuperados 20.438 documentos, sendo 19.482 artigos publicados em periódicos e 956 em eventos científicos, cobrindo o período de 1951 a 2020. A Figura 3 apresenta a evolução das publicações por ano. Observa-se que o pico de publicações ocorreu em 2004, com 1.533 documentos. No período de 2006 a 2011 houve um decréscimo significativo, voltando a crescer até alcançar 934 documentos em 2015. Em 2019 foram, até o momento,

publicados 855 documentos. Em 2020, devido ao crescimento de pessoas infectadas, inicialmente na China, e, posteriormente, em diversos países, já foram publicados 276 documentos apenas em dois meses. Isso indica, que 2020 há a expectativa de um crescimento significativo no número de publicações.

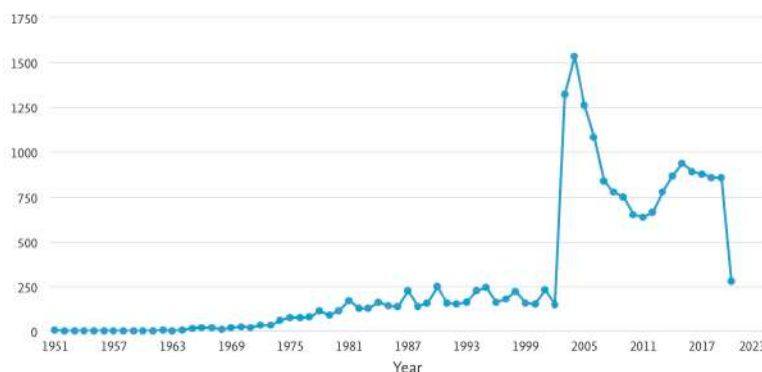


Figura 3. Evolução das publicações por ano.

Outro ponto interessante a destacar é o percentual de documentos por área do conhecimento, que é mostrado na Figura 4. Observa-se que os maiores percentuais são de Medicina (30,7%), Imunologia e Microbiologia (22,0%), Bioquímica, Genética e Biologia Molecular (14,0%), Veterinária (8,5%) e Agricultura e Ciências Biológicas (8,3%). Esse resultado mostra que as publicações são da área de saúde e afins.

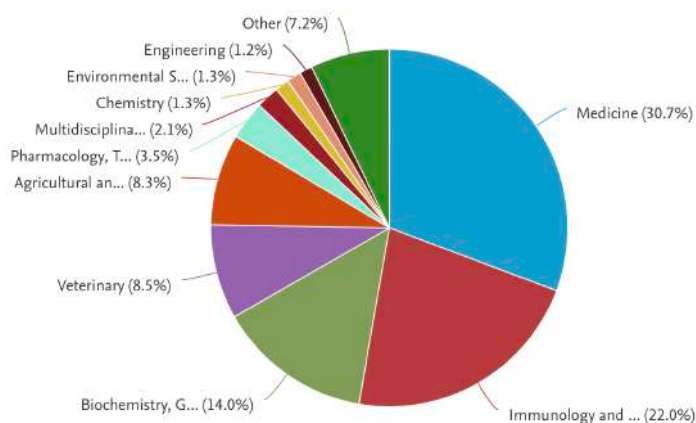


Figura 4. Distribuição de documentos por área do conhecimento.

A análise bibliométrica seguiu os procedimentos apresentados no manual do CiteSpace (Chen, 2014). O CiteSpace suporta análise de cocitação de autor, análise de cocitação de documento e análise de coocorrência de palavras-chave, modelando e visualizando redes e mapas. Nos mapas de conhecimento de visualização, existem nós e ligações que representam elementos ou unidades de análise (ou seja, autores, documentos, instituições e

países) e relações ou tipos de análise (ou seja, coocorrência de palavras-chave, cocitação de documentos, coautoria, etc). Para revelar os padrões e tendências de pesquisa sobre Coronavírus, foram realizadas análises de cocitação de referências bibliográficas, com os nós sendo as referências e as arestas as ligações de cocitação.

Alguns parâmetros no CiteSpace devem ser adequadamente definidos de acordo com os objetivos da pesquisa:

- o valor da escala de tempo foi definido como 1, o que significa que todo o intervalo de tempo foi dividido em várias fatias de 1 ano para processamento de dados;
- para formar as redes finais, foram seguidos os critérios de seleção do nó, “Top 50 por slice” e “Interpolação do limite”. “Top 50 por slice” significa que os 50 itens mais citados ou ocorridos de cada ano serão selecionados para construir uma rede. Quando o número de itens não for grande o suficiente para apresentar uma rede, a Interpolação do limite é usada.

Além disso, as métricas utilizadas neste estudo foram a cocitação por explosão (*Co-citation Bursts*), que fornece evidências de que uma publicação específica está associada a um aumento nas citações (Chen, 2019). O CiteSpace rotula cada *cluster* com base em três algoritmos especializados - frequência inversa de documentos (TF * IDF), testes de probabilidade de log (LLR) e testes de informação mútua (MI). O LLR geralmente fornece o melhor resultado em termos de exclusividade e cobertura (Chen, Ibekwe-SanJuan, & Hou, 2010). Assim, neste estudo, a LLR foi empregada.

Para garantir a qualidade da análise de *cluster*, dois indicadores importantes devem ser verificados para medir as propriedades estruturais da rede.

A modularidade Q representa a extensão em que uma rede pode ser separada em múltiplos componentes. Uma alta modularidade pode indicar uma rede bem estruturada, mas redes com pontuações de modularidade de 1 ou muito próximas de 1 podem refletir o comportamento ou preferência de citação de um único artigo, portanto, é menos representativo (Chen, 2019). O valor da silhueta representa o nível de incerteza ao interpretar a natureza do *cluster*, isto é, a homogeneidade de um cluster. Seu valor varia entre - 1 e 1. Quanto mais próximo o valor de 1, mais consistentes são os membros do *cluster*. Neste estudo, espera-se que a rotulagem do *cluster* seja mais direta, com um valor de silhueta superior a 0,5.

3. RESULTADOS DA PESQUISA

O coronavírus pertence a uma grande família de vírus que geralmente causam doenças leves a moderadas do trato respiratório superior, como o resfriado comum. No século XXI, os surtos de coronavírus surgiram pela transmissão por animais, causando doenças graves e problemas em escala global (Gorbalenya *et al.*, 2020).

Existem centenas de coronavírus, a maioria dos quais circula entre animais, incluindo porcos, camelos, morcegos e gatos.

Às vezes, esses vírus são transmitidos para os humanos - chamados de evento de transbordamento - e podem causar doenças (National Institute of Allergy and Infectious Diseases, 2020). Três dos coronavírus podem ter resultados mais sérios nas pessoas, e essas doenças são: a SARS (síndrome respiratória aguda grave) que surgiu no final de 2002 e desapareceu em 2004; a MERS (síndrome respiratória do Oriente Médio), que surgiu em 2012 e permanece em circulação nos camelos; COVID-19, que foi divulgado como tendo surgido em dezembro de 2019 da China e um esforço global está em andamento para conter seu spread. O COVID-19 é causado pelo coronavírus conhecido como SARS-CoV-2 (Liu *et al.*, 2020; Malta *et al.*, 2020).

A análise dos dados recolhidos (20.438 registros) baseou-se na rede de cocitação, que permitiu obter uma estrutura conceptual de pesquisa (Chen *et al.*, 2010). A rede gerada, que é apresentada na Figura 5, possui 3.225 nós e 7.164 arestas.

Em seguida, foi executada a obtenção das comunidades (*clusters*) utilizando o algoritmo *Log-likelihood Ratio* (Chen, Ibekwe-SanJuan & Hou, 2010) para alocar cada citação em uma comunidade (Chen, 2019, p. 52), obtendo a Modularidade Q de 0,8756 e 395 comunidades. A barra superior da Figura 5 possui uma variação de cores, da esquerda para a direita, de magenta até amarelo. Essas cores identificam os anos das publicações: de 1971 (magenta) a 2020 (amarelo).

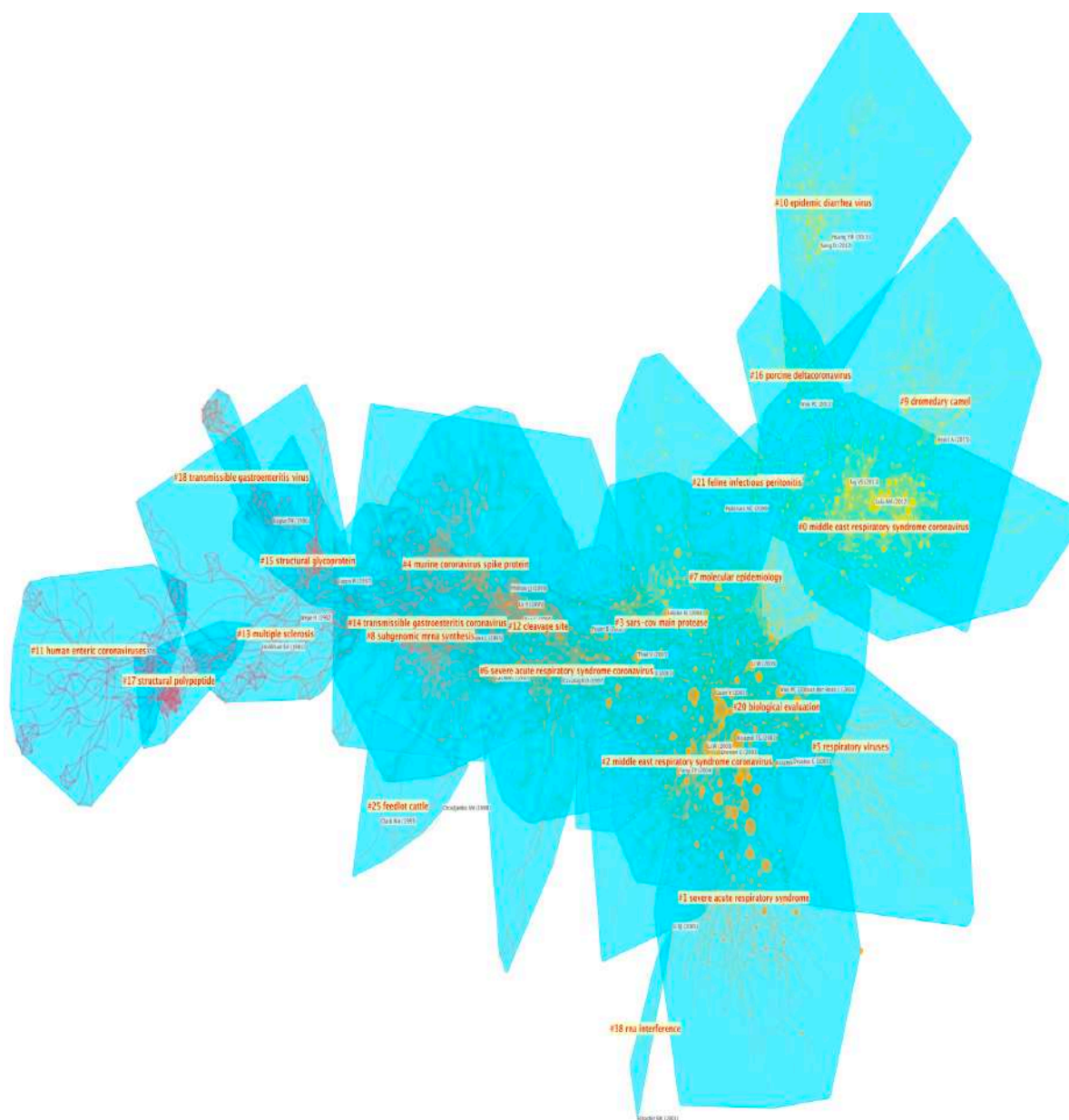


Figura 5. Rede de cocitação de documentos gerada pelo CiteSpace a partir da pesquisa bibliográfica realizada na base Scopus.

A Tabela 1 apresenta uma síntese das 15 maiores comunidades, incluindo o rótulo da comunidade, o número de documentos, a silhueta e o ano médio. O valor da silhueta de uma comunidade mede a qualidade de sua configuração. Seu valor varia entre -1 e 1. O valor mais alto representa uma solução perfeita (Chen *et al.*, 2010). Observa-se que todas as comunidades apresentam valores de silhueta superiores a 0,8.

Tabela 1. Síntese das 15 maiores comunidades utilizando o CiteSpace.

Comunidade	Nr documentos	Silhueta	Ano médio
0. middle east respiratory syndrome coronavirus	276	0,884	2014
1. severe acute respiratory syndrome coronavirus	228	0,838	2004
2. murine coronavirus spike protein	210	0,804	1998
3. sars-cov main protease	173	0,788	2006
4. human coronaviruses	156	0,841	2006
5. severe acute respiratory syndrome	134	0,943	2003
6. new transcriptional unit	133	0,912	1992
7. epidemic diarrhea virus	122	0,963	2014
8. human enteric coronaviruses	106	0,948	1981
9. dromedary camel	103	0,964	2013
10. other species	89	0,983	1975
11. cleavage site	75	0,945	1996
12. neurotropic coronavirus	71	0,969	1994
13. respiratory viral panel	64	0,948	2007
14. transmissible gastroenteritis virus	56	0,984	1985

Fonte: CiteSpace – 2020.

A Tabela 2 apresenta os 14 artigos com as maiores contagens de citações. Observa-se que 14 artigos são do ano de 2003. Esse fato está relacionado ao coronavírus (SARS-CoV) que foi descoberto em associação com casos de síndrome respiratória aguda grave (SARS), em março de 2003 (Rota *et al.*, 2003). Nove estudos trataram da relação entre o coronavírus e a SARS (Drosten *et al.*, 2003; Guan *et al.*, 2003; Ksiazek *et al.*, 2003; Lee *et al.*, 2003; Li *et al.*, 2003; Marra *et al.*, 2003; Peiris *et al.*, 2003; Poutanen *et al.*, 2003; Rota *et al.*, 2003). Um estudo focou no coronavírus HCov-EMC (Zaki *et al.*, 2012) e outro abordou sobre a progressão temporal das alterações clínicas, radiológicas e virológicas em um surto comunitário de SARS (Peiris *et al.*, 2003b).

Tabela 2. Os 10 documentos com as maiores contagens de citações.

Referência citada	Contagem de Citações	Comunidade
Drosten et al (2003)	997	2. murine coronavirus spike protein
Ksiazek et al (2003)	966	2. murine coronavirus spike protein
Rota et al (2003)	811	2. murine coronavirus spike protein
Zaki et al (2012)	720	4. human coronaviruses
Lee et al (2003)	636	1. severe acute respiratory syndrome coronavirus
Peiris et al (2003a)	573	2. murine coronavirus spike protein
Marra et al (2003)	522	2. murine coronavirus spike protein
Guan et al (2003)	435	3. sars-cov main protease
Li et al (2003)	432	3. sars-cov main protease
Poutanen et al (2003)	411	1. severe acute respiratory syndrome coronavirus
Tsang et al (2003)	380	#1 severe acute respiratory syndrome coronavirus
Peiris et al (2003b)	373	#1 severe acute respiratory syndrome coronavirus
Snijder et al (2003)	337	#3 sars-cov main protease
Booth et al (2003)	322	#1 severe acute respiratory syndrome coronavirus
Kuiken et al (2003)	316	#1 severe acute respiratory syndrome coronavirus

Fonte: CiteSpace – 2020.

A Tabela 3 apresenta as áreas onde houveram aumento na incidência de publicações, utilizando a funcionalidade Bursts do CiteSpace (Chen, 2019). Observa-se que 14 estudos trataram da relação entre o coronavírus e a SARS (Drosten *et al.*, 2003; Ksiazek *et al.*, 2003; Lee *et al.*, 2003; Marra *et al.*, 2003; Poutanen *et al.*, 2003; Raj *et al.*, 2013; Rota *et al.*, 2003; Tsang *et al.*, 2003; Zaki *et al.*, 2012), entre o coronavírus e a MERS (Assiri *et al.*, 2013b).

Tabela 3. Os 10 documentos com os maiores índices Bursts.

Referência citada	Índice Bursts	Comunidade
Zaki et al (2012)	272,31	4. human coronaviruses
Drosten et al (2003)	163,43	2. murine coronavirus spike protein
Ksiazek et al (2003)	161,96	2. murine coronavirus spike protein
Lee et al (2003)	158,93	1. severe acute respiratory syndrome coronavirus
Rota et al (2003)	146,90	2. murine coronavirus spike protein
Poutanen et al (2003)	107,73	1. severe acute respiratory syndrome coronavirus
Tsang et al (2003)	102,76	1. severe acute respiratory syndrome coronavirus
Raj et al (2013)	99,9	3. sars-cov main protease
Marra et al (2003)	98,3	2. murine coronavirus spike protein
Assiri et al (2013a)	96,74	3. sars-cov main protease
Assiri et al (2013b)	89,52	#0 middle east respiratory syndrome coronavirus
Li et al (2005)	85,14	#4 human coronaviruses
Peiris et al (2003a)	80,16	#1 severe acute respiratory syndrome coronavirus
Li et al (2003)	78,38	#1 severe acute respiratory syndrome coronavirus
Lau et al (2005)	77,83	#4 human coronaviruses

Fonte: CiteSpace – 2020.

Observa-se que dez referências estão entre as mais cocitadas e com os maiores índices de Bursts, havendo a maior concentração em publicações do ano de 2003. Este resultado é coerente, devido ao surto de SARS que ocorreu no final do ano de 2002. A frente de pesquisa mais recente se refere ao coronavírus humano, que possui o médio de publicações em 2006. Contudo, o artigo mais relevante é de 2012.

4. CONCLUSÕES

O mapeamento do tema através das variadas vertentes de visualização dos dados obtidos é uma fase importante para que se possa decidir sobre o foco a ser dado em uma futura revisão integrativa sobre a Coronavírus. A metodologia é consistente, pois possibilita uma análise abrangente dos documentos publicados em um período de tempo. Contudo, a definição da expressão de busca é um ponto crítico, pois implicará diretamente nos documentos que serão recuperados em uma pesquisa bibliográfica. Contudo, a evolução dos quantitativos de documentos por ano permite analisar a evolução do tema ao longo do período em análise.

Outro ponto a destacar, é que este Trata-se de um tema que interessa a diversas áreas do conhecimento, mas que se vai construindo como área de investigação/pesquisa com teoria e prática estruturada. Autores e publicações relevantes são cocitados criando redes de conhecimento que consolidam este tema.

estudo bibliométrico revelou que os anos de 2003 e de 2012 marcaram dois pontos de crescimento nas publicações sobre o coronavírus. Em ambos os casos, o interesse pelo tema teve origem na ocorrência de casos detectados e reportados pela Organização Mundial da Saúde. Considerando o momento atual, devido a um novo surto do coronavírus com propagação em nível mundial, há a expectativa de um novo crescimento nas publicações sobre o tema devido ao comprometimento dos cientistas em apresentar soluções para a pandemia.

Como prosseguimento da investigação, sugerimos que um novo recorte seja realizado com foco nas publicações dos últimos 3 anos, de 2017 a 2020, para que sejam identificadas as frentes de pesquisa mais aderentes ao momento atual.

5. REFERÊNCIAS

- Bardin, L. (2004). *Análise de Conteúdo* (R. Luís & A. Pinheiro, Trans.). Lisboa: Edições 70.
- Chen, C. (2019). *How to use CiteSpace*. Victoria, British Columbia, CA: Leanpub.
- Chen, C., Ibekwe-SanJuan, F. e Hou, J. (2010). The structure and dynamics of cocitation clusters: A multiple-perspective cocitation analysis. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, 61(7), 1386-1409.
- Drosten, C., Günther, S., Preiser, W., van der Werf, S., Brodt, H.-R., Becker, S., Rabenau, H., Panning, M., Kolesnikova, L., Fouchier, R. A. M., Berger, A., Burguière, A.-M., Cinatl, J., Eickmann, M., Escriou, N., Grywna, K., Kramme, S., Manuguerra, J.-C., Müller, S., Rickerts, V., Stürmer, M., Vieth, S., Klenk, H.-D., Osterhaus, A. D. M. E., Schmitz, H. e Doerr, H. W. (2003). Identification of a Novel Coronavirus in Patients with Severe Acute Respiratory Syndrome. *New England Journal of Medicine*, 348(20), 1967-1976.
- Gorbalenya, A. E., Baker, S. C., Baric, R. S., de Groot, R. J., Drosten, C., Gulyaeva, A. A., Haagmans, B. L., Lauber, C., Leontovich, A. M., Neuman, B. W., Penzar, D., Perlman, S., Poon, L. L. M., Samborskiy, D. V., Sidorov, I. A., Sola, I., Ziebuhr, J. e Coronaviridae Study Group of the International Committee on Taxonomy of, V. (2020). The species Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2. *Nature Microbiology*, 5(4), 536-544.
- Guan, Y., Zheng, B. J., He, Y. Q., Liu, X. L., Zhuang, Z. X., Cheung, C. L., Luo, S. W., Li, P. H., Zhang, L. J., Guan, Y. J., Butt, K. M., Wong, K. L., Chan, K. W., Lim, W., Shortridge, K. F., Yuen, K. Y., Peiris, J. S. M. e Poon, L. L. M. (2003). Isolation and Characterization of Viruses Related to the SARS Coronavirus from Animals in Southern China. *Science*, 302(5643), 276-278.
- Hood, W. W. e Wilson, C. S. (2001). The literature of bibliometrics, scientometrics, and informetrics. *Scientometrics*, 52(2), 291-314.

- Ksiazek, T. G., Erdman, D., Goldsmith, C. S., Zaki, S. R., Peret, T., Emery, S., Tong, S., Urbani, C., Comer, J. A., Lim, W., Rollin, P. E., Dowell, S. F., Ling, A.-E., Humphrey, C. D., Shieh, W.-J., Guarner, J., Paddock, C. D., Rota, P., Fields, B., DeRisi, J., Yang, J.-Y., Cox, N., Hughes, J. M., LeDuc, J. W., Bellini, W. J. e Anderson, L. J. (2003). A Novel Coronavirus Associated with Severe Acute Respiratory Syndrome. *New England Journal of Medicine*, 348(20), 1953-1966.
- Lee, N., Hui, D., Wu, A., Chan, P., Cameron, P., Joynt, G. M., Ahuja, A., Yung, M. Y., Leung, C. B., To, K. F., Lui, S. F., Szeto, C. C., Chung, S. e Sung, J. J. Y. (2003). A Major Outbreak of Severe Acute Respiratory Syndrome in Hong Kong. *New England Journal of Medicine*, 348(20), 1986-1994.
- Leydesdorff, L. e Bornmann, L. (2016). The operationalization of “fields” as WoS subject categories (WCs) in evaluative bibliometrics: The cases of “library and information science” and “science & technology studies”. *Journal of the Association for Information Science and Technology*, 67(3), 707-714.
- Li, W., Moore, M. J., Vasilieva, N., Sui, J., Wong, S. K., Berne, M. A., Somasundaran, M., Sullivan, J. L., Luzuriaga, K., Greenough, T. C., Choe, H. e Farzan, M. (2003). Angiotensin-converting enzyme 2 is a functional receptor for the SARS coronavirus. *Nature*, 426(6965), 450-454.
- Liu, C., Zhou, Q., Li, Y., Garner, L. V., Watkins, S. P., Carter, L. J., Smoot, J., Gregg, A. C., Daniels, A. D., Jervey, S. e Albaiu, D. (2020). Research and Development on Therapeutic Agents and Vaccines for COVID-19 and Related Human Coronavirus Diseases. *ACS Central Science*, 6(3), 315-331.
- Malta, M., Rimoin, A. W. e Strathdee, S. A. (2020). The coronavirus 2019-nCoV epidemic: Is hindsight 20/20? *EClinicalMedicine*, 20.
- Marra, M. A., Jones, S. J. M., Astell, C. R., Holt, R. A., Brooks-Wilson, A., Butterfield, Y. S. N., Khattri, J., Asano, J. K., Barber, S. A., Chan, S. Y., Cloutier, A., Coughlin, S. M., Freeman, D., Girn, N., Griffith, O. L., Leach, S. R., Mayo, M., McDonald, H., Montgomery, S. B., Pandoh, P. K., Petrescu, A. S., Robertson, A. G., Schein, J. E., Siddiqui, A., Smailus, D. E., Stott, J. M., Yang, G. S., Plummer, F., Andonov, A., Artsob, H., Bastien, N., Bernard, K., Booth, T. F., Bowness, D., Czub, M., Drebot, M., Fernando, L., Flick, R., Garbutt, M., Gray, M., Grolla, A., Jones, S., Feldmann, H., Meyers, A., Kabani, A., Li, Y., Normand, S., Stroher, U., Tipples, G. A., Tyler, S., Vogrig, R., Ward, D., Watson, B., Brunham, R. C., Krajden, M., Petric, M., Skowronski, D. M., Upton, C. e Roper, R. L. (2003). The Genome Sequence of the SARS-Associated Coronavirus. *Science*, 300(5624), 1399-1404.
- National Institute of Allergy and Infectious Diseases. (2020). Coronaviruses 2020. Retrieved 02. Mar 2020, from <https://www.niaid.nih.gov/diseases-conditions/coronaviruses?researchers=true>
- Peiris, J. S. M., Lai, S. T., Poon, L. L. M., Guan, Y., Yam, L. Y. C., Lim, W., Nicholls, J., Yee, W. K. S., Yan, W. W., Cheung, M. T., Cheng, V. C. C., Chan, K. H., Tsang, D. N. C., Yung, R. W. H., Ng, T. K. e Yuen, K. Y. (2003). Coronavirus as a possible cause of severe acute respiratory syndrome. *The Lancet*, 361(9366), 1319-1325.
- Pinho, I. (2012). *Knowledge Management in Research Centers - Barriers / Facilitators*. University of Aveiro.
- Pinho, I. e Diogo, S. (2018). Enhancing the Visibility and Impact of Scholarly Research: an exploratory study on knowledge production settings. *Revista Meta: Avaliação*, 10(30), 502.
- Poutanen, S. M., Low, D. E., Henry, B., Finkelstein, S., Rose, D., Green, K., Tellier, R., Draker, R., Adachi, D., Ayers, M., Chan, A. K., Skowronski, D. M., Salit, I., Simor, A. E., Slutsky, A. S., Doyle, P. W., Krajden, M., Petric, M., Brunham, R. C. e McGeer, A. J. (2003). Identification of Severe Acute Respiratory Syndrome in Canada. *New England Journal of Medicine*, 348(20), 1995-2005.
- Raj, V. S., Mou, H., Smits, S. L., Dekkers, D. H. W., Müller, M. A., Dijkman, R., Muth, D., Demmers, J. A. A., Zaki, A., Fouchier, R. A. M., Thiel, V., Drosten, C., Rottier, P. J. M., Osterhaus, A. D. M. E., Bosch, B. J. e Haagmans, B. L. (2013). Dipeptidyl peptidase 4 is a functional receptor for the emerging human coronavirus-EMC. *Nature*, 495(7440), 251-254.

- Rego, A., Pinho, I., Pedrosa, J. e Cunha, M. P. (2009). Barriers and facilitators to knowledge management in university research centers: an exploratory study. *Management Research*, 7(1), 33-47.
- Rota, P. A., Oberste, M. S., Monroe, S. S., Nix, W. A., Campagnoli, R., Icenogle, J. P., Peñaranda, S., Bankamp, B., Maher, K., Chen, M.-h., Tong, S., Tamin, A., Lowe, L., Frace, M., DeRisi, J. L., Chen, Q., Wang, D., Erdman, D. D., Peret, T. C. T., Burns, C., Ksiazek, T. G., Rollin, P. E., Sanchez, A., Liffick, S., Holloway, B., Limor, J., McCaustland, K., Olsen-Rasmussen, M., Fouchier, R., Günther, S., Osterhaus, A. D. M. E., Drosten, C., Pallansch, M. A., Anderson, L. J. e Bellini, W. J. (2003). Characterization of a Novel Coronavirus Associated with Severe Acute Respiratory Syndrome. *Science*, 300(5624), 1394-1399.
- Tsang, K. W., Ho, P. L., Ooi, G. C., Yee, W. K., Wang, T., Chan-Yeung, M., Lam, W. K., Seto, W. H., Yam, L. Y., Cheung, T. M., Wong, P. C., Lam, B., Ip, M. S., Chan, J., Yuen, K. Y. e Lai, K. N. (2003). A Cluster of Cases of Severe Acute Respiratory Syndrome in Hong Kong. *New England Journal of Medicine*, 348(20), 1977-1985.
- Zaki, A. M., van Boheemen, S., Bestebroer, T. M., Osterhaus, A. D. M. E. e Fouchier, R. A. M. (2012). Isolation of a Novel Coronavirus from a Man with Pneumonia in Saudi Arabia. *New England Journal of Medicine*, 367(19), 1814-1820.

O BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE E MEDICINA: UMA ANÁLISE DE CORRESPONDÊNCIA DE CONCEPÇÕES ACERCA DE ATENDIMENTO HUMANIZADO

Renata Meira Veras¹, Vitória Batista Calmon de Passos¹, Caio Cézar Moura Feitosa¹
e Sheyla Fernandes²

¹ Universidade Federal da Bahia, Brasil. renatameiraveras@gmail.com; vitoria.passos17@gmail.com
feitosacaiocesar@gmail.com.

² Universidade Federal de Alagoas, Brasil. sheyla.fernandes@ip.ufal.br

Resumo. Introdução: Uma medicina exercida com excelência deve ser baseada tanto em sua qualidade técnica quanto em seu caráter humano. Nesse cenário, o Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) surgiu na intenção de adaptar a formação em saúde às mudanças geradas em decorrência do esgotamento do modelo de ensino vigente, oferecendo uma formação multi e interdisciplinares e humanista. Objetivo: Esse artigo tem como objetivo analisar as concepções de atendimento médico humanizado dos estudantes de medicina, identificando possíveis diferenças entre os discursos dos estudantes que cursaram o BIS e os que não cursaram. Método: Trata-se de um estudo qualitativo, empírico e exploratório que analisa as concepções utilizando suporte do Software Iramuteq para processamento dos dados. As informações utilizadas foram coletadas mediante aplicação de questionário com questões abertas a 344 estudantes de medicina matriculados entre o primeiro e oitavo semestres. Resultados: A análise de correspondência indicou que os estudantes que cursaram o primeiro ciclo tendem a atrelar seus discursos acerca do atendimento médico humanizado ao conceito ampliado de saúde, enfatizando os determinantes sociais da saúde como fundamentais para o desenvolvimento da relação humanizada. Conclusões: A formação interdisciplinar pode influenciar uma formação mais humanizada e coerente com a realidade no campo da saúde pública.

Palavras-chave: Educação Médica; Humanização da Assistência; Universidade; Currículo; Interdisciplinaridade

THE INTERDISCIPLINARY BACHELOR IN HEALTH AND MEDICINE: A CORRESPONDENCE ANALYSIS OF CONCEPTIONS ABOUT HUMANIZED CARE

Abstract. Introduction: A medicine practiced with excellence must be based on both its technical quality and its human character. In this scenario, the Interdisciplinary Bachelor of Health (BIS) emerged with the intention of adapting health education to the changes generated as a result of the exhaustion of the current teaching model, offering multi and interdisciplinary and humanistic training. Goals: This article aims to analyze the medical students' conceptions of humanized medical care, as well as to identify possible differences between the discourses of students who attended the BIS and those who did not attend. Methods: It is a qualitative, empirical and exploratory study that analyzes the concepts through the Iramuteq Software. The data used were collected by applying a questionnaire with open questions to 344 medical students enrolled between the first and eighth semesters. Results: Correspondence analysis indicated that students who attended the first cycle tend to tie their discourses about humanized medical care to the expanded concept of health, emphasizing the social determinants of health as fundamental to the development of the humanized relationship. Conclusions: Thus, it is concluded that the interdisciplinary trainee allows for a more humanized training and consistent with the reality in the field of public health.

Keywords: Medical Education; Humanization of Assistance; University; Curriculum; Interdisciplinarity

1. INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada no Brasil com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços prestados no campo da saúde, articulando os avanços tecnológicos e o desenvolvimento de ações nos eixos da Formação de profissionais, Gestão dos serviços e Atendimento oferecido aos usuários dos SUS (Brasil, 2004). Sendo assim, a relação médico-paciente torna-se o principal elemento a ser considerado na sua implantação (Rios & Sirino, 2015).

O conceito de humanização da assistência a ser considerado nesse estudo é concebido a partir de uma maior aproximação com a Saúde Coletiva, de modo que, mesmo sem dispor de uma única definição teórica para o mesmo, o sentido que ele comumente assume é de um conjunto de ações relacionadas à atenção em saúde, que contribuam para promoção da articulação entre aspectos técnicos, com outros subjetivos, culturais, relacionais, de profissionais e usuários dos serviços de saúde (Deslandes, 2006). Diante disso, dando enfoque à formação médica orientada pela ideia de humanização, e considerando a polissemia desse conceito, é interessante que essa formação seja pensada compreendendo-se como seu componente norteador a Política Nacional de Humanização. Uma formação médica humanística, portanto, compreende a “[...] aquisição processual de conhecimentos específicos da área de Humanidades, nesse escopo mais amplo e particularmente destacando a conscientização do comportamento moral e o desenvolvimento de habilidades de comunicação e construção de vínculos.” (Rios & Schraiber, 2012, p. 12). Seria um tipo de formação em que os cursos considerassem também aspectos subjetivos envolvidos na construção da identidade profissional dos médicos, visto que existem fatores históricos, culturais, interativos, que reforçam a valorização do modelo técnico-científico de assistência. (Traverso-Yépez & Moraes, 2004; Rios & Schraiber, 2012)

Considerando isso, sabe-se que desde a década de 50 estão presentes no meio acadêmico o debate acerca do esgotamento biomédico e a necessidade de incorporar conhecimentos humanísticos na formação do bacharel em medicina. Mas é a partir da década de 90 que essa discussão surge renovada pela necessidade de reorganizar a formação de graduação em medicina no país com a criação da Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) e a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) em 2001, revisadas em 2014 (Barros, 2014). No entanto, para além de pensar reformas nos cursos de

medicina, existem modelos formativos que oferecem opção de formação superior diversificada e inovadora, propiciando a interlocução entre diversos campos do conhecimento (Veras, Coelho, Teixeira & Traverso-Yépez, 2018; Almeida Filho et al., 2015).

O Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS), nesse contexto, foi criado com vistas a repensar a formação de pessoal em saúde, consoante com os princípios do sistema público de saúde vigente no Brasil: a Universalidade do acesso, Equidade na atenção e a Integralidade no atendimento. Esses princípios vão ao encontro do modelo de formação em saúde vigente (e ainda predominante) nesse país que privilegia a especialização precoce, a fragmentação do processo de trabalho e, principalmente, a perda da dimensão humanística no cuidado aos indivíduos (Feuerwerker, 2002).

Assim, o BIS da Universidade Federal da Bahia (UFBA) é um curso de graduação estruturado no modelo de ciclos. Por corresponder ao primeiro ciclo, um dos seus objetivos é a preparação para o ingresso em cursos profissionais, chamados de Cursos de Progressão Linear (CPL); para a formação acadêmica de pós-graduação; ou ainda, para o ingresso no mercado de trabalho em ocupações que não exijam formação profissionalizante (Rocha et al., 2014). Esse modelo de ciclos foi criado na UFBA como uma janela de oportunidade, numa conjuntura política favorável à educação superior pública a partir do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI) em 2009, com carga horária de 2400 horas e duração mínima de seis semestres. Dentre os objetivos do REUNI, um deles era “atualizar currículos e projetos acadêmicos visando flexibilizar e melhorar a qualidade da educação superior, bem como proporcionar aos estudantes formação multi e interdisciplinares, humanista e o desenvolvimento do espírito crítico” (Brasil, 2007, p. 9).

Desta maneira espera-se que os egressos do BIS levem as bases humanistas e críticas acerca das necessidades de saúde da população para os diferentes cursos profissionais da UFBA. Torna-se então importante acompanhar quais as contribuições construídas no BIS os estudantes apontam como relevantes em sua formação profissional. Atualmente, existem 291 estudantes egressos do BIS que estão cursando medicina como CPL, dos quais 252 estão matriculados no campus de Salvador e 39 no de Vitória da Conquista (IHAC, 2019). Diante disso, esse estudo tem como questão norteadora: De que maneira os estudantes de medicina egressos do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde concebem o que é atendimento médico humanizado em relação aos demais estudantes do curso? Assim, tem-

se como objetivo analisar se o Bacharelado Interdisciplinar em Saúde contribui para concepções diferenciadas dos estudantes de medicina em comparação aos estudantes optantes pela entrada direta pelo CPL. Especificamente nesse estudo, o enfoque será dado para as concepções acerca do atendimento médico humanizado.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem qualitativa, no intuito de discutir a influência da graduação prévia no Bacharelado Interdisciplinar em Saúde nas concepções de atendimento humanizado de estudantes de medicina da Universidade Federal da Bahia. Para tanto, desenvolveu-se uma análise fatorial de correspondência apoiada pelo uso do software Iramuteq para o tratamento dos dados. Esse trabalho trata-se de um recorte de uma pesquisa maior intitulada: “O que acham os estudantes de medicina acerca do eixo ético-humanístico da Faculdade de Medicina da Bahia?”.

A pesquisa qualitativa permite o estudo de aspectos e fatores da vida humana e a análise dos processos sociais ao longo do tempo. Ela é bastante apropriada para a investigação de problemas/questões pouco conhecidas e que necessitam de compreensão, o que a torna fundamental no presente processo investigativo (Kerr e Kendall, 2013).

2.1 Cenário e participantes

Na Universidade Federal da Bahia ocorreu uma mudança curricular na graduação em medicina no ano de 2007 e, segundo Nery e colaboradores (2013), essa transformação objetivou aperfeiçoar a formação dos médicos buscando adequar-se com o perfil esperado na atualidade. O novo currículo foi organizado por módulos, nos quais a arquitetura curricular buscou contemplar as dimensões técnico-científica, ético-humanística, e de formação em pesquisa. Segundo o Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Medicina da FAMEB/UFBA, o eixo ético--humanístico é organizado em oito disciplinas ofertadas entre o primeiro e oitavo semestres e compreende o debate acerca de conhecimentos múltiplos do campo da ética e das humanidades, tendo em vista o desenvolvimento de atitudes éticas e humanas, integrando todas as práticas curriculares, por estar presente em todos os módulos da graduação. (Formigli, 2010).

Existiam, em agosto de 2018, 1023 estudantes matriculados no curso de medicina. Destes, 718 estavam cursando o eixo ético-humanístico (1º ao 8º semestre), segundo a Faculdade

de Medicina da Bahia - UFBA. A partir disso, os sujeitos que compuseram essa pesquisa foram selecionados desse universo por adesão voluntária a um questionário aplicado em sala nos horários de algumas aulas com autorização dos docentes e mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que lhes garantiu o anonimato quanto às respostas, mas que autorizou as citações delas, no decorrer da investigação. Vale ressaltar que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA (CAAE: 87862917.8.0000.5531 – Parecer n.2.769.003).

Após a aplicação foram selecionados os questionários respondidos completamente, totalizando 344 estudantes. Destes, foi identificado que 171 não possuíam nenhuma graduação anterior e 107 possuíam alguma graduação anterior, sendo 66 egressos do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde.

2.2 Instrumento

O instrumento utilizado para obtenção dos dados foi um questionário semi-aberto. Este foi construído com base em revisão bibliográfica realizada anteriormente (Silva, Sá & Miranda, 2013; Rios & Sirino, 2015; Veras et al., 2020), pelo grupo de pesquisa responsável pela investigação, corroborando com as informações obtidas de tais publicações. Foi aplicado primeiramente um piloto com 10 estudantes de medicina e, após as revisões identificadas como necessárias, o instrumento foi reformulado e uma versão final foi aplicada no semestre 2018.1 por 6 pesquisadores do grupo de pesquisa.

Esse questionário foi organizado em três partes: a primeira, contendo 20 questões para coleta de dados referentes às características dos participantes, o que permite a análise por gênero, raça, semestre atual, entre outros; a segunda parte, com 30 assertivas, consistiu em um questionário do tipo Likert de cinco pontos, do “Concordo totalmente” ao “Discordo totalmente”, possuindo ponto neutro; e a terceira, constituída por duas questões de múltiplas escolhas e duas questões abertas, de modo que fosse possível analisar os conhecimentos dos estudantes acerca dos assuntos ministrados no eixo e que eles pudessem discorrer sobre a importância do eixo para a sua formação. Assim, para este trabalho, o foco de análise são as respostas dadas à segunda questão aberta da terceira parte do questionário, sendo ela: “O que é um atendimento médico humanizado para você?”.

2.3 Procedimentos de análise

O Iramuteq é um software de código fonte aberto utilizado para organização e tratamento de dados textuais ou em formato de matrizes. Ele é desenvolvido na linguagem Python e utiliza o software R em suas análises estatísticas. Ferramentas desse tipo vêm sendo utilizadas no auxílio de investigações qualitativas desde a década de 80, quando surgiram os primeiros programas com esse fim. Alguns dos benefícios do uso desse software é que ele pode dinamizar algumas etapas do processo metodológico de uma investigação qualitativa, como o auxílio na organização e separação de informações, aumento na eficiência do processo e facilidade na localização dos segmentos de texto e agilidade no processo de codificação, tudo isso além de contribuir positivamente com o rigor metodológico. É importante ressaltar, no entanto, que a análise qualitativa dos dados gerados pelo software depende exclusivamente dos pesquisadores envolvidos no processo investigativo, pois são eles os responsáveis por perceber e atribuir significados aos resultados obtidos. Os principais tipos de análises textuais que esse software permite são: Estatísticas; Especificidades e Análise Fatorial de Correspondência (AFC); Classificação Hierárquica Dependente ou Método de Reinert; Análise de Similitude; e Nuvem de palavras (Camargo & Justo, 2013; Souza, Wall, Thuler, Lowen & Peres, 2019).

Considerando que Kelle (2010) afirma que o uso de pacotes de software para análise de corpus textual pode “[...] tornar o processo de pesquisa mais sistemático e explícito, e por isso mais transparente e rigoroso” (p. 408), nesta investigação, optou-se pela Análise Fatorial de Correspondências (AFC) para o tratamento de dados com o Iramuteq. Tudo isso no intuito de identificar possíveis diferenças entre as respostas de estudantes que cursaram o BIS como graduação anterior à entrada em Medicina, em relação aos demais, para os quais este curso é a primeira graduação.

Dessa maneira, inicialmente ocorreu a construção do corpus textual seguindo todas as orientações referentes às normas de formatação quanto a linhas de comando, regras ortográficas e tipo de arquivo (Camargo & Justo, 2013). A codificação considerou como variáveis ter cursado ou não graduação anterior e o semestre cursado pelo estudante no período da resposta. A isto se sucedeu à etapa de tratamento dos dados no software. Para tanto, optou-se pela AFC como tipo de análise mais pertinente justamente por ela favorecer a comparação entre variáveis.

A Análise Fatorial de Correspondência permite identificar relações entre variáveis dispostas em um plano cartesiano. O software atribui um valor as palavras do corpus, calcula estatisticamente suas frequências e correlações e aponta o posicionamento dessas palavras no plano de acordo com o seu grau de correlação. Dessa maneira, o posicionamento dessas palavras em cada quadrante do plano de acordo com as variáveis codificadas, apresenta algum significado na relação de uma delas com as demais. A representação de cada categoria no plano se dá por diversos agrupamentos de palavras ou indivíduos em torno dos eixos, e através de configuração correta dos parâmetros do software, ainda é possível exibir as palavras em tamanhos diferentes proporcionais à intensidade da frequência que foram repetidas no contexto analisado ou também proporcionalmente à intensidade da correlação entre elas de acordo com o cálculo do X^2 (Camargo & Justo, 2013).

Matematicamente falando, o centro do plano indica a inércia, e quanto mais distantes desse centro e entre si, mais inversamente proporcional é a relação entre as categorias analisadas. No entanto, tratando-se de análises de agrupamentos de palavras, é importante ressaltar que o fato das variáveis se disporem em pólos opostos não indica precisamente que elas têm sentidos completamente opostos. Na verdade, “um mundo lexical só é possível a partir da existência de outros e essa relação entre os mundos também pode ser de complementaridade” (Nascimento & Menandro, 2006, p. 78). Então, ainda que os discursos de indivíduos de diferentes categorias possam indicar independência entre si quando essas categorias estão localizadas em pólos opostos do plano cartesiano, pode haver algum grau de relação entre eles visto que discorrem sobre um mesmo assunto, portanto, pertencem a um mesmo universo semântico. A percepção desses detalhes depende da leitura e interpretação dos pesquisadores, reforçando a ideia de que o software auxilia o processo investigativo, mas o caráter qualitativo das análises, ele sozinho não é capaz de contemplar. O tratamento dos dados na AFC gerou um aproveitamento de 78,13% (percentual acumulado dos eixos - eixo vertical (30,82%) e eixo horizontal (47,31%)) das possíveis relações entre variáveis.

Finalizada a etapa do processamento de dados utilizando a proposta da AFC, sucedeu-se a leitura criteriosa de todas as respostas agrupadas nas categorias pelo software. Essa leitura permitiu a percepção mais clara das aproximações e distanciamentos entre as respostas dos sujeitos da pesquisa e um aprofundamento na leitura dos dados dispostos no gráfico. A partir daí, a discussão dos resultados obtidos se baseou nas informações apontadas pelo programa associadas à reflexão dos pesquisadores diante das falas que compuseram cada categoria e do referencial teórico apropriado.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Assumindo como variável analisada o fato de ter cursado alguma graduação anterior ou não, a partir da análise dos resultados obtidos, foram criadas 4 categorias, identificadas por cor no Gráfico 1. Este gráfico evidencia a relação entre as variáveis no plano, apresentando a disposição dos agrupamentos de palavras de acordo com X^2 calculado para as categorias. Os termos “classes” e “categorias” são utilizados como sinônimos na apresentação desses resultados.

Cada eixo apresenta um percentual que corresponde à variância das respostas, indicando a presença de diferenças semânticas entre as categorias analisadas. Considerando o percentual individual de cada eixo e relacionando isso à interpretação dos resultados, os eixos e seus pólos podem ser nomeados (Nascimento & Menandro, 2006). A disposição das classes/categorias em quadrantes diferentes indica justamente que cada uma delas é composta de contextos semânticos específicos, diretamente relacionados ao radical da palavra mais destacada em cada grupo.

Observando o Gráfico 1, através da distribuição das principais palavras de cada categoria sobre os eixos, fica evidente que existe proximidade entre as palavras de todas as categorias no plano fatorial. Ao mesmo tempo, também se verifica uma separação clara dos conceitos principais de cada uma delas. Ademais, reforça-se ainda neste gráfico, que a categoria 1 tem maior dispersão de conceitos em relação às demais e a categoria 4 aponta ser a mais afastada das outras, porque suas palavras-chave demonstram pouca interação com as palavras das outras categorias. Salienta-se que a categoria 1 é a que tem maior representação (69,5%) do corpus, seguida da 4 (19,2%). Logo depois a 2 (7,5%) e por último a categoria 3 (3,8%). É fundamental esclarecer, então, que por apresentarem um aproveitamento do corpus inferior ao de 20 textos (respostas), as categorias 2- Possui graduação anterior em outras áreas, exceto saúde (verde) e 3- Possui graduação anterior em curso da área da saúde (azul); prejudicam a consistência dos dados nesse tipo de análise. Portanto, a discussão dos resultados abordará apenas as categorias 1- Não possui graduação anterior (vermelho) e 4- Cursou o Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (roxo).

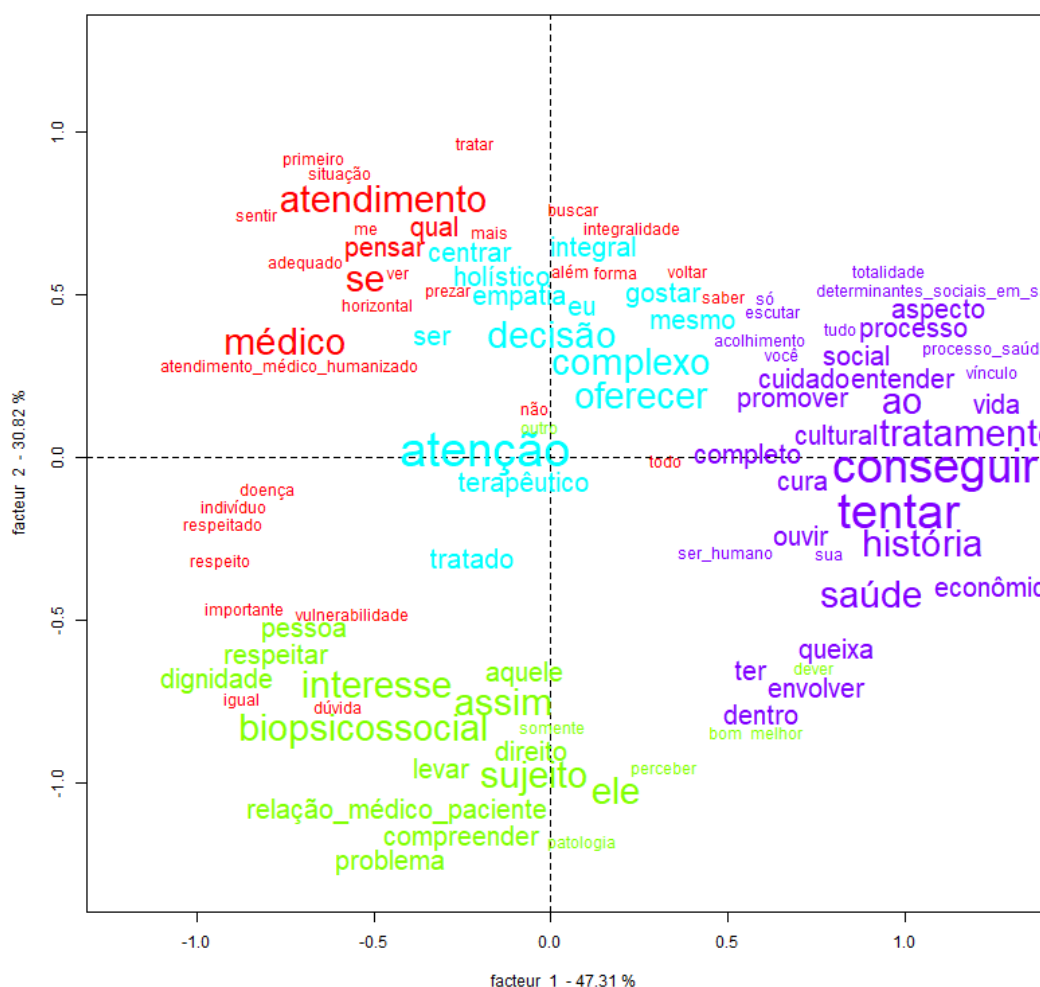


Gráfico 1 - Distribuição dos agrupamentos de palavras de cada categoria de acordo com χ^2 calculado: 1- Não possui graduação anterior (vermelho); 2- Possui graduação anterior em outras áreas, exceto saúde (verde); 3- Possui graduação anterior em curso da área da saúde (azul); 4- Cursou o Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (roxo).

Historicamente, sabe-se que a dicotomia entre os saberes técnicos e os aspectos humanísticos do fazer médico foi acentuada de acordo com os avanços tecnológicos e científicos incorporados à área da saúde (Reginato, Benedetto, Blasco & Gallian, 2013). Diante disso, as reflexões acerca da necessidade de se humanizar o atendimento médico se intensificaram a partir da década de 70 e apesar de existirem há um bom tempo, ainda são atuais (Deslandes, 2006). Isto porque tornou-se evidente a necessidade de conciliar os saberes técnicos com os aspectos humanos e éticos, da relação entre profissionais da medicina e seus pacientes (Rios & Sirino, 2015).

Dessa maneira, compreender o que estudantes de medicina concebem como atendimento humanizado ajuda a aprofundar esse debate.

As respostas dos estudantes que compuseram as categorias 1 agruparam-se quase que completamente no mesmo quadrante e demonstraram uma predominância de palavras que denotam conceitos e termos importantes da área da saúde, como atendimento, integralidade, atenção, complexo, empatia, horizontal, terapêutico, o que denota percepções de atendimento coerentes com a proposta da Humanização (Deslandes, 2006; Minayo, 2006; Silva, Sá & Miranda, 2013). Contudo, ao mesmo tempo, ficou clara também uma predominância de ênfase no papel do médico nesse contexto. Como pode ser observado nas respostas dadas à questão “O que é um atendimento médico humanizado para você?”:

“É o que consiga de modo integral atender as necessidades do paciente como um todo e não apenas entender certos processos de adoecimento, dando a eles atenção e tentando cumprir da melhor maneira as demandas por ele trazidas”. (Estudante 98, 1º semestre)

“É um atendimento com respeito, empatia e consideração ao próximo. Se por no lugar do outro”. (Estudante 395, 2º semestre)

É notório, portanto, que os estudantes das categorias 1, em sua maioria, conceberam suas definições de atendimento médico humanizado a partir de uma perspectiva individual, partindo de um olhar direcionado sobre a relação médico-paciente. Entretanto, ficou claro que o foco foi dado ao médico enquanto protagonista sobre as situações, como pode ser observado no fragmento de resposta abaixo:

“É um atendimento onde o profissional consiga estabelecer um vínculo empático com seu paciente, sempre norteado pelo adequado conhecimento técnico-científico, possibilitando uma análise do indivíduo como um todo, dentro dos aspectos biopsicossociais, sempre respeitando suas individualidades”. (Estudante 20, 8º semestre)

A grande dispersão das respostas da categoria 1, mencionada anteriormente - e evidente no Gráfico 1, é um ponto a ser ressaltado. Uma hipótese para tal dispersão é que sendo essa categoria a que comportou o maior número de respondentes, ela agrupa muitos estudantes de diferentes semestres do curso, o que pode influenciar na complexidade de suas concepções sobre essa questão. A categoria 4, por sua vez, enfatizou um grupo de palavras que indicam que ao pensarem suas concepções de atendimento médico humanizado, os estudantes demonstraram uma percepção cuidadosa da complexidade do processo saúde-doença, indo além do olhar sobre a relação entre médico e pacientes, mas considerando também os determinantes sociais da saúde. Algumas das palavras mais destacadas foram:

conseguir, tentar, tratamento, história, saúde, promover, ouvir, cultural, social. Salienta-se, então, a presença de um olhar sobre o atendimento pensado a partir de um ponto de vista coletivo. Isto pode estar relacionado à aproximação maior que o curso do BIS tem com o campo da Saúde Coletiva (Teixeira, Coelho & Rocha, 2013). As respostas a seguir podem demonstrar:

“A relação médico-paciente perpassa o âmbito do biológico e da cura focada no processo saúde-doença, mas entende o sujeito como um ser biopsicossocial, que está inserido em um contexto social que influencia na sua forma de perceber os processos relativos à saúde. O atendimento médico humanizado é pautado nestas características, e também se baseia no cuidado e no entendimento que o paciente é um indivíduo com autonomia e deve fazer parte das decisões tomadas a seu respeito, como procedimentos, tratamentos e outros. Cabe salientar que a empatia na relação médico-paciente é fundamental para o estabelecimento de vínculos e a quebra de uma relação hierarquizada, colocando assim o paciente como ator principal dentro da perspectiva do atendimento e singularidades do paciente, as quais como raça, estrato social, gênero, cultura, exercendo o saber técnico-científico alinhado à sensibilidade ética ao cuidar.” (Estudante 239, 3º semestre)

“É um atendimento integral, sob a luz de um conceito ampliado de saúde e processo de adoecimento, considerando os Determinantes Sociais em Saúde e olhando o paciente de forma holística, considerando seus aspectos de vida macro sociais e micro sociais e aspectos individuais, aspectos genéticos e estilo de vida.” (Estudante 352, 2º semestre)

Funghetto et al (2015) demonstraram que para a construção de um conceito ampliado da saúde na formação dos profissionais desse campo é necessária uma permanente articulação entre as necessidades sociais do Sistema Único de Saúde (SUS) e a educação, buscando suprir estas reais necessidades de atendimento da população. A Humanização dos profissionais e, conseqüentemente, dos atendimentos, nesse contexto é um dos mais importantes fatores a serem contemplados por esse processo de articulação (Funghetto et al., 2015). A política Nacional de Humanização, inclusive tem papel fundamental nesse cenário por atuar como um dos eixos estruturantes de todas as ações do SUS, tanto no âmbito da formação dos profissionais, quanto do ponto de vista da gestão do sistema e dos serviços propriamente dito (Brasil, 2004).

Diante de tudo isso, é possível formular que na categoria 4 percebe-se se um olhar mais atento sobre o papel do paciente no atendimento. Da mesma forma, a leitura das respostas da categoria permite considerar que a maioria dos indivíduos que a compõem têm concepções de atendimento melhor relacionadas com a proposta da Humanização do que os da categorias 1. Isto porque, eles demonstram perceber essa proposta considerando a

multifatorialidade que a envolve (Deslandes, 2006). Reforçando essa percepção, a disposição dos agrupamentos de palavras no plano enfatizou também a independência da categoria 4 em relação à categoria 1. O fato de estarem essencialmente em quadrantes opostos indica que a maioria dos respondentes se polariza sobre os eixos, ainda que haja alguma interação entre suas falas. Essa independência pode ser atribuída justamente ao fato de que ao se pensar o cuidado em saúde e consequentemente o atendimento médico, de maneira mais complexa, não há como atribuir um lugar de protagonista ao médico (Carnut, 2017).

Acredita-se então, que o papel do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) nesse cenário, foi significativo. Isto porque as respostas demonstram que ter formação no BIS foi um fator determinante para diferenciar a percepção dos estudantes de medicina sobre humanização do atendimento, em relação aos demais, da categoria 1, que não vivenciaram tal experiência, o que expõe também suas noções de saúde, e em especial da complexidade do processo saúde-doença e seus determinantes. Tal fato corrobora, portanto, com um dos objetivos do BIS que é o de possibilitar aos seus estudantes uma compreensão maior do campo da saúde e suas minúcias antes de ingressarem em outra graduação na área.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo procurou analisar se há variação nas concepções dos estudantes de medicina acerca de atendimento médico humanizado entre estudante egressos do modelo de ciclos na UFBA e àqueles que cursam medicina como primeira graduação. Ficou claro na análise que os estudantes egressos do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde tendem a conceituar o atendimento humanizado sob uma perspectiva mais ampliada e alinhada com a Política Nacional de Humanização. Cabe acrescentar que se percebeu que eles demonstraram concepções baseadas numa perspectiva de Saúde Coletiva, com uma valorização dos determinantes sociais em saúde. Também foi demonstrado que os estudantes dessa categoria não sustentaram seus discursos enfatizando o processo de adoecimento e sim a partir do conceito ampliado em saúde. Portanto, em que pese o intuito de contribuir para uma formação diferenciada no campo da saúde a partir de uma formação crítica, interdisciplinar e atenta aos problemas atuais, acredita-se que o primeiro ciclo na UFBA contribuiu para uma concepção de saúde mais ampliada devido à imersão dos estudantes nas humanidades, nas artes e nas ciências. Esse resultado traz consigo a reflexão sobre a

importância de se valorizar a interdisciplinaridade no currículo médico.

Por se tratar uma pesquisa qualitativa que utilizou questionário com questões abertas, o Iramuteq demonstrou ser um software indispensável para o tipo de análise que se pretendeu neste estudo. O uso desta ferramenta dinamizou o tratamento dos dados e o processo de categorização. A análise fatorial de correspondência demonstrou eficácia na análise das respostas, de modo que ela contribuiu para tornar evidente a diferença entre as respostas de estudantes que cursaram o BIS em detrimento dos demais. Ainda há necessidade de mais estudos que se debrucem sobre a contribuição do BIS no processo de elaboração e/ou amadurecimento da escolha profissional assim como para apreender as contribuições do curso interdisciplinar nas formações tradicionais em saúde.

Agradecimentos. Ao CNPQ pela concessão de bolsa de produtividade à primeira autora e a CAPES pela concessão de bolsa de mestrado à segunda autora.

5. Referências

- Almeida Filho, N. et al. (2015). Formação médica na UFRB: II O desafio da profissionalização no regime de ciclos. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 39 (1), 123-143.
- Barros, N. F. (2014). O ensino das ciências sociais em saúde: entre o aplicado e o teórico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19 (4), 1053-1063.
- Brasil. (2004). HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. *Brasília: Ministério da Saúde*, 1-20. Retrieved from http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf
- Brasil. (2007). Ministério da Educação. *REUNI - Reestruturação e Expansão das Universidades Federais: diretrizes gerais* (Portaria n. 552, SESu/MEC, de 25 de junho de 2007). Brasília, DF, 2007.
- Camargo, B. V. & Justo, A. M. (2013) IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas Psicol.* [online]. 21 (2), 513-518. Retrieved from <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n2/v21n2a16.pdf>
- Carnut, L. (2017). Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. *Saúde debate* [online]. 41 (115), 1177-1186. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n115/0103-1104-sdeb-41-115-1177.pdf>
- Deslandes, S. F. (2006). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Feuerwerker, L. (2002). Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. Rio de Janeiro: Hucitec.
- Formigli, V. L. et al. (2010). Projeto político-pedagógico do curso de graduação em medicina da FMB/UFBA. *Gazeta Médica da Bahia*, 79 (1), 3-47.
- Funghetto, S. S. et al. (2015) Perfil profissional tendo o SUS como base das Diretrizes Curriculares da área da saúde no processo avaliativo. *Saúde em Redes*, 1(3), 103-120. Retrieved from http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/606/pdf_9
- IHAC – Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos. (2019). Ingresso de estudantes graduados em Bacharelado Interdisciplinar nos Cursos de Progressão Linear da UFBA (Processos

Seletivos 2012 a 2017). Salvador.

- Kelle, U. (2010). Análise com auxílio de computador: codificação e indexação. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (orgs.), *Pesquisa qualitativa com texto: imagem e som: um manual prático*; tradução de Pedrinho A. Guareschi. 8. ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 393-415.
- Kerr, L. R. F. S. & Kendall, C. (2013). A pesquisa qualitativa em Saúde. *Rev rene*, 14 (6), 2–4. Retrieved from <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3708>
- Minayo, M. C. S. (2006). Sobre o Humanismo e a Humanização. In DESLANDES, S. F. (org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas* (pp. 23-30). Editora FIOCRUZ, 2006.
- Nascimento, A. R. A. & Menandro, P. R. M. (2006). Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 6 (2), 72-88. Retrieved from <https://www.redalyc.org/pdf/4518/451844612009.pdf>
- Nery Filho, Antônio et al. (2013). Bioética e literatura: relato de experiência do Eixo ético-humanístico FMB-UFBA. *Revista Bioética* (Impr.), 21 (2), 344-349.
- Reginato, V., Benedetto, M. A. C., Blasco, P. G. & Gallian, D. M. C. (2013) Humanismo: pré-requisito ou aprendizado para ser médico? *Revista Brasileira de Medicina*, 70 (Especial Oncologia 4), 10--15. Retrieved from https://sobramfa.com.br/wp-content/uploads/2014/10/2014_jan_humanismo_pre_requisito_ou_aprendizado_para_ser_medico.pdf
- Rios, I. C. & Schraiber, L. (2012). *Humanização e Humanidades em Medicina*. São Paulo: UNESP.
- Rios, I.C. & Sirino, C.B. (2015). A humanização no ensino de graduação em medicina: o olhar dos estudantes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 39 (3), 401-409. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v39n3/1981-5271-rbem-39-3-0401.pdf>.
- Rocha, M.N. et al.(2014). Educação Superior em Saúde: contexto institucional de criação do Bacharelado Interdisciplinar. In: Teixeira, C.F. & Coelho, M.T.A. Interdisciplinaridade na educação superior: o bacharelado interdisciplinar em saúde. Salvador: EDUFBA, pg. 25-42.
- Silva, A. M., Sá, M. C. & Miranda, L. (2013). Concepções de sujeito e autonomia na humanização em saúde: uma revisão bibliográfica das experiências na assistência hospitalar. *Saúde Soc.*, 22(3), 840-852. Retrieved from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n3/17.pdf>
- Souza, M. A., Wall, M., Thuler, A., Lowen, I., & Peres, A. (2019). The use of IRAMUTEQ software for data analysis in qualitative research. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 52, e03353. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017015003353>.
- Teixeira, C.F.S., Coelho, M.T.C. & Rocha, M.N.D. (2013). Bacharelado interdisciplinar: uma proposta inovadora na educação superior em saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(6), 1635-1646. Retrievedfrom: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/15.pdf>
- Traverso-Yépez, M., Morais, N.A. (2004). Ideias e concepções permeando a formação profissional entre estudantes das Ciências da Saúde na UFRN: um olhar da Psicologia Social. *Estudos de Psicologia*, 9(2), 325-333. Retrievedfrom: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n2/a14v9n2.pdf>.
- Veras, R.M, Coelho, M.T.C., Teixeira, C., Traverso-Yépez, M. (2018). A formação em regime de ciclos do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia e a Proposta de Educação Interprofissional. *Avaliação, Campinas*, 23(2), 294-311.
- Veras, RM, Fernandez, CC, Feitosa, CC, Fernandes, S. (2020). Perfil socioeconômico e expectativa de carreira de estudantes de medicina da Universidade Federal da Bahia. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 44(2), e056.

O USUÁRIO E SUA BUSCA PELO CUIDADO NAS REDES FORMAIS E REDES VIVAS: UMA PRODUÇÃO CARTOGRÁFICA

Kátia Santos de Oliveira¹, Ana Lúcia De Grandi¹, Maira Sayuri Sakay Bortoletto², Josiane Vivian Camargo de Lima², Rossana Staevie Baduy² e Regina Melchior²

^{1,2} Universidade Estadual de Londrina, Brasil. katia.fit@gmail.com, analudegrandi@yahoo.com.br, mairuska@gmail.com, josivivian@gmail.com, robaday@gmail.com, reginamelchior@gmail.com

Resumo. O cuidado pode ser produzido nos serviços que compõem a rede de atenção à saúde no encontro entre trabalhadores e usuários, ou de forma autônoma pelo usuário que constrói redes vivas na busca por atender suas necessidades. Este artigo traz como objetivo cartografar a produção de cuidado nas redes percorridas e construídas pelo usuário guia de um serviço de atenção domiciliar, analisando o cuidado produzido e compartilhado no sentido de atender às necessidades de saúde do usuário. Para isso, tomou-se como ponto de partida um usuário do Serviço de Atenção Domiciliar, que guiou a pesquisadora por caminhos e processos percorridos por ele na construção de um mapa cartográfico de cuidado. Ao iniciar o trabalho de campo, iniciou-se o processo de produção da pesquisadora-cartógrafa, que precisou desconstruir o olhar armado do olho retina, e trazer para cena a vibratibilidade do corpo e do olhar, passando a dar visibilidade e dizibilidade aos afetos dos encontros, e com isso colocar em análise suas próprias implicações. A Cartografia, por ser uma ferramenta que oportuniza ao pesquisador dar voz aos afetos, propicia maior proximidade com a vivência do usuário o que permite a valorização da vida do outro por meio da construção da pesquisa.

Palavras-chave: Redes de Atenção à Saúde; Produção do Cuidado; Trabalho em Saúde; Cartografia; Micropolítica.

THE USER AND HIS SEARCH FOR CARE IN FORMAL NETWORKS AND LIVE NETWORKS: A CARTOGRAPHIC PRODUCTION

Abstract. Care can be produced in services that make up the healthcare network in the encounter between workers and users (patient), or autonomously by the user who builds living networks in search of meeting his/her needs. This article aims to map out the production of care in the networks covered and built by the guide user of homecare service, analyzing the care produced and shared in order to meet the user's health needs. The starting point was with the user of the Home Care Service, who guided the researcher through the paths and processes he traveled in the construction of a cartographic map of care. When the fieldwork started, the production process of the cartographer researcher began with who needed to deconstruct the armored eye retina, and by bring into view the vibration of the body and sight, giving visibility and a voice to those affected, and being able analyze the implications. Cartography, as a tool allows the researcher to give visibility and a voice to those affected, provides greater closeness to the user's experience, which allows the enhancement of their life through this research.

Keywords: Health Care Networks; Care Production; Health Work; Cartography; Micropolitics.

1. INTRODUÇÃO

Dentre diversas definições de cuidado, Feuerwerker (2013) define que cuidar é algo da vida, não se restringe aos seres humanos, sendo um ato que diz respeito a todos os viventes animais. Cuidar tem algo a ver com solidariedade, com suporte, com apoio e com produção de vida. É tema da produção do humano e não é algo exclusivo da saúde. Mesmo com

diferentes arranjos, ao longo do tempo e segundo os diferentes modos de viver, está relacionado com a construção da teia de relações e encontros que conformam a vida (Feuerwerker, 2013). A produção do cuidado é a finalidade do trabalho em saúde e este é produzido no encontro do trabalhador e usuário.

Para se produzir cuidado, é necessário desconstruir a definição hegemônica da abordagem técnica de necessidades de saúde, a partir da clínica e da epidemiologia (Bertussi, 2010). Dessa forma, abre-se espaço para que os usuários entrem no debate sobre necessidades de saúde, trazendo sua lógica de produção de vida para dentro da construção dos projetos terapêuticos que, de maneira dialógica, possibilitem a construção de novos arranjos para o enfrentamento das situações de saúde, buscando a autonomia dos indivíduos.

Dessa forma a concepção de integralidade se faz necessária em todas as ações de saúde. Conceito entendido por Cecílio (2001) como o processo de construção por meio da interpretação das necessidades de saúde dos indivíduos, tomando-as como referência para organizar o cuidado em saúde. Nesse sentido, a integralidade pode ser entendida como a garantia de acesso a todos os serviços e ações que se façam necessários para enfrentar determinado problema de saúde, adotando-se para isso um conceito ampliado de saúde.

No Brasil, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são definidas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (Brasil, 2010, p. 4). Tem como objetivo organizar e garantir acesso universal aos serviços de saúde, assegurando equidade e igualdade.

Conforme proposto pelo Ministério da Saúde, a implementação das RAS aponta para uma maior eficácia na produção de saúde, com melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, contribuindo para o avanço do processo de efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2010). No entanto para a efetivação destas redes, é necessário que se produzam novos arranjos que adotem estratégias de produção do cuidado, de forma que, diferentemente dos já instituídos, busquem trazer novas metodologias de trabalho para fortalecer e qualificar as ações de saúde.

Em muitas situações é possível perceber que os trabalhadores da RAS são capturados pelas normas e pela forma de organização que foram criadas para garantir acesso e cuidado entre pontos dos diferentes níveis de atenção que compõe esta rede, e acabam

criando descaminhos, com isso as necessidades de saúde do usuário deixam de ser ordenadoras do processo.

Segundo Merhy *et al.* (2016), as lógicas reproduzidas na maioria dos serviços de saúde brasileiros operam ainda por meio do campo das profissões, procedimentos e protocolos, numa lógica burocrática e organizacional, a partir do apagamento da multiplicidade das dimensões existenciais que perfazem os sujeitos. Complementa, ainda, dizendo que pesquisas realizadas com base na cartografia dos movimentos nômades de certos usuários-guias têm revelado quanto desconhecimento sobre o outro é produzido nas redes formais de saúde (Gomes & Merhy, 2014).

Para os usuários que acessam os serviços de saúde e perpassam por esta rede formal, na maioria das vezes, o que predomina são certos tipos de atendimentos burocráticos, descompromissados com o enfrentamento dos problemas de saúde, em que o cuidado não se constitui como uma missão institucional, mas sim como um acaso. Assim, explicitam-se a baixa resolubilidade e a repetição dos usuários nos diversos estabelecimentos, como forma de buscar o atendimento de sua necessidade (Franco, 2003).

Além das redes instituídas de serviços, observa-se que o usuário e seus familiares produzem outras redes em busca de terem suas necessidades satisfeitas. Merhy *et al.* (2016) atribuem a estas redes a denominação de redes vivas, em que como um nômade, o usuário produz e protagoniza, de forma singular, os acontecimentos do seu processo de cuidado. Em sua produção de vida, o usuário é capaz de circular em territórios muitas vezes imperceptíveis para as equipes de saúde, construindo múltiplas conexões para sua vida.

Diante do exposto, buscando conhecer mais sobre os processos de cuidado, produzidos nos serviços de saúde ou de forma autônoma pelo próprio usuário, este artigo traz como objetivo cartografar a produção de cuidado nas redes percorridas e construídas pelo usuário-guia de um serviço de cuidado domiciliar, analisando o cuidado produzido e compartilhado no sentido de atender às necessidades de saúde do usuário.

2. DESENVOLVIMENTO

Este artigo compõe uma pesquisa de doutorado que buscou analisar o cuidado produzido e compartilhado no sentido de atender às necessidades de saúde do usuário, buscando assim dar visibilidade aos movimentos produzidos, nos diferentes espaços/equipes cuidadoras e

pelo próprio usuário e seus familiares, para articular redes e produzir cuidado, que se utilizou da abordagem qualitativa, cujo o trabalho de campo foi embasado pela pesquisa cartográfica.

No caminho de construção da cartografia para a construção e imersão no campo, nos apoiamos em Rolnik (2016, p. 67) que descreve como em um “Manual do cartógrafo”, os equipamentos que se levam para a sua experimentação: um critério, um princípio e uma regra. O critério seria o grau de intimidade, a depender das conexões estabelecidas no encontro e do seu grau de abertura para isso; o princípio está relacionado à busca pela vida nos espaços de produção de encontro e o quanto dela se efetua; e, como regra, atenta-se ao limite que condiz as desterritorializações que são suportadas – sendo cuidadoso com o outro e consigo mesmo. A desterritorialização é definida por Deleuze e Guatarri (2015) como o abandono de um território, em um movimento de linha de fuga.

Rolnik (2016, p. 31) explica que, no processo de construção da cartografia, quando visualizarmos uma cena, o olho da câmera (que é extensão do olho nu/ olho retina) enxerga apenas aquela cena. Mas, que por trás desse olhar (desta câmera) existe o corpo vibrátil que é tocado pelo invisível que, imediatamente, aciona o primeiro movimento do desejo. A autora avança na discussão descrevendo que algo que nos agencia nos encontros não é percebido pelo olho retina, é captado pelo corpo vibrátil. Este, o corpo vibrátil, para Rolnik (2016, p. 31), é aquele que é tocado pelo invisível, “sensível ao encontro dos corpos e suas reações: atração e repulsa, afetos, [...]”. A abertura para a percepção dos movimentos sentidos pelo corpo vibrátil que permite colocar em análise o olhar “armado” do olho retina, levando a questionamentos sobre os sentidos do visto e do experienciado.

O ponto de partida da abordagem cartográfica se iniciou com o trabalho de campo por meio de um mergulho no cotidiano do trabalho das equipes do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) de um estado do sul do Brasil, e a movimentação no campo foi orientada pelos encontros com os trabalhadores das equipes que nos conduziam por seus itinerários de trabalho. O objetivo nesse momento era nos familiarizarmos com o processo de trabalho, para tanto, durante os meses de setembro de 2016 a fevereiro de 2017, íamos ao serviço para acompanhar a equipe em seu cotidiano. As atividades iam desde visitas domiciliares, avaliações para admissão, reuniões de equipe, cursos e capacitações, dentre outros. Participaram desta fase quatro pesquisadores da pós-graduação e duas de graduação.

Na construção da cartografia, percebeu-se a produção do pesquisador enquanto sujeito implicado, reconhecendo que não haveria neutralidade na produção do conhecimento, ou seja, ao se misturar, o pesquisador produz e se produz na construção do conhecimento, ao transitar pelos territórios intrínsecos dos espaços intercessores de suas implicações (Abrahão *et al.*, 2016).

Para Rolnik (2016):

é tarefa do cartógrafo dar língua para afetos que pedem passagem, dele se espera basicamente que esteja mergulhado nas intensidades de seu tempo e que, atento às linguagens que encontra, devore as que lhe parecerem elementos possíveis para a composição das cartografias que se fazem necessárias. O cartógrafo é antes de tudo um antropófago. (Rolnik, 2016, p. 23).

Com o avanço da mistura dos pesquisadores com os trabalhadores do SAD ocorreu a fase de aproximação mais intensa de um usuário do SAD que seria como um guia na continuidade do processo de construção da cartografia, agora com vistas aos processos vividos pelo usuário, e com isso um certo distanciamento da rotina de trabalho do SAD e imersão na construção de redes existenciais e de cuidado em saúde do usuário guia.

No material didático produzido para o curso Educação Permanente em Saúde (EPS) em Movimento (2014), o usuário-guia é definido como uma ferramenta de pesquisa que:

permite avaliar processos de trabalho de uma equipe de saúde, além de identificar pessoas, outros territórios (lugares, instituições, práticas e saberes) e (re)construir memórias que de alguma forma estão envolvidas com o cuidado do usuário. Só que aqui, ao invés de a equipe e seus movimentos serem o disparador da análise, o usuário é que é. (EPS em Movimento, 2014, p. 6).

Complementado por Moebus, Merhy e Silva (2016) que trazem o usuário-guia como aquele em que a partir de seu próprio olhar, ou seja, do ponto de vista ao qual o usuário pertence, propicia que possamos percorrer seus caminhos, seus trajetos, não o tomando pela mão, mas nos deixando ser levados por ele. Nesta perspectiva, o usuário passa a estar na centralidade da produção do saber, a partir de outros pontos de vista que propiciem outras visibilidades para os encontros e acontecimentos. Permitindo a construção de uma memória não institucional sobre o cuidado produzido, como forma de trazer para a cena o que habita na oralidade dos processos de cuidado, em especial, para fora das redes formais (Moebus, Merhy & Silva, 2016).

A aposta foi transitar pelos encontros percorrendo-os com a usuária, pelos caminhos e pontos da RAS na construção de um mapa cartográfico de cuidado. Acompanhamos a usuária-guia em consultas médicas, conversamos com trabalhadores de serviços de saúde indicados pela família como estando ligados ao cuidado da usuária-guia, conversamos com pessoas que para a família, de alguma forma, faziam parte de seu cuidado, estando presente até mesmo em momentos festivos promovidos pela família. Os encontros com a usuária-guia ou com as pessoas de sua rede de cuidado, não seguiam um roteiro pré-determinado: o pesquisador em campo era afetado pelos acontecimentos e a partir daí travava diálogos e reflexões com as pessoas que dividiam aquele momento. Assim, ao sermos guiados pela usuária/família-guia, o SAD deixa de ser o campo principal da pesquisa e um universo de serviços, trabalhadores de saúde e outros produtores de serviço e cuidado nos foram apresentados. A vivência foi intensa e transcorreu durante os meses de março de 2017 a julho de 2018. Não houve um acontecimento ou um fato que definiu o encerramento e a saída do campo de pesquisa. A finalização do trabalho de campo se deu com a diminuição da frequência e da intensidade dos encontros.

A análise do campo se iniciou desde a escolha do tema e o formato da pesquisa que seria desenvolvida. Nas reuniões do grupo de Pesquisa, composto por docentes do programa de pós-graduação e alunos tanto da pós-graduação como da graduação de cursos da área da saúde, nos encontrávamos com periodicidade semanal, momentos em que fazíamos discussões que chamávamos de processamento. Era o espaço em que todos os presentes traziam suas vivências, incertezas, inquietações e dúvidas. Eram longas conversas que contribuíram para a construção de pesquisadores-cartógrafos. Os pesquisadores de campo traziam as narrativas do experimentado e todos os demais pesquisadores podiam de alguma forma experienciá-lo também e assim realizar reflexões e análises do processo.

O processamento era o momento do grupo colocar em discussão todas as experiências e sensações que se produziam, era o espaço de falar sobre o vivido, “dar língua aos afetos” (Rolnik, 2016, p. 23). Segundo Cruz et al. (2016), no texto sobre “A cozinha da pesquisa”, explicitam:

Os acontecimentos (muitos!), a “vida gigantesca”, nos pediam conversa, troca e nos mobilizaram a fabricar muitos espaços-encontro entre nós. Um trabalho intenso de produção de narrativas, algumas vezes solitárias, outras coletivas, sobre o vivido nos encontros (...). As conversas maiores, menores ressoavam em nós de diversas formas: dúvidas, tristezas, alegrias, entre tantas outras sensações que pediam passagem, pediam

língua. (...) tornar visíveis os deslocamentos ocorridos durante nosso processo de imundização no campo da pesquisa, no sentido descrito por Cerqueira, Gomes e Merhy (2014) (...) murmúrios produzidos por tantos de nós, pelos desconfortos sentidos, pelas sensações que não entendíamos, por aquilo que nos acontecia nos vários encontros vividos na pesquisa, que se tornou claro, logo nos primeiros meses do trabalho, o quanto precisávamos de espaços-encontro para dar voz e pensamento ao que sentíamos ao longo do caminhar. Era o que fazíamos! Convidávamo-nos a narrar a experiência como “o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, não o que acontece, ou o que toca”. (Cruz et al., 2016, p. 253).

Ao sermos questionados, e com isso agenciados a nos colocarmos em análise, as provocações eram para nos desterritorializarmos e assim construirmos novos territórios de existência, com novas narratividades. As percepções sobre o vivido iam tomando outros sentidos, e a vibratibilidade do pesquisador-cartógrafo era trazida para a cena, começávamos num movimento de identificar que marcas preexistentes em nossos corpos nos faziam vibrar tão intensamente naqueles encontros.

O registro dos encontros era feito por meio de diário de campo. As conversas e narrativas construídas, assim como os encontros para processamento, eram gravadas em áudio. Embora em muitos momentos a transcrição dos áudios, na íntegra, se fez necessária, este procedimento não figurou como prioritário no processo de análise. As gravações foram importantes, principalmente para trazer à tona as lembranças das conversas que, na maioria das vezes, foram intensas e longas. O que buscamos, ao ouvir repetidas vezes os áudios, foi dar ênfase às memórias e aos deslocamentos vividos e sentidos em cada um dos encontros no campo de pesquisa ou entre os pesquisadores.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, registrada no Sistema Nacional de Informações Sobre Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (SISNEP) via Plataforma Brasil por meio do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº: 56874616.1.0000.5231. A aprovação foi emitida em 20 de julho de 2016, com parecer número 1.643.145. Os participantes, trabalhadores do SAD, e depois as pessoas (trabalhadores ou não) indicados por Aninha e sua família, foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e convidados a participar da mesma. Aqueles que aceitaram fazer parte da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3. PERCORRENDO E TECENDO REDES

Aninha (pseudônimo escolhido para manutenção do sigilo, assim como os demais que aparecem no texto) é uma criança de 6 anos que tem uma miopatia não classificada, sua família é composta por pai (Antônio), mãe (Lilian) e duas irmãs mais velhas, uma de 20 (Patrícia) e outra de 15 anos (Cecília), esta portadora de paralisia cerebral.

O estado de saúde de Aninha era muito instável, com complicações respiratórias (broncoespasmos, pneumonias), condição que era agravada devido à doença do refluxo gastroesofágico, que além destas complicações, segundo os médicos que a acompanhavam, dificultava o ganho de peso e, conseqüentemente, o desenvolvimento motor. Devido a esta instabilidade de saúde, Aninha era acompanhada por vários profissionais em diversos serviços, dentre eles médicos, enfermeiras, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudióloga, assistente social, dentre outros.

Por ser portadora de uma miopatia não especificada, Aninha foi encaminhada em novembro de 2013, a um serviço de referência para que pudesse realizar uma biópsia muscular. Sua primeira consulta foi em abril de 2014, quando foi encaminhada para um segundo hospital, pois no primeiro a biópsia é feita somente em adultos. O segundo hospital é referência estadual para este exame em crianças. Tal exame foi uma alternativa apresentada a família como possibilidade de classificar o tipo de miopatia, e com isso tentar direcionar o tratamento e prognóstico, no entanto, a realização da biópsia estava condicionada ao acompanhamento ambulatorial por um médico especialista em doenças neuromusculares.

Aninha passou a ir periodicamente, a cada seis meses, para um município a praticamente 400 km de distância de sua cidade, onde se localiza o serviço de referência, visto que a realização do exame estava condicionada ao acompanhamento ambulatorial. No entanto, por diversos motivos, após quatro anos o exame não havia sido realizado.

Entender a experiência deste tipo de viagem só foi possível vivenciando com Aninha e sua família este momento, em trechos do diário de campo, apresentamos o relato do corpo vibrátil, ou seja, das sensações e impressões da viagem experienciada pela pesquisadora em campo:

As portas da ambulância, embora com boas travas, não tinham um encaixe “perfeito” balançavam e faziam muito barulho a cada buraco, defeito ou movimentação abrupta na estrada. O barulho de lataria, dobradiças e travas batendo era companheiro de viagem.

Apesar de não conhecer detalhadamente de mecânica de veículos, posso afirmar que aqueles amortecedores não eram dos mais novos e “macios”, era possível sentir cada irregularidade da estrada, com pulos e trancos que se somavam e intensificavam o barulho das portas. Fiquei sentada, e a sensação de estar me deslocando lateralmente (posição do banco) em relação ao sentido da estrada, era horrível, parecia que tudo rodava e o enjoo era companheiro de viagem. Lilian (a mãe) deitou-se, na maca estreita de transporte de pacientes, com Aninha, tanto na ida quanto na volta. Aninha, a cada movimento mais brusco de curvas ou buracos no asfalto, segurava forte em minha perna ou pedia para que eu segurasse suas mãos. Esboçava o mesmo medo de cair de quando estava sentada na maca (durante a consulta médica), às vezes até gritava assustada, Lilian segurava e apoiava as pernas e o corpo de Aninha, mas a sensação de um pouco mais de segurança vinha quando a própria Aninha estava se segurando em mim. Depois de umas duas horas de estrada Aninha precisou ser aspirada (ela tem traqueostomia), enquanto Lilian separava os materiais, fui fazer a troca do prolongamento da saída do oxigênio para o vácuo (com a ambulância em movimento). Conectamos o equipamento, abri a válvula do oxigênio, e o vácuo não funcionou. Percebemos que a pressão daquele cilindro estava muito baixa. Avisei ao motorista, que disse que pararia no próximo local possível para fazer a troca do cilindro [Diário de Campo].

A viagem além de cansativa e desconfortável foi improdutiva: foram seis horas de ida, quatro horas de espera até a consulta, mais três horas de espera até a ambulância voltar para nos buscar, e seis horas de estrada na volta. Durante a consulta todo exame clínico foi realizado por residentes, a médica não a examinou, se relacionava mais com os papéis, dava mais atenção aos exames do que à criança e sua mãe. O que prevaleceu foi a impessoalidade, e a repetição de um processo de trabalho já enraizado, em que residentes fazem o exame clínico, passam para o médico que “sacramenta”, realizando a renovação de receitas e finalizando o atendimento com o apazamento de retorno em seis meses. Segundo o pai de Aninha, isso sempre se repetia, *“a gente só vai para lá para fazer um passeio”*, pois a cada consulta, uma desculpa era apresentada para justificar a não realização dos exames, e isso já se repetia há 4 anos. A impressão era de que aquela trabalhadora não entendia o significado daquela viagem para a família (e para tantas outras que lá estavam), e a luta para conseguir fazer o exame, e as consultas com viagens a cada seis meses passaram a fazer parte da rotina de tratamento.

Uma das estratégias de organização da RAS é a definição de fluxos, como, por exemplo, dos casos que vão para Tratamento Fora do Domicílio, com isso o foco fica no cumprimento destes fluxos e não no cuidado do usuário, como no caso de Aninha, que é submetida a

viagens, para se manter vinculada a um serviço, que quando “for possível” realizará o exame de que ela necessita.

O sujeito da ação passa a ser o fluxo, e o usuário a ferramenta para mantê-lo, havendo uma inversão do processo de produção do cuidado, em que a rede acaba por promover uma torção colocando como regra o cumprimento do fluxo no qual o usuário tem de seguir um protocolo, e não estes servirem para atender às necessidades do usuário. Bertussi, Feuerwerker, Freire e Louvison (2016) discutem que os fluxos e protocolos têm o papel de sistematizar a abordagem para diferentes situações clínicas. No entanto, não devem ser tomados como única forma de agir e conduzir o cuidado dentro da rede, devem servir como “ponto de partida para o manejo clínico, pois este, necessariamente, precisa levar em conta a singularidade das existências/experiências dos diferentes usuários” (Bertussi, Feuerwerker, Freire & Louvison, 2016, p. 258). Ou seja, fluxos e protocolos devem ser elaborados como ferramentas para atender às necessidades dos usuários, e não o contrário.

Apesar de todas as dificuldades enfrentadas, Aninha é uma criança vivaz, que não se deixa abater pelas limitações que sua saúde lhe condiciona, pelo contrário, mostrando seu desejo de viver, ela cria potência e se reinventa em seu modo de produzir vida. Algumas situações relatadas pela família chamaram a atenção para a potencialidade de agregar pessoas.

Embora a limitação de recursos financeiros faça parte da rotina familiar, isso nunca foi empecilho para que buscassem meios de atender às necessidades de Aninha. E a determinação da família em tentar todas as possibilidades nos marcou. Seus pais sempre aproveitavam todas as oportunidades de arrecadar recursos, como quando a família realizou uma festa junina - festa popular típica no Brasil - na rua em que moravam. A percepção da potência de Aninha na mobilização de pessoas para ajudar sua causa mais uma vez foi reforçada por familiares, vizinhos, padrinhos, além de tantos desconhecidos que ali estavam participando do evento. Aninha mobiliza nas pessoas a vontade de facilitar processos e produzir alegria em sua vida, e com isso diferentes espaços de produção de vida são construídos com quem se relaciona.

Ao estar com Aninha e sua família acompanhando a busca por processos cuidadores, foi-se percebendo o quanto a família constrói redes de cuidado que ultrapassam os limites estabelecidos pela rede formal instituída nos serviços de saúde. A família de Aninha não se prende às formalidades da rede de saúde, eles vazam o instituído e produzem linhas de

fuga em defesa de sua existência, buscando efetivação no atendimento de suas necessidades e dos seus modos de viver.

Esta construção formada a partir de conexões estabelecidas pela interação entre serviços e/ou ações que podem ou não estar relacionadas à área da saúde, este processo Merhy *et al.* (2016) dão o nome de Rede Viva. É um processo vivo, que monta e desmonta, que pode emergir de qualquer ponto sem seguir uma norma lógica de redes instituídas, “marcados por códigos específicos e plurais, a solidariedade, as trocas, os compartilhamentos, assim como as disputas e desavenças, vão indicando a produção de vida”.

Por ser uma criança que precisa de muitos recursos materiais para os cuidados diários, a família foi construindo redes para conseguir o que o serviço de saúde não dava conta de oferecer. Na tentativa de arrecadar recursos, fizeram campanhas em programas locais de rádio e televisão e nas redes sociais, com isso construíram vínculos até mesmo em outros Estados, como o contato que mantém com algumas mães, fazendo troca de ideias e recursos. O usuário é em si a rede viva que ele produz, está o tempo todo produzindo movimentos, elaborando saberes, construindo e partilhando cuidados, visto que é ele que tem a compreensão dos cuidados que precisa e das dúvidas que tem (Merhy *et al.*, 2016).

Nesta produção da rede viva, o usuário vai acionando e construindo pontos e linhas que se cruzam por diversos lados, produzindo a todo tempo uma nova rede viva, a partir de seus desconfortos e necessidades. Neste sentido nos apoiamos na ideia de rizoma trabalhada por Deleuze e Guattari (2017) que se utilizam da imagem botânica, a partir de uma gramínea ou de um tubérculo, contrapondo o modelo – de redes – arborescente que segue uma lógica sequencial das coisas: raízes, caule, folhas e frutos. Ao contrário da árvore, o rizoma segue um movimento de proliferação – “cada talo, cada haste vai criando uma superfície aberta a todas as torções que os encontros promovam” ou provocam (Barros, 2007, p.291). Nas redes rizomáticas, qualquer ponto pode se conectar a outro ponto qualquer como sistemas abertos de conexões, produzidos por agenciamentos nos encontros (Franco, 2006).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Cartografia por ser uma ferramenta que oportuniza ao pesquisador dar voz aos afetos a partir da vibratibilidade de seu corpo, propicia maior proximidade com a vivência do usuário o que permite a valorização da vida do outro por meio da construção da pesquisa.

A potência de vida da usuária-guia, identificada e valorizada por sua família, fazia com que dificuldades, como as limitações de recursos financeiros, não fossem empecilhos para a busca de cuidado, pelo contrário, acabava por se tornar mais uma das possibilidades de construir redes. Aninha e sua família vão construindo sua rede, sem um eixo estruturado, ampliando para além do que é oferecido pelo serviço de saúde, em que sempre está presente um certo tensionamento com modos de produção instituídos, as conexões em busca de cuidado: no movimento rizomático a cada obstáculo que encontram, muda-se a direção e novas conexões são estabelecidas.

A RAS foi pensada para garantir o acesso ao cuidado, no entanto, observa-se que tanto a conformação da rede quanto o modo acrítico como trabalhadores a operam têm produzido um distanciamento do cuidado e da singularidade, levando a mais sofrimento do que cuidado em si. Valorizar o encontro, fazendo com que seja mais resolutivo e produtor de cuidado é fundamental para atender à necessidade dos usuários. A sensação é de que há uma banalização da vida do outro e do esforço que a pessoa precisa despender para garantir o acesso ao que tem direito. Para que a RAS se torne mais resolutiva e cuidadora é necessário que os trabalhadores nela envolvidos além de conhecerem seus processos e funcionamento, olhem para a história e as necessidades de cada usuário tornando o encontro um processo singular de cuidado.

5. REFERÊNCIAS

- Abrahão, A. L., Merhy, E. E., Gomes, M. P. C., Tallemberg, C., Chagas, M. S., Rocha, M., Santos, N. L. P., Silva, E., & Vianna, L. (2016). O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. In Feuerwerker, L. C. M., Bertussi, D. C., & Merhy, E. E. (Orgs.). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: Surpreendendo o instituído nas redes*. (pp. 22-30). (Vol. 1). Rio de Janeiro: Hexis editora.
- Barros, R. B. (2007). *Grupo: a afirmação de um simulacro*. Porto Alegre: Sulina Ed.
- Bertussi, D. C. (2010). *O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde*. 243fl. Tese (Doutorado em Clínica Médica) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.
- Bertussi, D. C., Feuerwerker, L. C. M., Freire, M. P., & Louvison, M. C. P. (2016). Arranjos regulatórios como dispositivos para o cuidado compartilhado em saúde. In Feuerwerker, L. C. M., Bertussi, D. C., & Merhy, E. E. (Orgs.). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: Surpreendendo o instituído nas redes*. (pp. 354-364). (Vol. 2). Rio de Janeiro: Hexis editora.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2010). *Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010*. Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde.
- Cecílio, L. C. O. (2001). As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. (pp. 113-126). In Pinheiro, R., & Mattos, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ.

- Cruz, K. T., Kulpa, S., Baduy, R. S., Seixas, C. T., Baduy, R. S., Lima, J. V. C., Lopes, M. L. S., Slomp, H. Jr., Lopes, C. V. A., Bortoletto, M. S. S., & Tallemberg, C. (2016). Na cozinha da pesquisa: conversações sobre os encontros do trabalho e o trabalho dos encontros. (pp. 252-269). In: Feuerwerker, L. C. M., Bertussi, D. C., & Merhy, E. E. (Orgs.). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: Surpreendendo o instituído nas redes*. (Vol. 2). Rio de Janeiro: Hexis editora.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (2015). *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia 2*. (2ª ed. 1ª reimpressão). (Vol. 3). São Paulo. SP: Editora 34.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (2017). *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia 2*. (2ª ed. 2ª reimpressão). (Vol. 1). São Paulo. SP: Editora 34.
- EPS EM MOVIMENTO. (2014). *Usuário guia*. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-experimentacoes/usuario-guia>>. Acesso em: 06 dez. 2015.
- Feuerwerker, L.C.M. (2013). Cuidar em saúde. *Caderno de Textos: Ver-SUS* (pp. 51-65). (Vol. 1). Porto Alegre: Rede Unida.
- Franco, T. B. (2003). *Processos de Trabalho e Transição Tecnológica na Saúde: um olhar a partir do Sistema Cartão Nacional de Saúde*. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil.
- Franco, T. B. (2006). As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In Pinheiro, R., & Mattos, R. A. (Orgs.). *Gestão em Redes*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-LAPPIS.
- Gomes, M. P. C., & Merhy, E. E. (Orgs.). (2014). *Pesquisadores In-Mundo: Um estudo da produção do acesso e barreira em Saúde Mental*. Porto Alegre: Editora Rede Unida.
- Merhy, E. E., Gomes, M. P. C., Silva, E., Santos, M. F. L., Cruz, K. T., & Franco, T. B. (2016). Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. (pp. 31-42). In Feuerwerker, L. C. M., Bertussi, D. C., & Merhy, E. E. (Orgs.). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: Surpreendendo o instituído nas redes*. (Vol. 1). Rio de Janeiro: Hexis editora.
- Moebus, R. L. N., Merhy E. E., & Silva, E. (2016) O usuário-cidadão como guia. Como pode a onda elevar-se acima da montanha? (pp. 43-53). In Feuerwerker, L. C. M., Bertussi, D. C., & Merhy, E. E. (Orgs.). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: Surpreendendo o instituído nas redes*. (Vol. 1) Rio de Janeiro: Hexis editora.
- Rolnik, S. (2016). *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. (2ª edição). Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS.99). *Teaching for quality learning at university*. Philadelphia: Open University Press.

O USO DE MAPAS DA REDE PESSOAL SOCIAL: ESTRATÉGIA DE PESQUISA E INTERVENÇÃO JUNTO A ADOLESCENTES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO

Diene Monique Carlos¹, Isabela Martins Gabriel¹, Daniela Gonsalves Lopes¹, Fernanda Maranhão Santos¹, Ana Paula França de Oliveira¹ e Luiza Cesar Riani Costa¹

¹Universidade Federal de São Carlos, Brasil. diene_enf@hotmail.com isamartinsgabriel@hotmail.com; d.aniela_lopes@yahoo.com.br; femaranho13@gmail.com ninhabtu34@gmail.com; luiza-riani@hotmail.com

Resumo. Introdução: A adolescência constitui um período que, em comparação com outras faixas etárias, não apresenta grandes índices de adoecimento; entretanto as violências autoinfligidas têm ocupado destaque na sua morbimortalidade. Estratégias metodológicas para aproximação cuidadosa e ética destes fenômenos na adolescência, e com benefícios diretos aos sujeitos, têm sido recomendadas pela literatura. Objetivo: Analisar o uso do mapa da rede pessoal social como estratégia metodológica junto a adolescentes em sofrimento psíquico. Métodos: Estudo metodológico que relata a experiência do uso de mapas mínimos da rede pessoal social; realizado junto a adolescentes de escola pública de um município do interior de São Paulo, Brasil. Resultados: Em termos metodológicos e científicos, o uso dos mapas mostrou-se profícuo e coerente. O uso de materiais a baixo custo e de fácil acesso e manuseio, permite a aplicação em diversos contextos e situações. Em termos éticos, permitiu o acesso cuidadoso a ausências experienciadas. Conclusões: O uso desta estratégia foi importante tanto para o delineamento científico, acessando conhecimentos que dificilmente seriam trazidos por outros instrumentos de coleta, quanto para intervenção terapêutica delineada pela construção de dispositivos concretos de apoio.

Palavras-chave: Comportamento Autodestrutivo; Adolescente; Saúde Escolar; Rede Social; Pesquisa Qualitativa.

THE USE OF INDIVIDUAL SOCIAL NETWORK MAPS: RESEARCH AND INTERVENTION STRATEGY TO ADOLESCENTS IN PSYCHOLOGICAL DISTRESS

Abstract. Introduction: Adolescence is a period that, in comparison with other age groups, does not present high rates of illness; however, self-injured violence has been prominent in its morbidity and mortality. Methodological strategies for careful and ethical approach to these phenomena in adolescence, and with direct benefits to the individuals, have been recommended by the literature. Goals: Analyze the use of the individual social network map as a methodological strategy for adolescents in psychological distress. Methods: Methodological study that reports the experience of using minimal maps of the individual social network; conducted at a public school with adolescents in a country town of São Paulo, Brazil. Results: Considering the methodological and scientific issues, the use of maps proved to be meaningful and consistent. The use of low cost and easy access materials, allowed the application in different contexts and situations. By ethical terms, it allowed careful access to experienced absences. Conclusions: The use of this strategy was important both for the scientific design, accessing knowledge that would hardly be brought by other collection data instruments, and for therapeutic intervention designed by the construction of concrete support devices.

Keywords: Self-Injury Behavior; Adolescent; Scholar Health; Social Network; Qualitative Research.

1. INTRODUÇÃO

Apesar da diminuição do crescimento e aumento do envelhecimento populacional encontrado em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, a representação de

adolescentes e jovens na população geral é bastante significativa. Neste país, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2016 os adolescentes configuravam um total de 51.402.821 pessoas, cerca de 36,89% da população (Brasil, 2017). O Ministério da Saúde seguindo as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS), utiliza o critério cronológico para definir a adolescência considerando dois períodos - o inicial entre 10 e 14 anos, e o final entre os 15 e os 19 anos. Já no Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069 de 1990, define a adolescência como a faixa etária de 12 a 18 anos de idade, e, em casos excepcionais ao que se refere às medidas socioeducativas, quando disposto na lei, o estatuto é aplicável até os 21 anos de idade (Brasil, 2017).

Apesar das demarcações cronológicas, a adolescência é uma construção social relativamente recente. Trata-se de um período dinâmico, atravessado por marcas culturais e históricas, que não deve ser analisado apenas pelo viés cronológico ou biológico (Brasil, 2017). Tampouco deve ser compreendida apenas como período de preparação para a vida adulta ou como uma fase. A compreensão da adolescência, assim como a prevenção ou atenção a esta categoria social, deve ultrapassar concepções universalizantes e cristalizadas, pois apesar de ser possível fazer definições gerais, são sujeitos singulares constituídos de acordo com a história de vida e com o momento histórico e sociocultural em que vivem (Silva et al., 2014).

A adolescência constitui um período que, em comparação com outras faixas etárias, não apresenta grandes índices de adoecimento. Por conseguinte, segundo a OMS, a maior parte das mortes neste período são decorrentes de violências e acidentes, e podem ser evitadas. No mundo, a primeira causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos é a violência interpessoal, e a segunda é a violência autoinfligida, constituída pelos comportamentos suicidas (World Health Organization, 2018). Já no Brasil, em 2015, o suicídio foi a quarta causa de morte nesta faixa etária, segundo dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2017).

Os comportamentos suicidas são condenados por razões culturais ou religiosas em várias regiões do mundo; tendem a ser um ato secreto permeado por tabus, e pode ser não reconhecido ou classificado como tal e escondido em registros oficiais de morbimortalidade (World Health Organization, 2018). Na adolescência, é bastante associado a apoio parental e familiar fragilizado ou ausente (Macalli et al., 2018); história de violências intrafamiliares (Deville et al., 2020); baixo nível de apoio social em contexto escolar e comunitário (Miller,

Esposito-Smythers & Leichtweis, 2015); vivência de bullying (Lereya et al., 2015); uso abusivo de redes digitais (Marchant et al., 2017).

Estratégias metodológicas para aproximação cuidadosa e ética destes fenômenos na adolescência, e com benefícios diretos aos sujeitos, têm sido recomendadas pela literatura. Considerando a importância do contexto no delineamento das situações de sofrimento psíquico, em especial nos comportamentos suicidas pela atual prevalência na adolescência, e no empoderamento e protagonismo juvenil, traz-se a seguinte questão norteadora: Quais as contribuições do uso de mapas da rede pessoal social como estratégia metodológica de coleta de dados qualitativos junto a adolescentes em sofrimento psíquico?

2. OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi analisar o uso do mapa da rede pessoal social como estratégia metodológica junto a adolescentes em sofrimento psíquico.

3. METODOLOGIA

Estudo metodológico que relata a experiência do uso de mapas mínimos da rede pessoal social como estratégia de coleta de dados qualitativos junto a adolescentes. A abordagem qualitativa é entendida como aquela destinada ao estudo de fenômenos e relações sociais, pela perspectiva de participantes diretamente envolvidos em determinada situação e contexto (Flick, 2009).

Os conceitos de rede e apoio social nortearam o percurso metodológico. Redes sociais são recursos construídos para circulação do apoio social (Andrade & Vaitsmann, 2002). A literatura tem apresentado alguns tipos de apoio social, a saber emocional; informativo e instrumental. O apoio emocional diz respeito ao sentimento de pertencimento, estima ou valorização; demonstrações de carinho e amor. Apoio informativo é a provisão de fatos ou conselhos que podem ajudar uma pessoa a resolver problemas. Apoio instrumental consiste no oferecimento ou suplementação de assistência material para dúvidas ou problemas práticos (Thoits, 2011).

Foi realizado em um município do interior de São Paulo, Brasil, com 221.950 habitantes. O campo específico foi uma escola estadual de ensino fundamental e médio de um distrito do município. A escolha por este local se deu devido ao número elevado de situações de

adoecimento psíquico referidas a serviços de saúde e ausência de ações de promoção de saúde mental locais.

As participantes foram incluídas mediante os critérios: (1) ser estudante matriculado na escola citada; (2) ter idade entre 10 e 19 anos; (3) ser indicado pela direção ou professores por estar em situação de sofrimento psíquico, em especial comportamentos suicidas. Foram excluídos os adolescentes afastados do convívio escolar por quaisquer motivos. Ressalta-se que a pesquisadora principal e sua orientadora participaram do convívio escolar por meio de um projeto de extensão.

A direção da escola indicou oito adolescentes do sexo feminino. Antes do início da coleta de dados, a direção realizou contato com os pais para anuência da participação das adolescentes. As pesquisadoras realizaram uma primeira conversa com as adolescentes, para convidá-las a participar do estudo, e todas aceitaram. A coleta de dados realizou-se entre os meses de agosto a novembro de 2019; o mapa foi realizado como estratégia complementar às entrevistas delineadas junto às adolescentes e para finalização. Pelas características deste estudo, não abordaremos os dados das entrevistas. O mesmo foi construído por uma das pesquisadoras, presente no convívio escolar das adolescentes, numa sala privativa na própria escola, sem a presença de outras pessoas. Os horários foram combinados com a equipe escolar de forma a evitar o prejuízo às atividades escolares.

O Mapa Mínimo da Rede Pessoal Social, proposto por Sluzki (1997), se constitui por um desenho representado por um círculo com quatro quadrantes principais: família, amigos, escola/trabalho, e relações comunitárias (religião, esporte, cinema, teatro, clubes, praças, entre outros). Além destes, há um quadrante que abarca a relação com serviços de saúde e de assistência social. Os quadrantes são permeados por outros dois círculos, que indicarão a intimidade e intensidade das relações, conforme representado na Figura 1:



Figura 1. Modelo de Mapa Mínimo da Rede Pessoal Social (Sluzki, 1997)

Além da representação da natureza das redes sociais, estes mapas permitem a compreensão da maneira que as relações se estabelecem. A qualidade dos vínculos é sinalizada por linhas que se referem aos vínculos significativos, fragilizados, rompidos ou inexistentes, descritos da seguinte maneira:

- Vínculos significativos - o traço utilizado é uma linha contínua, a qual pode ser desenhada com a cor verde ou preta;
- Vínculos fragilizados - são vínculos que se encontram tênues devido a diversos fatores. A representação gráfica se dá por meio do desenho de uma linha com a cor amarela ou por meio de uma linha preta pontilhada;
- Vínculos rompidos ou inexistentes –se avaliam aqueles vínculos que foram rompidos e /ou inexistentes. Nesses casos, simboliza-se o vínculo utilizando uma linha quebrada ou na cor vermelha.

A avaliação do desenho dos mapas é realizada por meio dos seguintes critérios: tamanho (quantidade de vínculos institucionais/pessoais estabelecidos, sendo que a rede pode ser classificada como reduzida, mediana ou ampliada); densidade (qualidade dos vínculos observados no que tange às linhas do traçado - significativos, fragilizados, rompidos ou inexistentes); distribuição/composição (número de pessoas ou instituições situadas em cada quadrante, onde denotam-se lacunas e recursos existentes na rede); dispersão (distância geográfica entre membros e instituições); homogênea ou heterogênea (características dos membros e das instituições, no intuito de verificar a diversidade e as semelhanças que compõem a rede) (Sluzki, 1997).

Além destas características, reconhecem-se as funções da rede, ou seja, as potencialidades e vantagens para a implicação de uma sociedade mais articulada e comprometida, fortalecendo o trabalho comunitário pautado por parcerias solidárias (Sluzki, 1997). Tais funções são constituídas por: companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e de conselhos, regulação e controle social, ajuda material e de serviços, e acesso a novos contatos. Esta última se refere ao envolvimento junto a redes cooperativas e solidárias, que possibilita a construção de novos vínculos pessoais, coletivos e institucionais, ampliando a rede pessoal dos participantes.

Os mapas foram impressos em papel A4 para uso junto às adolescentes. A construção dos mapas teve duração entre 30 a 35 minutos. Um diário de campo foi utilizado pela pesquisadora para relato do processo metodológico bem como de construção dos mapas

após as conversas com as adolescentes. Todos os nomes presentes neste artigo foram fictícios, escolhidos pelas autoras. O anonimato das participantes foi preservado.

Os dados foram analisados mediante os critérios de avaliação dos mapas, citados anteriormente (Sluzki, 1997) e tipos de apoio social, reconhecendo as funções da rede (Thoits, 2011; Sluzki, 1997). Os mapas foram registrados em câmera fotográfica pela pesquisadora após concordância das participantes, sendo o mapa original construído mantido com as adolescentes. Algumas estratégias foram utilizadas para garantir maior confiabilidade interna e externa dos dados (Tong, Sainsbury & Craig, 2007), a saber: devolutiva da dos mapas e da rede às adolescentes após construção, conforme critérios de análise citados; análise com pares; uso do diário de campo, garantindo maior transparência de todo o processo de pesquisa.

A pesquisa atendeu aos aspectos éticos envolvendo seres humanos, sendo aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de São Carlos (CAAE: 17176219.6.0000.5504), e autorizada pela escola cenário da pesquisa.

Reitera-se que as informações foram coletadas apenas após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos responsáveis e do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido pelas adolescentes.

4. RESULTADOS

Inicialmente, foi solicitado às adolescentes que elencassem as pessoas e/ou serviços com que poderiam contar em momentos difíceis; elas tiveram dificuldades em lembrar e nomearam duas ou três pessoas. Ao apresentar a imagem do mapa e verem seus quadrantes, conseguiram inserir outras pessoas e instituições.

As redes se apresentaram reduzidas a medianas, com grandes variações entre as adolescentes. Mostraram-se pouco densas visto a existência de vínculos frágeis ou rompidos, sendo os recursos existentes concentrados em famílias e amigos. Delineou-se portanto uma rede homogênea. Perceberam-se lacunas importantes na rede essencialmente nos campos comunitário e estudo. Um dos mapas é representado na Figura 2:

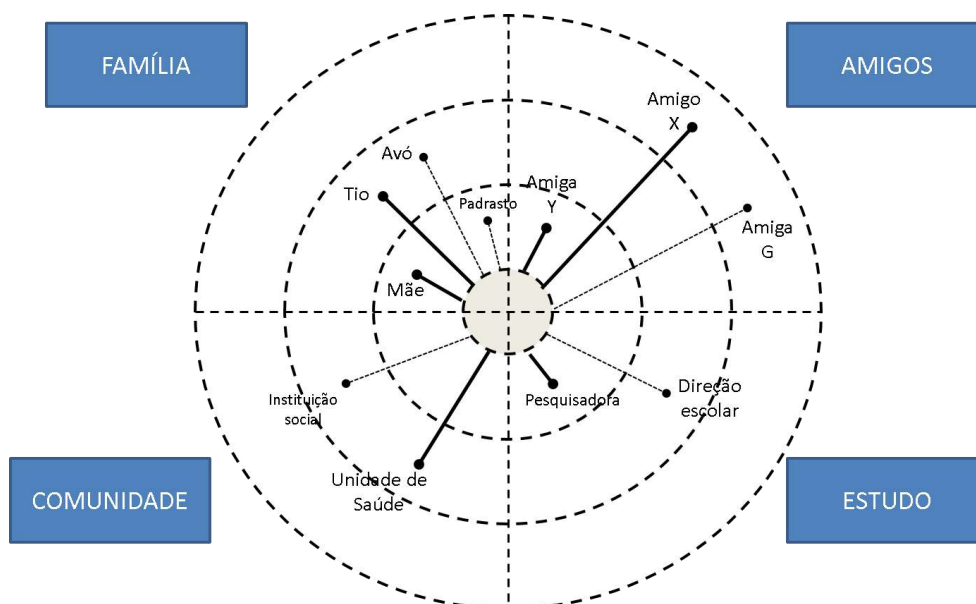


Figura 2. Mapa Mínimo da Rede Pessoal Social da adolescente Karina

Três adolescentes citaram professores como vínculos significativos. Duas adolescentes relataram que a pesquisadora seria um vínculo significativo. Os serviços de saúde foram vínculos significativamente apenas por uma participante.

Ademais, revelou-se pouca circulação de apoio social, seja afetivo, informativo ou instrumental. O apoio afetivo foi oriundo essencialmente de familiares e amigos. Uma adolescente pontuou o apoio afetivo e informativo a coordenação escolar. Os apoios informativo e instrumental, tão necessários na adolescência visto construção da autonomia, não foram relatados pelas adolescentes.

As adolescentes se mostraram abertas ao conhecimento de novos serviços que poderiam exercer papel protetivo, sendo estes acrescentados ao mapa em azul. Estes serviços foram sinalizados pela pesquisadora, a saber Centro de Valorização à Vida; Centro de Referência em Assistência Social; Unidade de Saúde da Família.

O mapa teve uma boa aceitação, e as adolescentes compreenderam rapidamente como fazer. Houve uma pequena confusão entre a diferença das cores, significando a qualidade das relações, e da distância do centro, que significava a intimidade das relações. Mesmo após explicação, as adolescentes continuaram associando tais achados.

As adolescentes referiram ser uma “atividade leve”; na finalização, mostraram-se mais confiantes em perceber a concretude da rede e optaram por manter os mapas consigo.

Em termos metodológicos e científicos, o uso dos mapas mostrou-se profícuo e coerente. O uso de materiais a baixo custo e de fácil acesso e manuseio, permite a aplicação em diversos contextos e situações. Os mapas são de fácil compreensão, sendo adequados para diferentes faixas etárias, desenvolvimentos cognitivos e populações. Algumas adaptações, como ocorridas neste estudo, são viáveis desde que bem reportadas.

Como técnica de coleta de dados, permite ser complementada ou complementar a muitas outras, como *photovoice*, entrevistas, grupos focais. Também pode ser trabalhada em estudos de métodos mistos. A análise de dados pode ser associada a outras estratégias, bem com articulada a iferentes referenciais teóricos.

Em termos éticos, permite o acesso cuidadoso a ausências e lacunas experienciadas. Ademais, traz um benefício imediato a quem participa dele – a possibilidade terapêutica de acessar sua rede, perceber as fragilidades e potencialidades e buscar maneiras de novos contatos para superar as dificuldades. O/a pesquisador/a necessita estar preparado e capacitado para esta aproximação e manejo da situação, garantindo melhor aproveitamento da estratégia.

5. DISCUSSÃO

Os mapas mínimos da rede pessoal social se apresentaram como importantes e coerentes estratégias de coleta de dados qualitativos. A partir do desenho metodológico, podem apoiar outras técnicas, serem disparadores ou estratégias principais. Ademais, se mostram adaptáveis a vários objetos de estudo e populações, bem como se fazem coerentes a variados referenciais teóricos.

Neste estudo, optou-se pela abordagem a situações de sofrimento psíquico evidenciadas por comportamentos de violências autoinfligidas na adolescência. A adolescência é uma categoria social, marcada por um processo de desenvolvimento que sofre impacto direto do contexto histórico, político e social em que está inserida (Brasil, 2017). Ainda é compreendida pela sociedade em geral, incluindo profissionais da educação e da saúde, como uma fase passageira e com olhar determinista e generalizado (Brasil, 2017).

Desvelou-se no presente estudo a ausência de ações intersetoriais que promovam o protagonismo e autonomia destes sujeitos, em especial a educação e saúde.

Os adolescentes têm se destacado nas estatísticas de violências autoinfligidas; a literatura reforça que o fenômeno da autolesão trata-se de uma expressão particular de angústia emocional com importante relutância em buscar ajuda (Doyle, Sheridan, & Treacy, 2017). Estudo que analisou os temas relacionados ao fenômeno em postagens de blogs, encontrou que o comportamento pró-suicida foi apresentado como a única forma para cessar um sofrimento; nestes termos, desamparo e sofrimento contínuo foram temas principais abordados (Costa, Silva & Vedana, 2019). Percebe-se a fragilidade da rede pessoal das adolescentes, em que não percebem outra possibilidade de enfrentar e lidar com o sofrimento que não passe pela autolesão ou suicídio.

Em estudo que buscou identificar estratégias de prevenção a comportamentos suicidas na Inglaterra, sugeriram que ter um suporte social capaz de escutar e acolher é um importante meio de prevenção e de demonstrar apoio para adolescentes que sentem vontade de se autolesionar (Fortune, Sinclair, & Hawton, 2008). Neste mesmo estudo os adolescentes apontaram que sentem frequentemente desejo de mais amor, atenção, tempo, apoio e cuidado por parte das famílias, que devem mostrar mais suporte e compreensão a respeito das mudanças enfrentadas na adolescência. Também foi mencionado que as amizades e relações entre pares são fatores de proteção. Outro estudo realizado na Bélgica e Holanda apontou que apoio familiar oferece ao adolescente oportunidade de enfrentar sentimentos depressivos adequadamente, no lugar de recorrer a violências autoinfligidas (Claes et al., 2015). Acessar lacunas e fragilidades das redes e do consequente apoio social oriundo delas pode ser o primeiro passo para a construção e estratégias promotoras de saúde.

Estudo que documentou a atual diversidade e complexidade de famílias de adolescentes para repensar futuras teorias parentais e estudos, recomenda o uso de mapas da rede de apoio junto a adolescentes (Pearce et al., 2018). Estes mapas, tendo o adolescente como centro da rede, permitem uma visão das dimensões-chave de estruturas e processos familiares (Pearce et al., 2018). Ademais, a literatura tem reforçado a importância do protagonismo e do ouvir as vozes dos adolescentes, colocando-os efetivamente como centro no cuidado. O envolvimento da pessoa nas decisões do cuidado contribui para satisfação de adolescentes e jovens (Mitten et al., 2016; Doyle, Sheridan, & Treacy, 2017).

Métodos qualitativos de pesquisa nos permitem melhor compreender as experiências das pessoas, explorar como decisões são tomadas e prover ideias com detalhes de como o cuidado pode ser qualificado. Para tal, estes dados precisam ser holísticos, ricos e com nuances (Barrett & Twycross, 2018). Neste sentido, pesquisadores têm utilizado a abordagem das redes e mapas sociais para compreender fenômenos complexos, como o apoio na gravidez na adolescência (Braga et al., 2014); violência contra a mulher (Netto et al., 2017) e contra crianças e adolescentes (Carlos et al., 2019).

Recente discussão sobre o uso de redes sociais trouxe a necessidade de alguns cuidados na interpretação dos resultados destes estudos (Parnell & Robinson, 2018). Um deles é a não generalização, que deve ser tomada cuidadosamente visto que toda rede de apoio é única. Nos estudos qualitativos, tal aspecto já é considerado; no momento de apresentação dos resultados, os mesmos podem ser tomados como complementares entre os participantes. Apesar de abordarmos o uso desta estratégia de coleta em estudos qualitativos, a mesma pode ser utilizada em estudos mistos (Parnell & Robinson, 2018). Também se faz importante e demonstra maior validade e confiabilidade científicas, a devolução dos dados aos participantes; tal aspecto pode trazer contribuições tanto à pessoa quanto à pesquisa, como realizado no presente estudo.

O estudo citado também sinaliza o cuidado ético, visto que a confidencialidade deve ser mantida; pelas especificidades, o completo anonimato pode ser difícil, tendo os pesquisadores este desafio de buscar estratégias para tal. Este aspecto se estende a pessoas ou grupos, visto que as redes podem ser representativas de um coletivo, geralmente comunidades vulneráveis, que devem ser protegidas e ter um olhar sensível a esta questão (Parnell & Robinson, 2018).

A análise a partir de mapas de redes permitem a compreensão de um mundo heterogêneo construído por indivíduos autônomos que co-criam ambientes que produzem resultados em saúde. Estes resultados são frequentemente frutos da influência cultural de relações interpessoais e comunitárias, delineadas pela rede. Destaca-se que os mapas da rede capturam processos sociais que variam culturalmente, permitindo a profissionais de saúde que ofereçam um cuidado mais efetivo (Parnell & Robinson, 2018).

6. CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo permitiram acessar elementos que demonstram a contribuição do uso de mapas da rede pessoal como estratégia de coleta de dados qualitativos, evidenciados por meio de estudo com adolescentes em sofrimento psíquico. O uso desta estratégia foi importante tanto para o delineamento científico, acessando conhecimentos que dificilmente seriam trazidos por outros instrumentos de coleta, quanto para intervenção terapêutica delineada pela construção de dispositivos concretos de apoio. A visualização gráfica da rede permite uma “memória” de possibilidades de busca de ajuda, bem como trabalha na lógica salutogênica.

O estudo traz contribuições para a investigação, assistência e formação em saúde. Para a investigação, ilustra técnica de coleta de dados adaptável a diferentes objetos de estudo, referenciais, populações e estratégias metodológicas. Ademais, se articula às atuais demandas éticas em constructos qualitativos. Quanto à assistência, proporciona implicações para intervenções junto a adolescentes em sofrimento psíquico, com foco em sua autonomia e protagonismo. Para a formação, pode ser incluído como parte curricular do ensino em saúde e educação, pela facilidade de compreensão e acesso seja na pesquisa ou prática.

As limitações do presente estudo se relacionam à particularidade do objeto. Entretanto, traz importantes contribuições a desenhos metodológicos qualitativos em especial delineado junto a populações e grupos vulneráveis. Estudos que abordem tal estratégia a estudos de métodos mistos são recomendados.

Agradecimentos. À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo pela bolsa de Iniciação Científica (Processo 2019/09333-9).

7. REFERÊNCIAS

- Andrade G.R.B., & Vaitsman, J. (2002). Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4):925-934.
- Barrett D., & Twycross A. (2018). Data collection in qualitative research. *Evidence-Based Nursing*, 21, 63-64.
- Braga, I.F., Oliveira, W.A., Spanó, A.M.N., Nunes, M.R., & Silva, M.A.I. (2014). Percepções de adolescentes sobre o apoio social na maternidade no contexto da atenção primária. *Escola Anna Nery*, 18(3), 448-455. doi: 10.5935/1414-8145.20140064
- Brasil. Ministério da Saúde. (2017). *Proteger e Cuidar da Saúde de Adolescentes na Atenção Básica*. Brasília (DF): Ed. Ministério da Saúde.
- Carlos D.M., da Silva L.M.P., Beserra M.A., Aragão A.S., Gregory A., & Ferriani M.G.C. (2019). Social support network of family members of abused children and adolescents: Perspectives and possibilities. *Journal of Clinical Nursing*, 28(5-6), 814-27. doi: 10.1111/jocn.14665.

- Claes L., Luyckx K., Baetens I., Van de Ven M., & Witteman C. (2015). Bullying and victimization, depressive mood, and non-suicidal self-injury in adolescents: The moderating role of parental support. *Journal of child and family studies*, 24(11), 3363-3371.
- Costa J.S., Silva A.C., & Vedana K.G.G. (2019). Postagens sobre autolesão não suicida na internet. *Adolescência & Saude*, 16(1), 7-12.
- Deville D.C., Whalen D., Breslin F.J., Morris A.S., Khalsa S.S., Paulus M.P. et al. (2020). Prevalence and Family-Related Factors Associated With Suicidal Ideation, Suicide Attempts, and Self-injury in Children Aged 9 to 10 Years. *JAMA Netw Open*, 3(2), e1920956. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.20956
- Doyle L., Sheridan A., & Treacy M.P. (2017). Motivations for adolescent self-harm and the implications for mental health nurses. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 24(2-3), 134-142. doi: 10.1111/jpm.12360.
- Flick U. (2009). *An introduction to qualitative research*. 5th ed. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Fortune S., Sinclair J., & Hawton K. (2008). Adolescents' views on preventing self-harm. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(2), 96-104.
- Lereya S.T.E., Copeland W., Costello J. & Wolke D. (2015). Adult mental health consequences of peer bullying and maltreatment in childhood: two cohorts in two countries. *The Lancet Psychiatry*, 2(6), 524-31. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00165-0.
- Macalli M., Tournier M., Galéra C., Montagni I., Soumare A., Côté S.M. et al. (2018). Perceived parental support in childhood and adolescence and suicidal ideation in young adults: a cross-sectional analysis of the i-Share study. *BMC Psychiatry*, 18(1), 373. doi: 10.1186/s12888-018-1957-7.
- Marchant A., Hawton K., Stewart A., Montgomery P., Singaravelu V., Lloyd K. et al. (2017). A systematic review of the relationship between internet use, self-harm and suicidal behavior in Young people: the good, the bad and the unknown. *PLoS ONE*, 13(3), e0193937. doi: 10.1371/journal.pone.0181722
- Miller A.B., Esposito-Smythers C., & Leichtweis R.N. (2015). Role of social support in adolescent suicidal ideation and suicide attempts. *Journal of Adolescent Health*, 56(3), 286-292. doi: 10.1016/j.jadohealth.2014.10.265
- Mitten N., Preyde M., Lewis S., Vanderkooy J., & Heintzman J. (2016). The perceptions of adolescents who self-harm on stigma and care following inpatient psychiatric treatment. *Social Work in Mental Health*, 14(1), 1-21. doi: 10.1080/15332985.2015.1080783
- Netto, L.A., Moura, M.A.V., Araujo, C.L.F., Souza, M.H. N., & Silva, G.F. (2017). As redes sociais de apoio às mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(2), e07120015. Doi: 10.1590/0104-07072017007120015
- Parnell, J. M., & Robinson, J. C. (2018). Social network analysis: Presenting an underused method for nursing research. *Journal of advanced nursing*, 74(6), 1310–1318. <https://doi.org/10.1111/jan.13541>
- Pearce L.D., Hayward G.M., Chassin L., & Curran P.J.(2018) The increasing diversity and complexity of family structures for adolescents. *Journal of Research on Adolescence*, 28(3), 591-608. doi: 10.1111/jora.12391.
- Silva M.A.I, de Mello F.C.M., de Mello D.F., Ferriani M.G.C., Sampaio J.M.C. & de Oliveira W.A. (2014). Vulnerability in adolescent health: contemporary issues]. *Ciência & saúde coletiva*, 19(2), 619-27. doi: 10.1590/1413-81232014192.22312012. Portuguese.
- Sluzki, C.E. (1997). *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Tong A., Sainsbury P., Craig J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6): 349–357. Doi:10.1093/intqhc/mzm042
- Thoits P. A. (2011). Perceived Social Support and the Voluntary, Mixed, or Pressured Use of Mental Health Services. *Society and Mental Health*, 1(1), 4–19. <https://doi.org/10.1177/2156869310392793>
- World Health Organization. (2020). *Suicide factsheet*. Acesso em 21 Jan 2020. Disponível em: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/en/selfdirectedviolfacts.pdf?ua=1

SAÚDE, INTEGRALIDADE E CUIDADO: CONCEPÇÕES DE GESTORES DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Janaína da Câmara Zambelli¹, Pedro Henrique Brito da Silva², Nelson Filice de Barros³ e Ellen Synthia Fernandes de Oliveira⁴

^{1,2,3,4} Universidade Federal de Goiás, Brasil. ¹jcsateles@gmail.com, ²pedrobryto@gmail.com, ⁴ellen.synthia@gmail.com

³Universidade Estadual de Campinas, Brasil. nelsonfilicel@gmail.com

Resumo. As Práticas Integrativas e Complementares (PIC) constituem como significativo instrumento para ampliar o acesso como para a qualificação dos serviços, numa perspectiva da integralidade da atenção à saúde. Este estudo teve como objetivo analisar as concepções de saúde, integralidade e cuidado para o gestor de Unidade Básica de Saúde que não oferta ou deixou de ofertar as práticas integrativas e complementares em uma região metropolitana. Estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa, realizado entre os meses de novembro e dezembro de 2018, com 24 gestores de 16 municípios. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturada, que foram gravadas, transcritas e analisadas tematicamente, com o auxílio do *software* Nvivo 11. Da análise dos dados emergiram duas categorias: Concepções dos gestores acerca de saúde e Concepções dos gestores sobre integralidade nas PIC. Conclui-se que os gestores de serviços de APS na Região Metropolitana de Goiânia demonstram que ainda persiste a reprodução de ações e práticas centradas no modelo biomédico, embora os gestores reconheçam suas limitações. São fatores como esses que dificultam a implementação e expansão de novos modelos de cuidado, como as PIC.

Palavras-chave: Terapias Complementares; Integralidade em Saúde; Gestão em Saúde; Pesquisa Qualitativa.

HEALTH, INTEGRALITY AND CARE IN INTEGRATIVE AND COMPLEMENTARY PRACTICES: CONCEPTIONS OF MANAGERS OF BASIC HEALTH UNITS

Abstract. Integrative and Complementary Practices (ICP) are a significant tool both for broadening access to services and for qualifying them from the perspective of integral health care. The objective of this study was to analyze the conceptions of health, integrality, and care for the manager of the Basic Health Unit who does not offer or no longer offers the integrative and complementary practices in a metropolitan region. Descriptive exploratory study of qualitative approach carried out between the months of November and December 2018, with 24 managers from 16 municipalities. The data were collected through semi-structured interviews, which were recorded, transcribed and thematically analyzed, with the help of Nvivo 11 software. Two categories emerged from the data analysis: Managers' Conceptions about health and Managers' Conceptions about integrality in ICPs. It is concluded that managers of PHC services in the Metropolitan Region of Goiânia demonstrate that the reproduction of actions and practices centered on the biomedical model still persists, although managers recognize its limitations. It is factors such as these that make it difficult to implement and expand new models of care, such as PIC.

Keywords: Complementary Therapies; Integrality in Health; Health Management; Qualitative Research.

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1978, conceitua a saúde como um completo bem-estar, de modo que o processo saúde-doença vai se relacionando com a qualidade de vida, vida saudável e estilo de vida. Essa concepção de saúde sinaliza a natureza

integradora da saúde, incluindo além do aspecto biológico, a dimensão social como também a psicológica. Tal visão foi elaborada na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978, em Alma-Ata, que culminou na Declaração de Alma-Ata, reafirmando a saúde como direito humano fundamental. Nessa conferência, também se recomendou o estabelecimento de políticas nacionais de saúde apoiadas no uso de recursos da medicina tradicional pelos sistemas nacionais de saúde, como fonte de cuidado para melhorar e aprimorar a saúde da população (OMS, 2002).

Nesse sentido, essas recomendações representaram o ponto de partida para as Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde. A Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde, em 1986, em Ottawa, Canadá, norteia-se por um conceito de saúde ampliado, de modo a envolver condicionantes e determinantes do processo saúde-doença e não meramente a ausência de doenças (Buss & Carvalho, 2009).

No Brasil, o debate sobre a inclusão de Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no sistema nacional de saúde teve início na década de 1980, com destaque para a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, como também após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988 (BRASIL, 2006). Nessa conferência, nota-se uma demanda da população brasileira para formulação de políticas orientadas à institucionalização das abordagens terapêuticas integrais e dos recursos nelas utilizados no SUS (Tesser, 2018).

Para atender essa demanda, tal conferência, impulsionada pela Reforma Sanitária, foi apontada como marco legal e institucional das PIC. Entre as várias deliberações, tem-se no relatório final da conferência a seguinte redação (Brasil, 1986, p. 10): “Introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida”.

Como resposta à essa conjuntura, o Ministério da Saúde (MS) aprova, em 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), pela Portaria Ministerial nº 971 (Brasil, 2006). Inicialmente, o documento ministerial contemplou cinco PIC, quais sejam: Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Fitoterapia, Termalismo e Crenoterapia Social, Homeopatia e a Medicina Antroposófica. Mais recentemente, com a publicação das Portarias nº 145/2017, nº 849/2017 e nº 702/2018, mais 24 práticas, totalizando 29, incluindo, por exemplo, a Arteterapia, o Reiki, a Osteopatia, a Quiropraxia e a Terapia Comunitária (Brasil, 2017).

Segundo Telesi Júnior (2016), a riqueza das PIC se caracteriza por suas práticas interdisciplinares e linguagens singulares, contrapondo à visão fragmentada do tratamento do usuário em especialidades, o qual acaba por menosprezar o todo que se constitui o ser humano.

Conforme Pagliosa & Da Rosa (2008), é crescente a necessidade de um trabalho multiprofissional, como também o conhecimento interdisciplinar para enfrentar as necessidades de saúde das pessoas e comunidades, cada vez mais complexas. Logo, urge a criação de competências para o melhor desempenho dos profissionais da saúde, no sentido de que essas habilidades sejam baseadas nos conhecimentos e práticas da saúde coletiva, do entendimento e a participação na construção das políticas públicas e na organização dos serviços de saúde.

Para Rios, Franchi, Silva, Amorim, & Costa (2007), atualmente, predomina o conhecimento racional e o conhecimento científico entre os profissionais de saúde, de forma que a maioria tende a desmerecer o senso comum, o modo como as pessoas do saber popular vivencia e compreende o mundo. Porém, eles acreditam que esses profissionais, formados sob a ótica do paradigma biomédico, cartesiano, sejam capazes de questionar essa visão fragmentada e hegemônica. Para tanto, há a necessidade de buscar novos modelos capazes de encarar a complexidade da realidade humana, de modo a inserir uma compreensão histórica e crítica da concepção vigente de saúde.

Contudo, embora a oferta das PIC no SUS tenha se constituído significativo instrumento, tanto para ampliar o acesso, como para qualificar o serviço, em uma perspectiva da integralidade da atenção à saúde, elas ainda são desconhecidas pela maioria dos profissionais de saúde (Brasil, 2015). Nesse sentido, este estudo teve como objetivo analisar as concepções de saúde, integralidade e cuidado para o gestor de Unidade Básica de Saúde que não oferta ou deixou de ofertar as práticas integrativas e complementares em uma região metropolitana.

2. METODOLOGIA

Estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa, realizado entre os meses de novembro e dezembro de 2018. O presente estudo é um recorte da dissertação de mestrado, ainda em andamento, sobre “Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde: percepções de gestores sobre os serviços na Região Metropolitana de Goiânia”.

A pesquisa é, além da construção de um conhecimento, um procedimento de aprendizagem, sendo um princípio científico e educativo. Como o processo de construção e desenvolvimento de um conhecimento a respeito de algo, a pesquisa tem como objetivo, por meio da utilização de métodos científicos, resolver problemas e solucionar dúvidas. Então, partindo das interrogações formuladas em relação a fatos ainda obscuros, os estudos qualitativos se justificam, pois são adequados para a compreensão de fenômenos dentro do seu contexto. Estabelece ligações entre conceitos, representações, crenças e comportamentos, além de revelar *insights* críticos que ajudam a lidar com as deficiências, como por exemplo, do sistema de saúde (Toquette & Minayo, 2016).

O presente estudo traz como objeto de estudo os 24 serviços de Atenção Primária à Saúde da Região Metropolitana de Goiânia que não ofertam ou deixaram de ofertar as Práticas Integrativas e Complementares. Os participantes do estudo foram os gestores dos serviços de APS que não ofertam ou deixaram de ofertar as PIC, totalizando 24 gestores responsáveis por 24 Unidades Básica de Saúde.

Neste estudo, tomaremos como base o gestor e/ou gerente dos serviços de APS que assume o gerenciamento de unidade básica de saúde, de acordo com o recomendado pela Política Nacional de Atenção Básica 2017 (PNAB), que traz o papel do gerente de atenção básica, orientando a sua inserção na equipe, por meio de apoio financeiro federal (Brasil, 2017).

Foram incluídos os gestores de ambos os sexos que gerenciavam os serviços de APS que não ofertavam ou deixaram de ofertar PIC no momento do estudo, com cadastro ativo no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde¹ (CNES), com no mínimo seis meses de atuação na unidade pesquisada. Foram excluídos os gestores que não estavam desenvolvendo suas atividades no período da coleta de dados por motivos de licença médica, licença maternidade e/ou paternidade ou férias.

A coleta de dados ocorreu no período de novembro a dezembro de 2018. Após o cumprimento dos preceitos éticos, os gestores foram convidados a participar do estudo pela pesquisadora, por meio de contato telefônico. Diante do aceite, foi agendado o dia e o horário da entrevista no local de trabalho do gestor. Posteriormente, foi realizada a visita reforçando os objetivos do estudo, garantindo o anonimato e sigilo das informações. Diante

¹ CNES é base para operacionalizar os Sistemas de Informações em Saúde. Dispõe de um vasto conteúdo de informações, proporcionando ao gestor conhecer a rede assistencial e sua potencialidade, imprescindíveis nos processos de planejamento em saúde, regulação, avaliação, controle e auditoria, bem como dar visibilidade ao controle social para o melhor desempenho de suas funções (BRASIL, 2006).

da concordância, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para ser lido e assinado, em duas vias.

Nesse sentido, a entrevista foi dirigida pelas seguintes questões norteadoras: “Para você, o que é saúde? Para você, o que significa integralidade e cuidado na Atenção Primária à Saúde? Qual o maior desafio para se alcançar essa integralidade neste serviço de saúde?”.

Após a transcrição das entrevistas, os dados foram processados e analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo Temática proposta por Bardin (2016). Para tanto, foi utilizado o software NVivo® versão 11 (QRS International PTY, Doncaster, Austrália), que consiste em um software de análise de textos e áudios, por exemplo, de modo a possibilitar a edição, visualização, interligação e organização dos documentos, de maneira que o pesquisador cria categorias, questionando os dados e respondendo ao seu objetivo de estudo que consiste em um sistema de indexação e categorização de dados não estruturados, de modo a proporcionar a descoberta e exploração dos sentidos das informações (Mozzato, Grzybovski, & Teixeira, 2016).

Conforme a técnica de Análise de dados, definida por Bardin (2016) buscou-se a análise em diferentes etapas: pré-análise, exploração do material ou codificação, tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação.

O presente estudo foi desenvolvido respeitando os requisitos éticos de pesquisa com seres humanos disciplinados nas Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Para tanto, foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (UFG), mediante o parecer consubstanciado nº 2977041, resguardando a todos os participantes o total anonimato, apresentando os riscos e benefícios do estudo.

3. RESULTADOS

Os gestores pesquisados atuam em 16 municípios de pequeno e médio porte, com exceção de Goiânia. Nesses serviços, foi possível observar que ainda existe uma forte fragilidade quando se considera o sentido básico do que é um serviço de saúde. Essa fragilidade vai desde problemas de organização, falta de recursos humanos capacitados, deficiências na estrutura física e escassez de recursos materiais.

A caracterização do perfil do profissional permitiu verificar que prevaleceu o sexo feminino (87%), com hegemonia dos gestores enfermeiros (58%). A média de idade dos 24 gestores entrevistados era de 31 anos. No que se refere ao tempo médio de serviço na APS, observou-se que foi de 26 meses. Além disso, constatou-se que a maioria era contratado pelo estatuto do servidor público.

A análise dos dados possibilitou o agrupamento das respostas em duas categorias principais, sendo estas: Concepções dos gestores acerca de saúde no contexto das Práticas Integrativas e Complementares e Concepções dos gestores sobre integralidade no contexto das Práticas Integrativas e Complementares.

3.1 Concepções dos gestores acerca de saúde

O propósito dessa categoria é apreciar o aspecto da concepção e identificar a maneira como se faz o direcionamento das ações e práticas nos serviços de saúde, pretendendo o aperfeiçoamento no campo da saúde coletiva, bem como compreender sua relação na implementação da PNPIC e na oferta das PIC.

Ao serem indagados sobre o conceito de saúde e as implicações que este traz ou não ao seu trabalho, os gestores se mostraram esclarecidos e até mesmo estimulados a falar sobre o tema:

“G18) Saúde é tudo de importante. É poder ajudar as pessoas, poder buscar melhorias. Acho que a saúde engloba tudo que o ser humano precisa. Eu amo a saúde.”

As concepções, compreensões e sentidos a respeito do que seja saúde são cercados de complexidades. Em virtude dessa definição envolver um campo bastante amplo, torna-se possível que cada pessoa opine a respeito. Foram identificados a partir da análise do material obtido nas entrevistas, conceitos voltados para a qualidade de vida, para o bem-estar e também para os Determinantes Sociais da Saúde (DSS). Na perspectiva do gestor, a saúde assume uma versão positiva, como indicam os trechos das entrevistas a seguir:

“G1) [...] saúde é qualidade de vida.”

“G3) Bem-estar físico, mental, material também, porque tudo envolve.”

Nos discursos dos participantes pode ser observado que o conceito de saúde preconizado pela OMS perpassa concepções que, apesar da amplitude, ainda se percebe um discurso reducionista, centrado no corpo, a partir da ênfase dada aos comportamentos individuais.

Do ponto de vista de alguns gestores, a saúde é concebida também com o fazer, com o agir do profissional, relacionando-a, especificamente, a prevenção:

“G12) [...] na unidade básica, de acordo com que a gente trabalha, creio que é a prevenção, orientações aos pacientes. É tratar. É cuidar. É vínculo [...]”

“G17) [...] então, o que eu puder levar de bem-estar e saúde, como também prevenção para o meu paciente, para a minha comunidade, eu levarei.”

3.2 Concepções dos gestores sobre integralidade nas Práticas Integrativas e Complementares

A inclusão da integralidade ao conceito de saúde ocorreu em vários relatos dos gestores, demonstrando em alguns, uma visão integral do ser humano, como também o inconformismo com o modelo vigente de se perceber a saúde, como se vê nas falas a seguir:

“G10) Saúde é o que não acontece [...]. Saúde é o integral [...]. É atender a pessoa na integralidade, e não só ver a doença em si. É enxergá-la como um todo. Tanto físico, quanto o principal, o emocional.”

“G11) Saúde é cuidar de todas as partes da integralidade. Parte física, psicológica, mental, social. Tudo! Familiar também. Isso é saúde. É estar bem com tudo.”

Por outro lado, o gestor (G12), expressa em seu relato, uma concepção da integralidade mais direcionada ao nível da relação de trabalho da unidade com os outros níveis de assistência, demonstrando uma visão na perspectiva da articulação do serviço, como se observa em seu relato:

“G12) A gente, aqui, na unidade, consegue atender ao paciente na integralidade [...]. Na verdade, conseguimos em partes, porque não depende só do nosso trabalho [...]. A gente, muito das vezes, precisa encaminhar o paciente [...]. O que depende do município, a gente, até consegue com mais facilidade, mas, às vezes, o município não tem aquele serviço próprio para ofertar. Então, a gente tem que buscar o serviço em outro município, que, no caso, é Goiânia.”

Ainda com relação à concepção de integralidade, identifica-se nos discursos um esforço para a melhoria da atenção à saúde dos usuários assistidos, de modo a alcançar à integralidade. Todavia, as narrativas direcionam para a dificuldade de se concretizar plenamente essa integralidade, demonstrando a desintegração na prática do serviço. Um dos gestores diz que:

“G8) A gente tenta sim, mas ainda é algo distante. Ainda existe a forte cultura do atendimento. Alguns gostam e pedem orientações, mas a maioria não tem paciência para ouvir, para mudar o comportamento, mudar o estilo de vida. Assim é difícil.”

Referindo-se a forma como a equipe coloca a integralidade em prática, os entrevistados mostraram, durante as suas falas, haver a hegemonia do modelo biomédico na APS, reforçando a tão discutida fragmentação da atenção, explicitados na seguinte narrativa:

“G18) A questão da integralidade ainda falta muito para acontecer. Falta melhoria. Ainda prevalece o tratamento, sendo o preventivo e a promoção de saúde deixado para segundo plano.”

Os participantes relacionaram o cuidado primário à saúde como símbolos do cuidar, do prevenir, e do enxergar o usuário de forma integral, aproximando aos preceitos das práticas integrativas e complementares:

“G4) Proporcionar saúde é o cuidado. É ver o indivíduo. Ver as suas necessidades.”

“G5) Cuidado em saúde é prevenção. Se eu prevenir, eu vou ter uma saúde melhor.”

Nesse sentido, percebe-se que os significados atribuídos ao cuidado, à atenção e à integralidade, compreendem também à responsabilização do profissional enquanto cuidador na APS:

“G8) Identificar, tratar bem o paciente. Saber da sua necessidade. Saber do que ele necessita. Muitas vezes, o paciente chega calado. Daí cabe a nós, profissionais, saber perguntar a ele. Saber o que ele tem, né! Principalmente, na Estratégia Saúde da Família, que já é para isso.”

4. DISCUSSÃO

Para Oliveira e Pereira (2013), a substituição do sistema hegemônico, centrado na assistência curativa, hospitalar e super especializada, que funciona na vertente do interesse econômico e corporativo, por um sistema universal, que busca modelos de atenção que valorizem a integralidade, o cuidado humanizado e a promoção da saúde, depende, em grande parte, do perfil de formação e da prática dos profissionais de saúde. Portanto, o desafio está na quebra da fragmentação do processo de trabalho, que separa o pensar e o fazer desses profissionais, incluindo a integralidade e a humanização das práticas ainda durante a formação.

Considerando a gestão de serviços de saúde na APS, compreende-se que esta constitui *lócus* de grande relevância ao se considerar o papel estratégico destes espaços, como ordenador da atenção e na coordenação do cuidado em saúde. Com isso, acredita-se que o espaço organizacional que os gestores destes serviços ocupam é de extrema relevância no SUS (Pinto, 2014).

Embora o acesso aos serviços de atenção primária à saúde tem sido crescente nas últimas décadas, com ampliação da cobertura populacional, pelas equipes de saúde da família em todo território brasileiro, ainda existem desafios históricos a serem enfrentados na APS: condição inadequada da rede física das Unidades Básicas de Saúde (UBS); financiamento ínfimo; dificuldades de integração da APS com a atenção especializada (referência e contra referência); bem como deficiência na incorporação de recursos humanos qualificados (Fausto *et al.*, 2018).

No que se refere às tentativas de mudanças deste cenário, as PIC têm demonstrado que podem promover maior satisfação no trabalho em virtude das mudanças que promovem na organização do trabalho, permitindo maior interação entre práticas e saberes dos profissionais, bem como entre estes e os usuários (Barros, Spadacio, & Costa, 2018).

A complexidade que se lança ao conceito de saúde atravessa nosso cotidiano enquanto profissionais gestores e usuários de serviços de assistência. Assim, vários sentidos de saúde interessam, já que acreditamos que a partir daí emerge possibilidade para refletir sobre as PIC nos serviços de saúde de Atenção Primária.

O conceito de saúde se destaca por mudanças marcantes na história mundial. De acordo com Scliar (2007), este conceito é reflexo da conjuntura histórica, geográfica, social, econômica, política e cultural da época, uma vez que saúde não simboliza a mesma coisa para todas as pessoas.

Serrão (2010), ao pensar no conceito de saúde proposto pela OMS, “[...] completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 1978), acredita que apesar deste não negar a existência de doença, o mesmo a define como um estado positivo, o qual se descentrou dela, e também dinâmico, que vai se transformando no decorrer da vida dos indivíduos. Não há como estabelecer um estado definido de saúde, dado que este vai se construindo e alcançando individualmente, tratando de uma autopercepção.

Todavia, embora inquestionável o avanço dessa concepção ampliada de saúde, essa conceituação positiva traz um novo problema, conforme aponta Czeresnia e De Freitas (2016), que é a questão da necessidade de promover a vida nas suas múltiplas dimensões. Nestas, envolvem-se, de um lado, mecanismos no campo geral do Estado e, do outro, as

particularidades e autonomia do indivíduo, a qual não pode ser delegada a responsabilidade de uma área de conhecimento, a priori.

Para Rodrigues e Peixoto Júnior (2014), a saúde tratada por uma abordagem qualitativa, a qual privilegia o sentimento subjetivo que se define no interior de uma relação entre corpo e ambiente, antagoniza-se ao hegemônico modelo biomédico, que inclina na tentativa de definir a saúde quantitativamente. Nesta perspectiva, os autores seguem um pensamento em que os estados de saúde são compatíveis com a situação na qual o vivente surge de forma ativa, relacionando com o ambiente de acordo com o modo de vida que criou, considerando suas experiências anteriores.

É interessante observar que as opiniões dos gestores denotam um certo conhecimento da temática envolvendo a integralidade. Assim, podemos notar que esses gestores a conceituam ao seu modo, de acordo com a sua experiência e vivência profissional. Podemos destacar que eles não se prendem a conceitos definidos e acabados, demonstrando que cada um lê o SUS e o representa à sua maneira por meio da percepção.

Em contrapartida, Silva, Miranda, & Andrade (2017) alertam para a necessidade de compreender a diversidade do termo, em especial, quando tratamos das práticas das equipes de saúde. As ações precisam estar relacionadas com os princípios da integralidade em uma abordagem multidisciplinar, articulando e dialogando com as diferentes áreas do conhecimento. É evidente a complexidade em torno do termo integralidade, diante de sua pluralidade de interpretações, que vão desde as práticas no cuidado até a articulação do sistema. Desse modo, os autores abordam a necessidade de debates, de modo que os profissionais percebam de forma constante a importância da integralidade na rotina dos serviços, sentindo a diferença quando esta não está presente.

Viegas e Penna (2013) defendem que para a construção da integralidade na prática, faz-se necessário o potencial criativo de cada profissional, de forma integrada com a equipe, objetivando uma ação coordenada para a produção e a promoção do cuidado. Entretanto, o autor afirma que essa estratégia ainda não é uma realidade, posto que a assistência ainda é sustentada no modelo médico-centrado, com foco na doença, gerando uma atenção fragmentada.

Nessa direção, conforme apontam Da Silva Sanches, Matos, & Azeredo (2018), podemos destacar a contribuição das PIC, que tem no princípio holístico a fundamentação na busca por compreender o ser humano de maneira integral e vinculada a seu contexto de vida.

O olhar ampliado das PIC acerca da interdisciplinaridade está expresso na concepção original da PNPIC, diante do compromisso com a integralidade da atenção à saúde. No entanto, essa dimensão interdisciplinar parece estar ameaçada, frente ao grande descompasso entre a introdução de novas práticas e ausência de parâmetros técnicos para certificá-las. Aos nossos olhos surge o desafio de consolidar e qualificar as práticas já existentes, só então incidiria novas possibilidades.

Sobre cuidado, integralidade e atenção primária, Carnut (2017) descreve os elementos teórico-conceituais destes, ressaltando a sua articulação e essencialidade na estruturação do sistema de saúde no Brasil. O autor conclui que é possível perceber a importância da sua articulação para um processo de produção da saúde que resgate o ser humano como foco das práticas em saúde.

5. CONCLUSÕES

A análise qualitativa nos permitiu apreender os sentidos atribuídos por gestores de unidades de saúde com relação à integralidade, saúde e cuidado. Esses significados não seriam descobertos mecanicamente, como é feito através das frequências e porcentagens da análise quantitativa. Os relatos demonstram ainda que persiste a reprodução de ações e práticas centradas no modelo biomédico, ainda que os gestores reconheçam suas limitações. São fatores como esses que dificultam a implementação e expansão de novos modelos de cuidado, como as PIC. Assim, a priorização da mesma lógica de oferta de serviços, baseadas no persistente modelo tecno-assistencial, enraizados nas concepções da medicina alopática, evidencia uma práxis fragmentada e desarticulada na Atenção Primária à Saúde.

Depreende-se que as PIC seriam melhor compreendidas se os gestores de unidades básicas de saúde tivessem uma formação sanitária, com enfoque na Educação Permanente, na legislação do SUS, contribuindo na efetivação do processo de trabalho da equipe, com prioridade para as necessidades de saúde da população.

Entretanto, a realidade vivenciada por esses gestores demonstra que a dificuldade de conciliar processo de cuidado e gerenciamento, a falta de capacitação para o gerenciamento, bem como a falta de autonomia e a burocracia, constituem-se em desafios que precisam ser pensados e solucionados, uma vez que esses atores são peças fundamentais para a organização do serviço de saúde. Aponta-se, que a metodologia qualitativa foi importante para alcançar os resultados apresentados, posto que permitiu um debruçar sobre o contexto dos serviços da Atenção Primária à Saúde, de forma dinâmica, interativa e interpretativa. Como limitação deste estudo, aponta-se falhas na fonte de dados CNES, uma vez que não apresenta os mesmos números de oferta de PIC que os registros dos serviços de saúde correspondente. Uma tentativa de reparar tal fato seria a atualização do sistema quanto aos registros da oferta das PIC.

6. REFERÊNCIAS

- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. Tradução: Luís Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70.
- Barros, N. F., Spadacio, C., & Costa, M. V. (2018). Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. *Saúde em Debate*, 42(spe1), 163-173. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s111>
- Brasil. (1986). *Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 11 mar. 2020.
- Brasil. (2006). Ministério da Saúde. Portaria n. 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html. Acesso em: 11 mar. 2020.
- Brasil. (2015). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso*. 2 ed. Brasília.
- Brasil. (2017). Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 11 mar. 2020.
- Brasil. (2018). Ministério da Saúde. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional. *Diário Oficial da União*.
- Buss, P. M., & Carvalho, A. I. (2009). Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(6), 2305-2316. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000600039>
- Camut, Leonardo. (2017). Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, 41(115), 1177-1186. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711515>.
- Czeresnia, D., & De Freitas, C. M. (2016). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

- Da Silva Sanches, F., De Matos, G. C., & Azeredo, T. B. (2018). Oferta de práticas integrativas e complementares nas unidades públicas de saúde do município do Rio de Janeiro (2005-2016). *VITTALLE-Revista de Ciências da Saúde*, 30(1), 84-97. <https://doi.org/10.14295/vittalle.v30i1.7521>
- Fausto, M. C. R., Rizzoto, M. L. F., Giovanella, L., Seidl, H., Bousquat, A., Almeida, P. F., & Tomasi, E. (2018). O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, 42(spe1), 12-14. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s101>.
- Mozzato, A. R., Grzybovski, D., Teixeira, A. N. (2016). Análise qualitativa nos estudos organizacionais: vantagens no uso do software NVIVO. *Revista Alcance*, 23(4), 578-587. [http://dx.doi.org/10.14210/alcance.v23n4\(Out-Dez\).p578-587](http://dx.doi.org/10.14210/alcance.v23n4(Out-Dez).p578-587)
- Oliveira, M. A. C., Pereira, I. C. (2013). Primary health care essential attributes and the family health strategy. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(SPE), 158-164. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>.
- Organização Mundial de Saúde. (2002). Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Recuperado de <https://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s2299s/s2299s.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2020.
- Organização Mundial de Saúde. (1978). Promoción y desarrollo de la medicina tradicional. Recuperado de <https://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21404es/s21404es.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2020.
- Pagliosa, F. L., & Da Ros, M. A. (2008). O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32(4), 492-499. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000400>.
- Pinto, H. A. (2014). Múltiplos olhares sobre e a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Rios, E. R. G., Franchi, K. M. B., Silva, R. M., Amorim, R. F., & Costa, N. C. (2007). Senso comum, ciência e filosofia: elo dos saberes necessários à promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2), 501-509. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200026>
- Rodrigues, M., & Peixoto Júnior, C. A. (2014). Reflexões sobre conceitos afirmativos de saúde e doença nas teorias de Georges Canguilhem e Donald Winnicott. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24, 291-310. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000100016>.
- Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17, 29-41. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>.
- Serrão, D. Procurar a sabedoria, partilhar o conhecimento. Porto: Cofanor, 2010.
- Silva, M. V. S. D., Miranda, G. B. N., & Andrade, M. A. D. (2017). Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 21, 589-599. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0420>.
- Taquette, S. R., & Minayo, M. C. (2016). Análise de estudos qualitativos conduzidos por médicos publicados em periódicos científicos brasileiros entre 2004 e 2013. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 26, 417-434. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000200005>.
- Telesi Júnior, E. (2016). Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. *Estudos Avançados*, 30(86), 99-112. <https://doi.org/10.1590/S0103-40142016.00100007>.
- Tesser, C. D. (2018). Práticas integrativas e complementares e racionalidades médicas no SUS e na atenção primária à saúde: possibilidades estratégicas de expansão. *Journal of Management & Primary Health Care*, 8(2), 216-232. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v8i2.528>.
- Viegas, S. M. F., & Penna, C. M. M. (2013). A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. *Escola Anna Nery*, 17(1), 133-141. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452013000100019>.

CONDIÇÕES DE SAÚDE DO CUIDADOR FAMILIAR DO IDOSO DEPENDENTE

Raimunda Magalhães da Silva¹, Antonia Rozângela Souza de Oliveira², Luiza Jane Eyre de Souza Vieira¹, Christina César Praça Brasil¹ e Maria Helena de Agrela Gonçalves Jardim³

^{1e2}Universidade de Fortaleza, Fortaleza, Ceará, Brasil. rmsilva@unifor.br, janeeyre@unifor.br
cpraca@unifor.br, lgrozangela@gmail.com

³Universidade da Madeira – Portugal. hjardim@uma.pt

Resumo. A vivência do cuidador familiar do idoso dependente leva a importantes reflexões sobre as estratégias para o cuidado da sua saúde. Objetivou-se identificar os aspectos relacionados a condição de saúde do cuidador familiar de idosos dependentes no domicílio e as implicações para o autocuidado. Realizou-se um estudo descritivo, qualitativo, nos domicílios de 10 cuidadores de idosos, em Fortaleza, Ceará, Brasil, de junho a agosto de 2019. As entrevistas foram gravadas, transcritas e organizadas, a partir da análise de conteúdo na modalidade temática. Os 10 cuidadores eram filhos e esposa dos idosos, sendo nove do sexo feminino, com idades de 35 a 72 anos. Dentre os participantes, quatro eram da cidade de Fortaleza e seis de outras cidades do estado do Ceará. As condições de saúde do cuidador apresentam limitações e a protelação do autocuidado é frequente em todos, visto que a dependência do idoso dificulta que o cuidador acompanhe regularmente a sua própria saúde. Ao final, verificou-se que a sobrecarga de trabalho, a idade avançada do cuidador e a falta de apoio físico e afetivo podem ser as principais causas de problemas nas condições de saúde do cuidador.

Palavras-chave: Condições de Saúde; Cuidadores; Idoso Dependente; Autocuidado.

HEALTH CONDITIONS OF THE FAMILY CAREGIVER OF THE DEPENDENT ELDERLY

Abstract. The experience of the family caregiver of the dependent elderly person leads to important reflections on the strategies for their own health care. The objective was to identify the aspects related to the health conditions of the family caregiver of dependent elderly people at home and the implications for self care. A descriptive, qualitative study was carried out in the homes of 10 elderly's caregivers, in Fortaleza, Ceará, Brazil, from June to August 2019. The interviews were recorded, transcribed and organized, based on content analysis in the thematic modality. The 10 caregivers were sons, daughters and wife of the elderly, nine of whom were female, aged from 35 to 72 years old. Among the participants, four were from Fortaleza and six from other cities in the state of Ceará. The health conditions of the caregiver have limitations and the delay in self care is common in all, since the dependence of the elderly makes it difficult for the caregiver to regularly monitor his(her) own health. It was concluded that the work overload, the caregiver's advanced age and the lack of physical and emotional support can be the main causes of problems in the caregiver's health conditions.

Keywords: Health Status; Caregivers; Frail Elderly; Self Care.

1. INTRODUÇÃO

O Brasil registra cerca de 29.374 milhões de idosos, correspondendo a 14,3% da população do país. Muitos desses idosos dependem de cuidados especiais e demandam um número ascendente de cuidadores (Brasil, 2019). É consenso que a transição demográfica e o consequente aumento da expectativa de vida da população ampliam o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis, de déficit cognitivo e da incapacidade

funcional, que favorecem a dependência de cuidados domiciliares, e maior atenção dos familiares com os idosos dependentes (Couto, Castro, & Caldas, 2018).

Sabe-se que os diversos rearranjos, estruturas e dinâmicas das famílias potencializam o desafio da oferta de um cuidado integral e ininterrupto. Cuidado este, muitas vezes, imerso em tensões intergeracionais, pois cuidar de uma pessoa idosa dependente exige das famílias a aquisição de conhecimentos e condutas no desempenho desta função. Estudiosos asseveram que o cuidador deve receber orientações de como proceder durante os cuidados e o suporte em domicílio, por meio de visitas periódicas de equipe multiprofissional para orientar os procedimentos assistenciais (S. V. C. Areosa, Henz, Lawisch, & R. C. Areosa, 2014).

O cuidado torna-se mais complexo, na medida em que a incapacidade funcional do idoso progride e a necessidade de um cuidador é real, ficando, na maioria das vezes, ao encargo da família assumir os múltiplos papéis no desempenho desse cuidado. Essa responsabilidade, frequentemente, é realizada por único familiar, tornando a tarefa exaustiva e estressante (Anjos, Boery, & Pereira, 2014).

O processo de cuidar de um idoso em contexto domiciliar pode impactar o dia a dia do cuidador familiar, levando a dificuldades de ordem emocional, física, econômica e social, com consequente risco à sua saúde e bem-estar (T. S. O. Sampaio, L. S. Sampaio, & Vilela, 2019).

Entende-se que a relação afetiva que antes era de reciprocidade, passa a ser uma relação de dependência, na qual o cuidador familiar desenvolve atividades relacionadas ao bem-estar físico e psicossocial do idoso. Nesse contexto, o cuidador absorve várias atividades, havendo a sobreposição de responsabilidades, que incorrem na restrição de cuidados com a própria vida em várias dimensões (Anjos et al., 2014), o que leva a prejuízos importantes no autocuidado. Compreende-se como autocuidado o ato da pessoa cuidar de si e desenvolver ações de proteção e promoção da saúde, prevenção de riscos e tratamento adequado e precoce (McEwen & Wills, 2016). Esta definição permite a elaboração de padrões ou metas a serem seguidos em prol da continuidade do bem-estar permanente dos cuidadores de idosos dependentes.

Alinhado a esse desafio inscrito em âmbito global, o presente trabalho discorre sobre a vivência dos cuidadores familiares de idosos dependentes, com ênfase no contexto em que

estão inseridos, destacando as estratégias utilizadas para o cuidado da própria saúde. Para tanto, questionou-se: como esses cuidadores percebem a sua saúde e praticam o autocuidado.

Acredita-se que este estudo contribui para ampliar o conhecimento sobre o tema, subsidiar novas pesquisas e instigar a elaboração e/ou a reorientação de políticas públicas de apoio social para a oferta do cuidado ao idoso e ao cuidador familiar. Nessa lógica, objetivou-se identificar os aspectos relacionados a condição de saúde do cuidador familiar de idosos dependentes no domicílio e as implicações para o autocuidado.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório e descritivo que possibilitou uma maior aproximação com o cotidiano das pessoas, das suas experiências, vivências e expressões subjetivas, considerando as singularidades contextuais (Minayo, 2014). Desse modo, essa abordagem compreende as ações dos participantes como artifícios culturais que exercitam o agir, o refletir e reprogramar, ou transformar o significado que são atribuídos à vida no âmbito social, familiar e de relações (Minayo & Costa, 2019).

Considerando as ações para a saúde, optou-se por usar os conceitos da teoria do déficit do autocuidado de Orem, especificando prioritariamente o sistema educativo de apoio. Uma das premissas do autocuidado é a crença de que as pessoas se engajam em comunicação e intercâmbios contínuos entre eles mesmos e seus ambientes para permanecerem saudáveis. O autocuidado aponta que a realização de ações pela pessoa ou para ela mesma demonstra o interesse em controlar fatores humanos ou ambientais que afetam o funcionamento e o desenvolvimento pessoal (McEwen & Wills, 2016).

O processo educativo para o autocuidado poderá ser uma ferramenta para a manutenção da saúde e para o controle de agravos na vida dos cuidadores de pessoas idosas e com a diminuição da capacidade de mobilidade física e cognitiva. Esse sistema possibilita que o cuidador possa realizar ações para prevenção de doenças, identificar possíveis problemas com o seu corpo, e desenvolver mecanismo para promover autonomia do cuidado de si.

O município de Fortaleza/Ceará/Brasil tem sete Secretarias Executivas Regionais (SER I, II, III, IV, V, VI e mais a Regional do Centro/Sercefor). A pesquisa foi realizada na SER VI, área urbana que contém maior abrangência populacional e apresenta número elevado de

idosos que vivem no domicílio em situação de dependência total do cuidador familiar. Os cuidadores familiares foram selecionados seguindo os critérios de inclusão: idade superior a 18 anos, residente habitual no domicílio, assistência regular ao idoso dependente. Excluíram-se familiares que assistiam o idoso de maneira esporádica, cuidadores contratados e aqueles que estavam ausentes no momento da entrevista.

A coleta de dados ocorreu de junho a agosto de 2019, por meio de entrevista semiestruturada, a qual abordava os seguintes aspectos: variáveis sociodemográficas, história de vida do familiar do idoso; principais problemas vivenciados; relacionamento do cuidador com os outros familiares; dificuldades enfrentado pela família; mecanismos de suporte disponíveis; significados de ter uma pessoa na família com dependência econômica e social; demandas do cuidador familiar aos serviços sociais, de saúde e de direitos; situações de violência na relação com o idoso e com a família; e sugestões do cuidador para que a pessoa idosa tenha o conforto e o tratamento de que precisa.

As entrevistas foram realizadas individualmente, no domicílio, mas em espaço reservado para garantir a liberdade de fala dos entrevistados. Todas as falas foram gravadas com auxílio de um gravador, mediante a autorização prévia do cuidador assim como a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Posteriormente, cada entrevista foi transcrita na íntegra e organizada conforme a análise de conteúdo temática de Bardin (2018) e Minayo (2014). Nesta análise considerou-se as fases da pré-análise, exploração do material, tratamento e interpretação dos resultados. Iniciou-se com a leitura exaustiva a fim de compreender o conjunto de dados e organizá-los conforme as convergências e articular com o objeto de estudo. Na exploração do material fez-se a distribuição das falas que correspondiam aos dados sobre as características dos cuidadores e a protelação para o autocuidado. Na interpretação buscou-se uma síntese dialogando com o objeto de estudo, objetivo e a literatura a fim de ampliar o conhecimento na temática.

As entrevistas foram encerradas com a repetição das informações coletadas com os dez cuidadores familiares. Os participantes foram identificados pela letra “C” seguida do número da entrevista de (1 a 10) para preservar o anonimato. O estudo foi desenvolvido com base nos princípios legais e éticos adotados nas investigações que envolvem seres humanos, como preconiza a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil,

2012); tendo sido Foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade de Fortaleza, sob o parecer n. 1.326.631.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresentam-se resultados que evidenciam a caracterização socioeconômica dos participantes, as condições de saúde do cuidador familiar e as estratégias usadas para a prevenção de riscos e manutenção da saúde, aspectos estes que são permeados pela protelação do autocuidado.

3.1 Caracterização sociodemográfica dos cuidadores

A pesquisa envolveu nove cuidadores familiares do sexo feminino e um do sexo masculino, com idades de 37 a 72 anos. Esses dados corroboram a literatura que confere à mulher, prioritariamente, o cuidado familiar, neste caso específico, do idoso dependente, reforçando as assimetrias de gênero legitimadas, cultural e socialmente, que atribuem à mulher a característica de adaptar-se às exigências dos familiares (Cesário, Leal, Marques, & Claudino, 2017).

Diante da faixa etária dos participantes, evidencia-se que o cuidador familiar pode ser um adulto, uma pessoa de meia idade ou mesmo um idoso, podendo este ser acometido de patologias associadas ou crônicas que, em algumas situações, interferem na oferta de um cuidado qualificado e seguro ao idoso assistido. Essas situações fragilizam o binômio cuidador-idoso, como sinalizam Miranda et al. (2015).

Em relação à naturalidade, observou-se que a maioria dos cuidadores (6) era oriunda de cidades limítrofes do estado do Ceará, enquanto os demais (4), eram naturais do município de Fortaleza, todos residindo também em Fortaleza.

No que se refere ao grau de parentesco com a pessoa cuidada, identificaram-se nove filhos e um cônjuge. Não é incomum, que o filho se torne automaticamente responsável pelos cuidados de seus pais idosos; o que é assumido pelo cônjuge, na impossibilidade de os filhos realizarem essa missão (Linhares & Viana, 2015). No entanto, essas responsabilidades não são lineares e nem asseguram que sejam isentas de conflitos, ausências, agressões e inquietações, que também fragilizam o cuidado ao idoso dependente e potencializam o nível de insatisfação e desesperança do cuidador (a) (Lacerda, Lacerda, Alves, Lemos, & Albuquerque, 2019).

Quanto ao tempo de trabalho como cuidador de idoso, o período oscilou de um a 15 anos. O período de permanência e o tempo dedicado ao cuidado da pessoa idosa dependente influenciam significativamente na qualidade da assistência e gera sobrecarga para o cuidador. Isso pode estar relacionada à escassez de auxílio por parte de outros membros da família, implicando em dedicação e tempo integral do cuidador (Aires et al., 2020).

No que diz respeito ao responsável pelos proventos do idoso, três relataram ser o próprio idoso, cinco eram os filhos, uma a esposa e outro não tinha fonte de renda. Ao assumir a responsabilidade de cuidar do idoso, em algumas situações, automaticamente o cuidador familiar passa também a administrar a parte financeira desta pessoa. Isto, muitas vezes, gera conflitos familiares, devido a desconfiança e a possíveis abusos financeiros realizados pelo cuidador, ou mesmo com gastos relacionados à rotina do cuidado. A violência financeira contra pessoas idosas consiste no uso inapropriado ou ilegal dos seus recursos financeiros ou de seu patrimônio sem a autorização delas, situação comum no âmbito familiar (Henkes & Areosa, 2019).

3.2 Saúde e proteção do autocuidado pelo cuidador

Os dados demonstraram que os cuidadores familiares, por vezes, negligenciam sua saúde em função da saúde do outro. Ainda que busquem atendimento preventivo, com visitas ao médico e a realização de exames, o ciclo não se completa, pois há pendências na busca pelos resultados. Em outras situações, o autocuidado depara-se com barreiras econômicas, com dificuldades na gestão do tempo, na consecução desse olhar para si e fazer valer mudanças no estilo de vida, necessárias à manutenção da saúde em condições crônicas.

[...] fiz uma mamografia para prevenção tem dois meses... Para eu buscar o resultado, eu vou protelando! Para mim sempre vai ficando [para depois]... (C1).

Eu tenho que fazer um check-up do coração, nunca mais eu fiz. [...] veias, varizes, “está” doendo, tem que ir ao médico, eu quero cuidar de mim, mas como vou cuidar, se eu não posso pagar uma pessoa pra ficar com ele [referindo-se ao idoso dependente]? (C6).

Me cuido na medida do possível, eu tenho Diabetes. Mas não faço a caminhada que o médico disse para fazer, mas aí nesse tipo de cuidado eu não tenho como fazer... (C5).

Nas verbalizações dos cuidadores, observa-se o adiamento em relação ao autocuidado. Essas pessoas vão postergando o cuidado por dedicarem a maior parte do seu tempo, ou mesmo das suas vidas, aos seus familiares idosos dependentes. Entende-se que isso

ocorre devido à capacidade limitada do idoso de desempenhar as atividades básicas da vida diária, exigindo com mais intensidade a atenção e a ação de seus cuidadores.

O cuidador familiar, quando assume a responsabilidade no domicílio pelos cuidados de saúde do seu ente querido, raramente recebe formação ou capacitação para o desempenho desta nova tarefa. Ao lidar com esta realidade, na maioria das vezes, não se sente seguro e preparado para a execução das atividades que envolvem os cuidados no domicílio. Dessa forma, a manifestação de sintomas de sobrecarga passa ser explícita, o que poderá impactar a qualidade do cuidado que irá prestar ao idoso, bem como prejudicar a sua saúde ao longo do tempo (Castro & Souza, 2016).

Percebeu-se que, em algumas situações, o cuidado é realizado por um único membro da família, sobrecarregando-o e comprometendo as suas condições de saúde física e mental. Nesse contexto, cabe ressaltar que a necessidade de um membro familiar participar do processo de cuidado de um idoso decorre mais de uma imposição circunstancial do que de uma escolha pessoal (Loureiro, Fernandes, Nóbrega, & Rodrigues, 2014).

Diante dessas situações, verifica-se a necessidade de conhecer a qualidade de vida (QV) dos cuidadores familiares e seus fatores determinantes, para o planejamento de ações de saúde que possam minimizar os efeitos negativos da sobrecarga causada pelo cuidado. Tais ações podem trazer melhorias à qualidade do cuidado dispensado ao idoso e contribuir com a proteção da saúde do cuidador (Rodrigues, Machado, Vieira, Fernandes & Rebouças, 2014).

Nos depoimentos seguintes, os cuidadores relatam serem portadores de alguma doença crônica e necessitarem de assistência. Além disso, percebe-se a preocupação com relação ao cuidado ofertado aos idosos, em situações que o cuidador familiar precise se ausentar, seja por um processo de saúde ou de outra natureza. Isso gera sentimentos de angústia, aflição e interfere no autocuidado. Os conflitos familiares vivenciados no contexto do cuidado ao idoso também são aspectos referidos pelos participantes, o que torna a rotina diária mais densa, levando, cada vez mais, o cuidador a restringir o cuidar de si.

[...] o cardiologista passou uma tomografia, eletro, exame de tireoide, eu já fiz, são coisas que eu já estou sentindo. Se tiver que enfrentar uma cirurgia, não sei como vai ficar. Isso me perturba às vezes... (C3).

[...] Vou no médico de vez enquanto... [...] o médico disse que eu tinha que fazer alguma atividade física. Estava me sentindo bem melhor, mas, agora, enquadrar nessa rotina de novo eu acho que vai demorar. (C 10)

A idade dos cuidadores é outra variável relevante, uma vez que, frequentemente, o cuidador pertence à mesma geração das pessoas cuidadas. São idosos com melhores condições de saúde cuidando de idosos dependentes. Nesse cenário, os cuidadores estão suscetíveis aos impactos negativos do cuidado, uma vez que, comumente, apresentam condições de vida semelhante ao idoso cuidado, além de também vivenciarem as mudanças relacionadas ao próprio envelhecimento (Hedler, Faleiros, Santos, & Almeida, 2016).

Determinadas situações que comprometem a saúde do cuidador podem interferir na qualidade do cuidado prestado ao idoso dependente. Os cuidadores de idosos são chamados de “vítimas ocultas”, visto que, em várias situações, além de conviverem com o isolamento, a solidão, a sobrecarga de atividades, as responsabilidades de cuidar e as dificuldades financeiras, ainda lidam com o seu processo de envelhecimento (Anjos et al., 2015).

Percebeu-se que a contribuição de outros membros da família, incluindo os apoios físico, emocional e financeiro por parte de pessoas significativas da família, também se constitui em um estímulo positivo e relevante no contexto de autocuidado do cuidador (Costa, Castro, & Acioli, 2015).

É possível identificar no depoimento de C9 (cuidadora nove) que os laços de afeto pela mãe fazem com que se limite a cuidar de si, colocando a sua própria saúde em risco. Como maneira de aliviar o contexto de vida utiliza-se de mecanismos que facilitem o convívio familiar e torne o ambiente tranquilo, minimizando os traumas ocasionados por uma rotina desgastante.

[...] eu quero mais é que minha mãe dure anos e anos, por mais que eu tenha que me debilitar, ficar cada vez mais restrita. Tento não me abalar, eu tento conversar, eu tento manter a paz, porque existe o estresse, existe o cansaço, mas a gente tenta manter. (C9)

Uma cuidadora (C2) refere a adição ao álcool pelo companheiro como sendo um fator que prejudica a sua saúde, levando a glicemia a descompensar nas situações de raiva e estresse. Além de realizar o cuidado ao idoso dependente, existem ainda os conflitos familiares para lidar.

[...] essa bebida do meu marido [referindo-se ao problema]... Porque eu me aborreço, sinto raiva e minha diabetes só avança. Porque não me alimento com doces, com gordura, eu procuro fazer o melhor possível. (C2)

Essas estratégias de enfrentamento ou *coping* são estratégias utilizadas por pessoas para reduzirem o efeito dos eventos estressantes. Isso pode ocorrer como opção de resolução ou manejo do problema, no intuito de aliviar a tensão provocada pelo estresse no ato de cuidar e controlar as reações emocionais e comportamentais (Marigliano, Silva, Miranda, Rodrigues, & Gil, 2015).

O adoecimento desses familiares cuidadores pode estar relacionado à intensa convivência com a pessoa idosa, a qual é permeada de situações desgastantes, pois o cuidador tem seu modo de vida desestruturado, visto que apresenta conflitos familiares mais intensos que as pessoas que não exercem essa função (Cesário et al., 2017). Isto mostra a necessidade de programas de suporte formal que devem ser incentivados para promover o equilíbrio familiar, favorecer a redução de conflitos e fornecer aos cuidadores familiares uma referência profissional para orientá-los, capacitá-los e favorecê-los na conciliação do autocuidado com os cuidados ao familiar dependente (Costa et al., 2015).

É possível observar que os aspectos psicológicos dos cuidadores estão afetados, no que se referem à autoestima. Quando questionadas se os mesmos têm tempo para sair, se cuidar ou praticar algo que as faça se sentir bem, estas demonstram tristeza ao tocar no assunto, trazendo em seus relatos palavras de baixa autoestima como podemos constatar nas falas anteriores.

[...] eu nem doente eu posso ficar, eu estou praticamente esquecido, comigo mesmo, porque não tenho tempo nem de ficar doente e sair daqui. (C7)

Não está dando tempo. [...] Acho que está baixa a autoestima... [...] o sorriso, a alegria. Eu tenho a impressão de que posso até estar entrando em um quadro depressivo. (C8)

[...] eu sou muito chorona, se eu for falar de filho, de família, se tiver alguma coisa aí, filho se estiver passando por alguma coisa, aí quando eu vou comentar, já começo a chorar... (C4)

Nota-se que o cuidador sofre uma elevada tensão na sua função, devido a constante alternância de sentimentos, como: tristeza, solidão, falta de apoio tecnológico, emocional, físico, social e, algumas vezes, incapacidade de cumprir as suas obrigações e falta de preparo em assistir ao idoso (Marigliano et al., 2015).

Ressalta-se a relevância dos cuidadores receberem apoio psicológico para aliviar o estado emocional. O ato de cuidar de idosos acometidos por doenças crônicas pode ocasionar sobrecarga, bem como situações de estresse que poderão causar transtornos para o cuidador, o idoso e seus familiares (Anjos et al., 2015).

O impacto das situações desgastantes sobre a vida dos cuidadores poderia ser minimizado mediante uma melhor distribuição de tarefas entre os familiares do idoso dependente. Dessa forma, evitar-se-ia a concentração de responsabilidades para um único familiar. A literatura mostra que a orientação e o apoio de uma equipe profissional no redimensionamento do tempo do cuidado e na assistência pode também promover ao cuidador disponibilidade para realizar o autocuidado (Cesário et al., 2017).

Observa-se que os cuidadores não conseguem executar com qualidade os requisitos universais de autocuidado por deixarem essas atividades em segundo lugar em suas vidas, tendo como prioridade o cuidado do outro. Essas modificações no cotidiano do cuidador ocasionam influências para a sua saúde, pois as rotinas não são mais as mesmas quando se tem alguém que precisa do seu cuidado (Nicolato, Santos, & Castro, 2017).

Entende-se como autocuidado a função humana reguladora que as pessoas realizam deliberadamente por si próprias ou que alguém a execute por eles para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar. Assim, é fundamental que exista equilíbrio entre o excesso e a carência de cuidado para que a pessoa seja capaz de se autocuidar (Queiróz, Vidinha, & Almeida Filho, 2014).

Portanto, devido a demanda dos cuidadores em executarem atividades diárias de cuidado ao idoso dependente, estes devem ser incluídos no sistema de apoio-educação. Este sistema permite ao cuidador desenvolver, juntamente com o enfermeiro e/ou outros profissionais da saúde, um plano de cuidados integral e individualizado, para que possam adquirir habilidades e conhecimentos que os auxiliem a realizar o próprio autocuidado, ao mesmo tempo em que cuidam de um membro familiar dependente (Nicolato et al., 2017).

Melhorar as condições de vida e saúde do cuidador, nessa perspectiva, implica dotá-lo de conhecimentos que para sejam capazes de reconhecer em si próprios as suas capacidades físicas e emocionais, no sentido de terem um maior suporte para lidarem com essa nova realidade. Compreende-se que desta forma o cuidador conseguirá realizar suas atividades com segurança e garantir a sua integridade física e psicológica, além de ofertar um serviço com melhor qualidade o idoso assistido (Castro & Souza, 2016).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, pesquisa qualitativa favoreceu a escuta do cuidador sobre a dependência do idoso e as angústias causadas pela ausência de outras pessoas com quem possa compartilhar as atribuições do dia-a-dia relacionadas ao cuidado do idoso dependente. A interpretação qualitativa facilitou o entendimento da abordagem teórica do autocuidado e sua aplicação no contexto de vida e nas ações direcionadas para a preservação da saúde do cuidador. As percepções dos cuidadores evidenciaram, que a dedicação quase que exclusiva do familiar ao idoso, originam uma sobrecarga de trabalho que levam ao comprometimento das condições de saúde, do autocuidado e restringe o tempo para ações de boas práticas de saúde, podendo prejudicar a saúde física e mental dessas pessoas.

Os resultados ampararam a subjetividade dos sentimentos dos participantes e nos conduziu ao aprofundamento das percepções e visões sobre o cuidado de si. Esses fatores podem subsidiar a criação e a implementação de ações de prevenção dos agravos à saúde e a ressignificação de procedimentos que contribuam com melhorias para a qualidade na vida dos cuidadores familiares de idosos dependentes. Os cuidadores geralmente são pessoas com idade de risco para problemas de saúde e que precisam de assistência para a promoção e a manutenção da saúde.

5. REFERÊNCIAS

- Aires M., Fuhrmann, A. C., Mocellin, D., Pizzol, F. L. F. D., Sponchiado, L. F., Marchezan, C. R., Bierhals, C. C. B. K., Day, C. B., Santos, N. O., & Paskulin, L. M. G. (2020). Sobrecarga de cuidadores informais de idosos dependentes na comunidade em municípios de pequeno porte. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 41(1), 1-18.
- Anjos, K. F., Boery, R. N. S. O., & Pereira, R. (2014). Qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes no domicílio. *Texto Contexto Enfermagem*, 23(3), 600-608.
- Anjos, K. F., Boery, R. N. S. O., Pereira, R., Pedreira, L. C., Vilela, A. B. A., Santos, V. C., & Rosa, D. O. S. (2015). Associação entre apoio social e qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(5), 1321-1330.
- Areosa, S. V. C., Henz, L. F., Lawisch, D., & Areosa, R. C. (2014). Cuidar de si e do outro: estudo sobre os cuidadores de idosos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(2), 482-494.
- Bardin, L. (2018). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2019). *Saúde da pessoa idosa: prevenção e promoção à saúde integral*. Recuperado de: <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-da-pessoa-idosa>
- Castro, L.M., & Souza, D. N. (2016). Programa de intervenção psicossocial aos cuidadores informais familiares: o cuidar e o autocuidado. *Revista-Journal Interações*, 12(42), 151-162.

- Cesário, V. A. C., Leal, M. C. C., Marques, A. P. O., & Claudino, K. A. (2017). Estresse e qualidade de vida do cuidador familiar de idoso portador da doença de Alzheimer. *Saúde debate*, 41(112), 171-182.
- Costa, S. R. D., Castro, E. A. B., & Acioli, S. (2015). Apoio de enfermagem ao autocuidado do cuidador familiar. *Revista Enfermagem UERJ*, 23(2), 197-202.
- Couto, A. M., Caldas, C. P., Castro, E. A. B. (2018). Cuidador familiar de idosos e o Cuidado Cultural na assistência de Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(3), 959-966.
- Hedler, H. C., Faleiros, V. P., Santos, M. J. S., & Almeida, M. A. A. (2016). Representação social do cuidado e do cuidador familiar do idoso. *Revista Katálisis*, 19(1), 143-153.
- Henkes, R., & Areosa, S. V. C. (2019). Sentidos e Significados da Vida Institucionalizada na Visão de Idosos. *Revista Universo Psi*, 1(1), 60-80.
- Lacerda, M. G. G., Lacerda, G. M., Alves, D. A., Lemos, I. C. S., & Albuquerque, G. A. (2019). Aspectos envolvidos na assistência prestada ao idoso dependente: percepções dos cuidadores informais. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, 13(15), 35-49.
- Linhares, B. N., & Vianna, L. G. (2015). Fardo do cuidador familiar de idoso com demência de Alzheimer: consequências em sua vida conjugal. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília*, 4(2), 157-65.
- Loureiro, L. S. N., Fernandes, M. G. M., Nóbrega, M. M. L., & Rodrigues, R. A. P. (2014). Sobrecarga em cuidadores familiares de idosos: associação com características do idoso e demanda de cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(2), 227-232.
- Marigliano, R. X., Silva, J. F., Miranda, M. L. J., Rodrigues, G. M., & Gil, C. A. (2015). Estratégias de autocuidado usadas por cuidadores de idosos: análise de produção científica. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 23(2), 37-45.
- McEwen, M., & Wills, E.M. (2016). *Bases Teóricas de Enfermagem*. Porto Alegre, Artmed.
- Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Minayo, M. C. S., & Costa, A. P. (2019). *Técnicos que fazem uso da palavra, do olhar e da empatia: Pesquisa Qualitativa em Ação*. Aveiro-Portugal. Ludomedia.
- Miranda, A. C. C., Sérgio, S. R., Fonseca, G. N. S., Coelho, S. M. C., Joyce, S. R., Cardoso, C. L., & Cassiano, J. G. (2015). Avaliação da presença de cuidador familiar de idosos com déficits cognitivo e funcional residentes em Belo Horizonte-MG. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18(1), 141-150.
- Nicolato, F.V., Santos, C. M., & Castro, E. A. B. (2017). Autocuidado e vivências do envelhecer de cuidadores familiares de idosos: contribuições para enfermagem gerontológica. *Tempus, Actas de saúde coletiva*, 11(1), 169-186.
- Queiróz, P. J. P., Vidinha, T. S. S., & Almeida, A. J. Filho. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(3), 157-164.
- Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Recuperado de: <http://conselho.saude.gov.br/resoluções/2012/Reso466.pdf>
- Rodrigues, J. E. G., Machado, A. L. G., Vieira, N. F. C., Fernandes, A. F. C., & Rebouças, C. B. A. (2014). Qualidade de vida e sobrecarga de cuidadores familiares de idosos dependentes. *Ciencia y Enfermeria*, 20(3), 119-129.
- Sampaio, T. S. O., Sampaio, L.S., & Vilela, A. B. A. (2019). Conteúdos e estrutura representacional sobre família para idosos em coresidência. *Ciência & saúde coletiva*, 24(4), 1309-1316.

A INFLUÊNCIA DA TECNOLOGIA NO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA PRÉ-ESCOLAR E ESCOLAR

Thaís Aluane Silva Santos¹, Kátia Terezinha Alves Rezende², Ione Ferreira Santos² e
Sílvia Franco da Rocha Tonhom²

^{1,2}Faculdade de Medicina de Marília (Famema), São Paulo, Brasil. thaís_aluane@hotmail.com

²katia@famema.br; ionefs13@gmail.com; siltonhom@gmail.com

Resumo: O objetivo geral dessa investigação é o de analisar o uso das tecnologias e seu impacto no desenvolvimento da criança e os específicos, identificar quais são os meios utilizados pelas crianças; identificar a intensidade do uso das tecnologias mais comuns; analisar como os responsáveis acompanham o uso; identificar os benefícios e os malefícios que as tecnologias trazem para a vida das crianças. O estudo foi realizado nas Unidades Básicas de Saúde de um município do interior paulista, onde entrevista-se o responsável que acompanhava a criança. Opta-se pela análise de conteúdo, modalidade temática. O estudo explicitou que a televisão e o celular são as tecnologias mais acessadas. A análise dos dados nos permitiu identificar quatro temas: A) O conteúdo assistido no acesso a tecnologia; B) O uso da tecnologia altera comportamento; C) O monitoramento no uso das tecnologias e D) O desenvolvimento da criança e o uso da tecnologia.

Palavras-chave: Crianças; Tecnologias; Telefone Celular; Televisão; Desenvolvimento Infantil.

THE INFLUENCE OF TECHNOLOGY ON PRESCHOOL AND SCHOOL CHILD DEVELOPMENT

Abstract: The general objective of this investigation is to analyze the use of technologies and their impact on the child's development and the specific ones, to identify which are the means used by children; identify the intensity of use of the most common technologies; analyze how those responsible person are monitoring the use; identify the benefits and harms that technologies bring to children's lives. The study was carried out in the Basic Health Units of a city in the interior of the state of São Paulo, where the responsible person for accompanying the child is interviewed. We opted for content analysis, thematic modality. The study made explicit that television and cell phones are the most accessed technologies. Data analysis allowed us to identify four themes: A) The watched content in accessing technology; B) The use of technology changes behavior; C) Monitoring the use of technologies and D) Child development and use of technology.

Keywords: Child; Technology; Television; Cell Phone; Child Development.

1. INTRODUÇÃO

Atualmente as tecnologias (televisão, celular, computadores, tablets, vídeo games etc.) são fundamentais em nossas vidas, em casa, nas escolas, praças e restaurantes. Está cada vez mais comum encontrar pessoas conectadas ao invés de sair, jogar conversa fora. Vemos famílias inteiras com objetos tecnológicos e com o mínimo possível de contato físico social (Pereira & Arrais, 2015).

Segundo Wallbach (2010), a internet não tem censura, não tem limites. As crianças estão dispostas e podem ver cenas de sexo e todas as perversidades inimagináveis apertando apenas um botão e do seu próprio quarto. O mundo virtual proporciona contatos, relacionamentos com diversas pessoas, porém, nesses relacionamentos não há frustração.

Contudo, na vida real, possuem dificuldades de se relacionar com as pessoas que estão a sua volta. Além disso, a criança encontra em um click tudo que a humanidade levou milhares de anos para descobrir.

A tecnologia influencia comportamentos por meio do mundo digital, modificando hábitos que podem causar prejuízos e danos à saúde, como dificuldades de socialização e conexão com outras pessoas e dificuldades escolares; problemas mentais, aumento da ansiedade, violência, *cyberbullying*, transtornos de sono e alimentação, sedentarismo, problemas auditivos, visuais, posturais e lesões de esforço repetitivo (LER); problemas envolvendo a sexualidade; acesso facilitado a pornografia, pedofilia e exploração sexual; compra e uso de drogas; pensamentos ou gestos de auto agressão e suicídio; além das “brincadeiras” ou “desafios” *online* que podem ocasionar consequências graves e até o coma por anóxia cerebral ou morte (Azevedo, 2016).

É reconhecida a importância dos avanços da tecnologia atualmente, entretanto, compreende-se que esta pode tornar-se um sério problema prejudicando o desenvolvimento da criança quando utilizada de forma inadequada. Constata-se que existem poucos estudos a respeito dessa problemática.

Observa-se no cotidiano dos serviços de saúde e da vida que as crianças utilizam de tecnologias de forma abusiva sem o acompanhamento dos pais e responsáveis. Esses oferecem as diferentes mídias com intuito de acalmá-las e de entretê-las para que possam realizar suas atividades. Desta forma, questiona-se: Como as crianças utilizam as tecnologias? Quais são elas? Os responsáveis acompanham esse uso? De que forma? Qual o impacto (benefícios e malefícios) desse uso na vida da criança?

Os objetivos desse trabalho é analisar o uso das tecnologias e seu impacto no desenvolvimento da criança; identificar quais as tecnologias mais comuns utilizadas pelas crianças; identificar a intensidade do uso das tecnologias mais comuns; analisar como os responsáveis acompanham o uso das tecnologias mais comuns e analisar os benefícios e os malefícios que as tecnologias mais comuns trazem para a vida das crianças.

2. METODOLOGIA

Para alcançar os objetivos dessa investigação decidiu-se pela pesquisa de abordagem qualitativa. Para Minayo (2016) a pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos

significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes, portanto, um sentido mais subjetivo e impressionista; produzindo uma compreensão e interpretação sobre o tema.

De acordo com a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que regula a pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, sendo aprovado no dia 04-02-2019, parecer de número 3.130.691.

Os participantes que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O estudo foi realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de um município do interior paulista. Nesse existem 12 UBS distribuídas nas quatro regiões de saúde, norte, sul, leste e oeste. Foi escolhida aleatoriamente uma UBS por região, em que sua área de abrangência possuía um número maior de crianças na faixa etária de dois a deis anos.

Utiliza-se a entrevista semiestruturada, realizada com os responsáveis que acompanhavam as crianças no atendimento realizado nos serviços de saúde, como consulta de pediatria e vacinação. Segundo Minayo (2016), a entrevista semiestruturada se dá por perguntas abertas ou fechadas feitas pelo entrevistador sem se prender ao roteiro previamente estruturado. Sendo assim, o roteiro é apenas um norteador na hora da entrevista.

Dessa forma, emprega-se um instrumento, o qual continha dados de identificação como, nome, idade, sexo, escolaridade, estado civil, ocupação, grau de parentesco, religião do entrevistado e idade, sexo e escolaridade da criança; e questões norteadoras, como, A criança faz uso de tecnologias? Quais são elas? Qual a frequência desse uso? A frequência altera nos finais de semana e nas férias? Como? Você ou alguém da família define período em que as tecnologias serão utilizadas? Se não, porque? Se sim, como? Quais as reações da criança diante dessa definição? Você e ou alguém da família acompanha esse uso? Como? Você acha que o uso dessas tecnologias pode trazer benefícios para o desenvolvimento da criança? Quais são eles? Você acha que o uso dessas tecnologias pode trazer malefícios para o desenvolvimento da criança? Quais são eles? O uso da tecnologia compromete o estudo e o desempenho escolar? Você acha necessário/importante o acompanhamento do uso da tecnologia? Você deseja falar algo mais sobre esse tema?

Inicialmente foram contatados os responsáveis das crianças, na sala de espera, para vacinação ou consulta de pediatria sobre a pesquisa e o interesse em participar.

As entrevistas foram realizadas por uma das pesquisadoras, atingindo uma saturação com 20 entrevistas, sendo que cinco responsáveis tinham duas crianças, totalizando 25 entrevistas. Compreende-se por saturação a repetição, redundância das ideias manifestas pelos pesquisados, não havendo, portanto, necessidade a inclusão de novos participantes (Minayo, 2014).

As entrevistas tiveram uma duração média de 7 minutos e 85 segundos, foram transcritas fidedignamente, e para garantir o sigilo e a identidade dos pais e/ou responsáveis, eles são identificados pela letra E, que se refere a entrevistado e numerados de 1 a 25.

A análise foi realizada a partir da análise de conteúdo na modalidade temática que tem como propósito identificar os núcleos de sentidos da comunicação e que representem algo para o alcance dos objetivos (Minayo, 2016).

Nesse sentido, busca-se a compreensão dos significados no contexto da fala, nega-se e critica-se a análise de frequências das falas e palavras como critério de objetividade e cientificidade e ultrapassa-se o alcance meramente descritivo da mensagem, para atingir, mediante interferência, uma interpretação.

Para tanto, inicialmente foi realizada a leitura exaustiva do material deixando-se impregnar pelo conteúdo, conseguindo-se ter uma visão do conjunto, apreender as particularidades, elaborar pressupostos, escolher a forma de classificação inicial e por fim definir os conceitos teóricos que orientaram a análise. Em seguida, realizou-se a exploração do material distribuindo-se os trechos das entrevistas em uma classificação que contemplou analisar o uso das tecnologias e seu impacto no desenvolvimento da criança. A partir de então, realizou-se uma leitura do conteúdo de cada classe fazendo um diálogo entre as partes do texto de análise. Após identificou-se, por meio de inferência, os núcleos de sentido que reorganizados constituíram quatro temas: o conteúdo assistido no acesso a tecnologia; o uso da tecnologia altera comportamento; o monitoramento no uso da tecnologia; e o desenvolvimento da criança e o uso da tecnologia, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 - Núcleos de sentido articulados aos temas

Núcleos de Sentido	Temas
• Conteúdo assistido de acordo com a idade	Tema1 <i>O conteúdo assistido no acesso a tecnologia</i>
• Conteúdo assistido inapropriado para a idade	
• O uso da tecnologia desencadeia comportamentos assertivos	Tema 2 <i>O uso da tecnologia altera comportamento</i>
• O uso da tecnologia desencadeia comportamentos não assertivos	
• Os pais monitoram o uso de tecnologias	Tema 3 <i>O monitoramento no uso das tecnologias</i>
• Os responsáveis não monitoraram o uso das tecnologias.	
• Potencializando o desenvolvimento da criança devido ao uso da tecnologia	Tema 4 <i>O desenvolvimento da criança e o uso da tecnologia</i>
• Prejudicando o desenvolvimento da criança devido ao uso da tecnologia	

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As tecnologias que as crianças mais acessam são a televisão e o celular, em média, quatro horas por dia. Raramente os entrevistados citaram o uso de tablet e computador, pois esses possuem a mesma finalidade do celular e vídeo game. Como a maioria das crianças estuda durante a semana, tanto em um período (manhã ou tarde) ou integral, elas utilizam mais aos finais de semana e nas férias. Algumas crianças não utilizam nos finais de semana e férias, pois os pais e outros membros da família estão no domicílio e acabam realizando atividades ao ar livre ou dormindo na casa de um amigo ou de parentes; essas utilizam menos as tecnologias.

Santos (2017) traz que a Academia Americana de Pediatria e a Sociedade Canadense de Pediatria recomendaram limites para a exposição das crianças a todo tipo de mídia (televisão, games, internet, smartphones etc.). Para as entidades, o ideal é que apenas depois dos dois anos de idade as crianças comecem a ter contato com esses aparelhos e por tempo limitado. Até os cinco anos, as crianças só deveriam ficar no máximo 1 hora diante das telas. O tempo aumenta para 2 horas para crianças de 6 a 12 anos e para 3 horas a partir dos 13 anos.

Os objetos tecnológicos consomem tempo considerável da rotina de muitas crianças na contemporaneidade.

No entanto, a especificidade do tempo de consumo varia conforme a cultura e as condições de viver a infância, sobretudo em relação ao acesso e pertencimento à cultura digital (Fantin, 2015).

As crianças nascidas nessa cultura tecnológica são chamadas “nativos digitais”, aprendem muito cedo a serem dependentes da tecnologia. Atualmente há a necessidade do domínio das ferramentas tecnológicas, que são cobradas pela escola, mercado de trabalho, na sociedade em geral. Com isso, as crianças são inseridas nesse contexto o quanto antes possível. Elas se sentem atraídas pelos objetos, domina-os naturalmente e dedicam boa parte do seu tempo (Pereira & Arrais, 2015).

A seguir será realizada a apresentação e discussão dos temas identificados.

3.1 O conteúdo assistido no acesso a tecnologia

3.1.1 Conteúdo assistido de acordo com a idade

Os entrevistados especificaram o conteúdo assistido pelas crianças ao acessarem a televisão e o celular. Os desenhos vistos na televisão são de acordo com a faixa etária das crianças e geralmente, possuem classificação livre, como *Peppa Pig*, *Marsha* e o *Urso*, *Patrulha Canina*, entre outros. Como também os filmes *Moana* e *O Rei Leão*, com classificação livre e *Frozen: uma aventura congelante* a partir dos 3 anos; e novelas como *As Aventuras de Poliana* e *Cúmplice de um Resgate*, classificação livre.

“[...] é mais na idade dele mesmo. É desenhinho, é Rei Leão, Patrulha canina, Marsha e o Urso, é mais coisinha da idade mesmo dele, de 4 anos.” (E16).

Em relação ao uso do celular, as crianças procuram se entreter com vídeos no YouTube, esses são educativos, interativos e de músicas infantis; ensinando as crianças sobre o alfabeto, os números e as cores, elas aprender a cantar e, conseqüentemente, enriquecem o vocabulário.

“Celular ela gosta, se deixa ela quer ouvir musiquinha, ver aqueles vídeo interativo, é que tem bastante vídeo para criança” (E18).

Algumas crianças, entre 7 a 10 anos, utilizam o YouTube para acompanhar canais de youtuber/blogueiros, como *Luccas Neto* (entretenimento e educação lúdica- teatro), *Julia Mine Girl*, *Authentic Game* e *2 Marmotas* (game play, jogos diversificados/conteúdos), o conteúdo desses está voltado para crianças dessa faixa etária.

“Ela costuma assistir desenho animado, canais [do YouTube]. Canais interativos, mas é só voltar nesses desenhos e esses canais.” (E19).

Também vêem vídeos sobre trollagem, no qual os entrevistados se preocupam bastante, já que as crianças acabam reproduzindo o que esses vídeos mostram.

“É demais aquilo, aquele negócio de trollagem, ele assisti bastante.” (E11). Como também vídeos sobre aula de balé, para aperfeiçoar a dança. “No celular ela gosta muito de ver [vídeo] as aulas de balé, que ela faz balé [...]” (E24).

O celular também é acessado para realizar pesquisa de escola (crianças na faixa etária de 9 a 10 anos), tirar foto (faixa etária de 2 a 4 anos), mandar áudio para parentes por meio do WhatsApp e jogos como da Barbie, Roblox (jogo online/mundo aberto, multiplataforma, multiverso), Minecraft (estratégia e construção) e FireFree (ação-aventura/jogo de batalha real).

“Tem mania naquele jogo FireFree, que tem lá [...]” (E11).

Constata-se que as crianças inseridas no mundo das mídias digitais, vivem criativamente a promoção da cultura em rede, fundem e confundem sentidos diversos do brincar. Imaginam e criam possibilidades de experimentar cada vez mais sensações (Canaan, Ribeiro & Paolla, 2017).

Ao questionar as crianças sobre possíveis aprendizagens durante o jogo, elas costumam responder que “depende do jogo”, ou que é possível “aprender inglês”, “conhecer lugares”, “aprender história/geografia” e outros (Fantin, 2015).

3.1.2 Conteúdo assistido inapropriado para idade

Alguns entrevistados também relataram que as crianças costumam assistir filmes de dança e de corrida, estes com classificação a partir de 12 anos; de ação para maiores de 14 anos e de terror para maiores de 16 ou 18 anos. E também programas de televisão, como Programa da Eliana para maiores de 10 anos; humorístico, a partir dos 16 anos e série como CSI, para maiores de 14 anos.

“[...] filme de ação, ele gosta bastante. Mais de corrida, filme de dança ele também gosta bastante, filme de terror [...]” (E15).

A minoria utiliza do vídeo game e o faz esporadicamente e na presença de um amigo com intuito de entreterimento. Os jogos que mais utilizam são os de futebol e Minecraft com

classificação livre, luta (Mortal Kombat) e GTA (ação-ventura e tiro em terceira pessoa) para maiores de 18 anos e FortNite (jogo eletrônico de batalha real, mundo aberto, estratégia) para maiores de 13 anos.

“Video game é quando tem um amiguinho em casa pra ele jogar futebol, que é o que ele treina” (E2).

É necessário desencorajar, evitar e até proibir a exposição passiva em frente às telas digitais, com exposição aos conteúdos inapropriados de filmes e vídeos, para crianças com menos de dois anos, principalmente, durante as horas das refeições ou 1-2 h antes de dormir (Azevedo, 2016).

E as crianças menores de seis anos precisam ser mais protegidas da violência virtual, pois não conseguem separar a fantasia da realidade. Jogos online com cenas de tiroteios com mortes ou desastres que ganhem pontos de recompensa como tema principal, não são apropriados em qualquer idade, pois banalizam a violência como sendo aceita para a resolução de conflitos, sem expor a dor ou sofrimento causado às vítimas, contribuem para o aumento da cultura de ódio e intolerância e devem ser proibidos (Azevedo, 2016).

Outra reflexão importante a ser feita diz respeito da criminalidade digital, a internet pode ser um campo de atuação de criminosos que agem no anonimato, não assumindo as responsabilidades pelos seus atos, aumentando de forma grave essa forma de crime (Souza & Oliveira, 2016).

Embora pareça difícil encontrar um ponto de equilíbrio no uso da tecnologia, os pais devem estabelecer regras e trabalhar para que as crianças não exagerem na hora de usar os aparelhos eletrônicos. Desta forma, é importante os pais/responsáveis se auto examinar em relação ao uso das tecnologias, pois eles são os primeiros exemplos para os pequenos. Outro ponto é não estimular antes do tempo as crianças a manipularem os equipamentos. O melhor é deixar que elas mesmas demonstrem interesse e só depois disso os pais podem mostrar a elas como usar os aparelhos de forma correta (Santos, 2017).

3.2.O uso da tecnologia altera comportamento

3.2.1 O uso da tecnologia desencadeia comportamentos assertivos

O uso das tecnologias e o acesso a internet tem mudado o comportamento de crianças e adolescentes, transformando seus hábitos e modos de vida, hoje não é mais necessário se reunirem para diversão, pois através da internet, criam-se outras possibilidades como jogos

on-line, bate-papos, chats, entre outros, formando-se novas redes sociais, mesmo estando isolados cada um em seu mundo virtual (Souza & Oliveira, 2016).

Quando questionados sobre as reações que as crianças têm ao utilizar essas tecnologias, alguns entrevistados referiram que as crianças ficam felizes e vibram quando podem assistir televisão ou acessar o celular, se tornam espertas e criativas, aprendendo a contar número, a distinguir cores e a cantar as músicas.

“Muita vibração” (E2); e “Ah, um pouco animada sim, porque ela gosta bastando.” (E14).

Alguns entrevistados falam que as crianças, ao verem os vídeos, questionam os responsáveis sobre tais atitudes vistas e passam a serem mais obedientes.

“Tem uns vídeos de umas meninas na internet que desobedece a mãe, aí briga, chora, aí ela começa a falar pra mim o que aconteceu, aí eu explico pra ela e falo: ‘está vendo’; daí a mãe cansa da filha, vai embora e deixa a filha sozinha e a filha fica procurando a mãe... aí que explico pra ela, por isso que não pode desobedecer a mãe, porque acontece isso, a mamãe vai embora. O que acontece eu falo. E às vezes: ‘está bom, eu vou obedecer’. Às vezes funciona.” (E13).

Eles falam que o celular foi uma maneira que encontraram para deixar a criança mais calma, já que ela era muito chorosa e manhosa, e eles têm a consciência de que isso não é bom, mas não viram outra maneira.

“O celular é uma maneira que a gente achou dela ver os vídeos dela, de dar um sossego, de dar uma acalmada nela e um pouco. [...], mas não é bom, a gente sabe o que não é bom.” (E13).

Canaan, Ribeiro e Paolla (2017) apontaram que as tecnologias digitais trouxeram para o universo das crianças uma nova cor, uma nova forma de brincar e aprender. Cabe na palma da mão o conhecimento sobre cores, frutas, animais e cantigas que os pequenos demonstram muito interesse. A partir disso, as crianças usam as tecnologias, *tablet* e *smartphones* para jogar, assistir vídeos, ouvir músicas, ver e tirar fotos, o que estimula os sentidos, ajuda no desenvolvimento mental e também no desenvolvimento da oralidade. Além disso, essas crianças usam alguns aplicativos de jogos.

3.2.2 O uso da tecnologia desencadeia comportamentos não assertivos

Outros entrevistados afirmaram que as crianças ficam distraídas, irritadas, desobedientes e nervosas, a ponto de destruir o celular, quando não consegue utilizá-lo; algumas permanecem em período integral jogando e nem saem de casa.

“E aí quando dava pra ele e aí internet caía, ele ficava nervoso. Ele quebrou o meu celular [...], quebrou tudo a tela.” (E5).

As crianças reproduzem o que assistiram no vídeo e ou na televisão, se comportando conforme os personagens.

“A única coisa é a modinha que pega, vê um vídeo, YouTuber fazendo tal coisa, aí quer fazer igual [...] quer copiar” (E21).

E deixam de realizar atividade que desenvolviam antes de adquirir a tecnologia, como ler livros e brincar; utilizam de xingamentos na comunicação verbal.

“Porque ela depois que ganhou o bendito do celular mudou totalmente. Ela lia 2/3 livros por semana [...] Muda [comportamento]. Tanto, tipo, em gestos, verbalmente, porque tem muito palavrão, essas coisas, muda bastante” (E15).

O cenário contemporâneo tem como marca a inserção das TDIC, desse modo percebe-se que as brincadeiras são outras e os brinquedos estão em outra plataforma: a digital. A boneca e o carrinho estão perdendo lugar para os aparatos tecnológicos; assim as crianças estão interagindo e socializando de forma diferente do passado (Canaan; Ribeiro & Paolla, 2017).

Observou-se na fala dos entrevistados que a criança estava dependente do celular e o responsável está trabalhando essa dependência.

“Se deixar ela fica o dia inteiro. Ela viciou nesse celular. Essa madrugada ela acordou umas 5 horas [...] pedindo celular. Eu estou tentando tirar, mas está difícil” (E13).

Para Santos (2017), embora não haja consenso, a superexposição das crianças à tecnologia já aponta alguns problemas, e entre eles estão irritabilidade, isolamento, desinteresse pela interação com o outro. Para a Azevedo (2016), faz se necessário estabelecer limites de horários e mediar o uso com a presença dos pais para ajudar na compreensão das imagens. Equilibrar as horas de jogos online com atividades esportivas, brincadeiras, exercícios ao ar livre ou em contato direto com a natureza.

3.3 O monitoramento no uso das tecnologias

3.3.1 Os pais monitoram o uso de tecnologias

Os entrevistados disseram que estão sempre acompanhando, identificando o conteúdo acessado pelas crianças na televisão e no celular. Esse acompanhamento é realizado por

meio da instalação dos desenhos e vídeos e da identificação do histórico do celular pelos pais; assim reconhecem os tipos de vídeos e jogos acionados e o assunto pesquisado. Um responsável bloqueia sites e canais e determina a plataforma e a categoria que as crianças podem acessar.

“A gente tem o controle. Tem alguns sites que deixamos bloqueados, também algumas consultas a gente não consegue entrar” (E19).

Eles se preocupam com o conteúdo assistido pelas crianças na televisão. Se tiver muitas cenas de lutas, violências, linguagem verbal inapropriada, os pais alteram a emissora.

“Se for desenho que minha menina põe sobre luta, essas coisas de palavrão, eu mando ela tirar” (E4).

E para as crianças entre 7 a 10 anos, os entrevistados pactuam que antes de assistir televisão e/ou acessar o celular, as crianças precisam realizar as tarefas da escola e domiciliares e/ou realizar as refeições.

“Isso [...], ela faz a tarefa dela de casa e arrumar as coisinhas dela, [...] e depois ela ver televisão.” (E24).

Uma mãe refere que não permite a criança muito tempo no celular ou na televisão e, assim, se entretém com a criança, brincando, cozinhando.

“Ah eu invento outra coisa ‘vamos sentar no chão, vamos brincar de boneca, a mãe vai brincar com você ou então vamos lá fazer um bolo, ajudar a mamãe’.” (E10).

Os entrevistados argumentaram sobre a importância do monitoramento do uso de tecnologia, pois há conteúdos que são impróprios para as crianças e elas mesmas acabam assistindo por inocência.

Canaan, Ribeiro e Paolla (2017) apontam que diante do exposto, defendem que as crianças tenham acesso às tecnologias e as mídias digitais com o acompanhamento de adultos. Recomendam que os pais observem o que os filhos estão assistindo e, se possível, bloqueiem alguns aplicativos ou sites inapropriados para elas; a mesma recomendação se aplica para a televisão, o *smartphone* e os demais aparatos tecnológicos.

Azevedo (2016) orienta monitorar os sites/ programas/ aplicativos/ filmes/ vídeos que crianças e adolescentes estão acessando/visitando/trocando mensagens, sobretudo em redes sociais. Manter os computadores e os dispositivos móveis em locais seguros, e ao alcance das responsabilidades dos pais (na sala) ou das escolas (durante o período de aulas).

3.3.2 Os responsáveis não monitoraram o uso das tecnologias

Identificou-se que alguns responsáveis não costumam definir horários, não coloca limites, a criança pode assistir televisão em qualquer horário e os conteúdos que desejarem, considerando desnecessário o não monitoramento. Esses responsáveis, em geral, são tias ou avós.

"[...] eles não tem [horário para assistir]. Quando está alguém e a gente não está na sala, eles assistem. [o conteúdo que desejarem]. É livre" (E20).

Os entrevistados apontaram que os pais e ou responsáveis estão com dificuldade de acompanhar o uso e o conteúdo tecnológico acessado pelas crianças por falta de disponibilidade de horário e por confiarem que as crianças não vão acessar programas impróprios.

"Eu acredito que nem todos [fazem acompanhamento do uso da tecnologia]. Às vezes eu penso que nem é por mal, [pais] sempre queremos o melhor para os filhos, mas tem pai e mãe que, às vezes, não tem tanta disponibilidade no horário ou às vezes se distrai ou às vezes, até eu mesmo, distraída com uma atividade doméstica, alguma coisa." (E21).

Dessa forma, as crianças de três a dez anos permanecem um longo período do dia acessando celular ou assistindo televisão, trancados no quarto e os bebês de quatro ou seis meses já estão observando vídeo no celular.

Segundo Azevedo (2016) deve-se limitar o tempo de exposição às mídias ao máximo de 1 hora por dia, para crianças entre dois a cinco anos de idade. Crianças até 10 anos não devem fazer uso de televisão ou computador em seus quartos. Adolescentes não devem permanecer isolados em seus quartos ou ultrapassar suas horas saudáveis de sono às noites (8-9 horas/noite/fases de crescimento e desenvolvimento cerebral e mental). A atividade física diária por uma hora deve ser estimulada.

Mesmo com tantas recomendações, muitos pais parecem não se preocupar com o assunto. Sob a justificativa de que hoje é importante saber trabalhar com as novas tecnologias desde cedo ou simplesmente para evitar aborrecimentos, os pais acabam deixando as crianças livres para usar os equipamentos da forma como quiserem, o que pode causar problemas não só aos pequenos, mas para toda a família (Santos, 2017).

Para Souza e Oliveira (2016) crianças e adolescentes não tem plena capacidade de perceber os potenciais riscos e prejuízos que estão expostas por ainda estarem em

desenvolvimento físico e psicológico e por isso são alvos fáceis de crimes pela internet como cyberbullying, pornografia, pedofilia, aliciamento, assédio, corrupção de menores, venda de drogas e medicamentos, entre outros. Os autores compreendem que: é dever coletivo entre especialistas da academia, da informática, organizações e governo construir, divulgar e assegurar estratégias de educação direcionadas à navegação segura internet para responsáveis, educadores, crianças e adolescentes; é importante o apoio e cooperação dos provedores de serviços de internet em investigação de crimes pela internet; é necessário o reconhecimento dos deveres de todos, família, sociedade civil e estado, sobre o auxílio e proteção integral das crianças e adolescentes.

3.4 O desenvolvimento da criança e o uso da tecnologia

3.4.1 Potencializando o desenvolvimento da criança devido ao uso da tecnologia

Os relatos dos entrevistados em relação aos benefícios do uso das tecnologias, a maioria afirma que as crianças se tornam mais espertas no sentido de construir novos conhecimentos, como também, reproduzem a obediência que observaram nos vídeos. E, mais, a tecnologia contribui para elaboração dos trabalhos da escola.

“[...] tem desenho que fala de cores, de números, é, ensinam os alfabetos, isso aí eu sei que a tecnologia ajuda muito” (E4).

Em relação ao uso da tecnologia na escola, alguns apontaram que é bom, pois ensinam as crianças a usarem de maneira correta o computador, a pesquisarem e se desenvolverem.

“É bom na escola, aula. Tipo, na aula de informática para alunos fazerem pesquisas para trabalho essas coisas assim.” (E1).

A televisão e o computador podem ser aliados do processo pedagógico, se usados de forma complementar, promovendo interação (Pereira & Arrais, 2015).

O interesse das crianças pelas redes, internet e mídias digitais parece não ser só de “interagir com a máquina” e sim com outras crianças através da tecnologia. Desta forma, o que está em jogo são os vínculos construídos e não a interatividade em si, pois crianças de diferentes contextos socioculturais, nas mais adversas condições estão aprendendo a brincar, a ganhar, a perder, a socializar e a se organizar e redes através da cultura digital (Fantin, 2015).

3.4.2 Prejudicando o desenvolvimento da criança devido ao uso da tecnologia

E quanto aos malefícios, aparece o comprometimento da relação com pais e responsáveis, a limitação da criatividade, a ineficácia do desempenho escolar e a alteração de comportamento como, incentivo a realizar atitudes não éticas, dificuldade para viver o mundo real e aceitar as contradições, podendo adoecê-las.

“Ela fica muito estressada [...] não saber ouvir um não. Então [...] não é o mundo real que ela vive [...] é um mundo muito fantasia [...] Acho que as crianças hoje vêm entendendo dessa maneira, nunca ouvindo não, por isso que vem tendo essa crise de depressão [...]” (E19).

Os objetos tecnológicos podem levar a um comodismo, referente ao pensar, criar, pois as tecnologias se desenvolvem com finalidade de facilitar as ações cotidianas (Pereira & Arrais, 2015).

Canaan, Ribeiro e Paolla, (2017) referiram que alguns estudiosos que atuam no campo da educação afirmam a existência de limites que devem ser impostos para o bom uso das mídias digitais pelas crianças. Observa-se que os infantes vivem em dois mundos: o real e o digital/virtual, que por um lado se revela interessante, oferecendo aventuras e oportunidades, e por outro, perigo e riscos à saúde.

Cruz (2018) refere-se a importante de problemas relacionados ao desenvolvimento das crianças e adolescentes, identificando a crescente dificuldade de se manifestarem quando estão em grupo, em construírem uma identidade coesa, harmoniosa e integradora e que essa dificuldade advém de matrizes familiares inconsistentes, de sociedades exigentes, que valorizam o individual em detrimento do coletivo, enfatizando resultados acadêmicos e o sucesso a qualquer custo.

Alguns entrevistados criticaram os pais que comentaram que não permitiriam o uso do celular pela criança, mas que o oferecerem no intuito de acalmá-las e, posteriormente, a aquisição é efetivada.

“Então pai e mãe que fala: ‘aí meu filho não vai assistir celular, vai ficar só brincando’ é tudo mentira! Minha tia falava a mesma coisa e hoje ela faz questão, estava até querendo deixar o celular só com criança, que ele derrubar e destrói [outros objetos].” (E18).

Outros afirmaram que preferem o método tradicional, onde as escolas não usam tablet durante as aulas.

“Não, tem que ser tradicional mesmo. Se não é demais, já basta em casa, ficar na escola também.” (E6).

O contato muito cedo e contínuo influência no comportamento social, levando a criança a ter dificuldade de se relacionar em ambientes sociais (Pereira & Arrais, 2015).

Souza (2018) ao analisar o impacto da tecnologia em crianças e adolescentes identifica que estes, ao se relacionarem com um tablet não precisam recrear, porque a resposta é ofertada e eles simplesmente respondem o que é solicitado; a função do imaginário é anulada porque esta pertenceu ao criador do jogo. Refere que o brincar, o fazer de conta, exige da criança a criatividade, criar história, enredo, personagens, imaginar-se naqueles papéis, lidar com conflitos, com a partilha, com renúncias, transferências e sentimentos. Identifica que tudo isso fica prejudicado com o uso intenso da tecnologia/internet.

As orientações da literatura são claras nos que se refere ao uso não abusivo ou controlado das tecnologias pelas crianças, as realidades são divergentes quando se fala da postura dos pais ou responsáveis nesse controle e isso pode colocar em risco o desenvolvimento biológico, psicológico e social desses inocentes.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Integral a saúde da Criança, é fundamental estimular a integralidade do desenvolvimento cerebral-mental-cognitivo-psicossocial dos primeiros anos de vida, com atividades familiares, nas escolas e na comunidade; também traz a importância de acompanhar esse desenvolvimento em todos os níveis de atenção à saúde (promoção, proteção, atendimento, detecção precoce e reabilitação de alterações) que podem repercutir na vida futura da criança.

Considera que para a construção da autonomia da criança, a família e/ou responsáveis precisam de cuidados até que a criança adquira o senso de identidade (BRASIL, 2018). Nesse sentido, é importante que os profissionais da saúde e da educação estejam preparados para a identificação de problemas relacionados ao uso das tecnologias pelas crianças e que as ações para minimizar esses visem a integralidade do cuidado.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo alcançou o objetivo proposto de analisar o uso de tecnologias e seu impacto no desenvolvimento das crianças. Mostrou que as tecnologias que as crianças mais acessam são a televisão e o celular.

Quanto ao monitoramento das tecnologias, identifica-se que somente os pais entrevistados acompanham o seu uso, no entanto, eles não observam como as crianças se conectam as mídias.

Conclui-se que na sociedade contemporânea não há como negar o acesso a tecnologias pelas crianças, porém elas precisam ser monitoradas pelos pais e ou responsáveis a fim de que as mídias cessadas possam contribuir para potencializar o desenvolvimento da criança.

Considera-se a importância das ações políticas nesse contexto, tanto no setor da saúde como no da educação, buscando a integralidade do cuidado.

A pesquisa qualitativa possibilitou imergir no universo das crianças concernente ao uso de tecnologias, permitindo identificar potências e desafios quanto a esse acesso.

Embora a investigação se restringiu a uma população específica, traz possibilidades aos profissionais, pais e educadores de reflexão e, além de limitarem sua utilização, pensarem novas alternativas de diversão, como por exemplo, o resgate de brincadeiras coletivas, vividas pelos adultos nessa fase.

5. REFERÊNCIAS

- Azevedo, A. E. I. et al. (out/2016). Manual de Orientação: departamento de adolescência. Saúde de crianças e adolescentes na era digital (Nº. 1, pp. 1-11). Sociedade Brasileira de Pediatria, Rio de Janeiro. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2016/11/19166d-MOrient-Saude-Crian-e-Adolesc.pdf. Acesso em: 5 set. 2019.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2018). Política Nacional de atenção integral à saúde da criança: orientações para implementação. Brasília. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_Nacional_de_Atencao_Integral_a_Saude_da_Crianca_PNAISC.pdf. Acesso em: 01 mar. 2020.
- Canaan, M.; Ribeiro, L.; Paolla, Y. (2017). Tecnologias digitais e influências no desenvolvimento das crianças. (v. 1, Nº 8). Universidade EaD e Software Livre. Disponível em: <http://www.periodicos.letras.ufmg.br/index.php/ueadsl/article/view/12240/10437>. Acesso em: 5 set. 2019.
- Gomes, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). (2016). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. (Cap. 4, pp. 75-77). Petrópolis: Vozes.
- Minayo, M. C. S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). (2016). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. (Cap. 1, pp. 20-21) Petrópolis: Vozes.
- Minayo, M. C. S. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). (2016). Pesquisa social: teoria, método e criatividade (Cap. 3, pp. 58-59). Petrópolis: Vozes.

- Moura, J. T. T. *et al.* (2012) A influência do desenho animado no processo sociocognitivo da criança. In: FÓRUM INTERNACIONAL DE PEDAGOGICA, 4ª ed. Paraíba. Anais eletrônicos[...]. Paraíba: Realize. Disponível em: http://editorarealize.com.br/revistas/fiped/trabalhos/0913b76c1e17edd8a8eb9f35c9553d88_1811.pdf. Acesso em: 11 jun. 2018.
- Santos, J. (2017). Uso de tecnologia por crianças: benefício ou perda da infância? Paraná: Sempre Família. Disponível em: <https://www.semprefamilia.com.br/uso-de-tecnologia-por-criancas-beneficio-ouperda-da-infancia/>. Acesso em: 5 set. 2019.
- Wallbach, E. M. R. (2010). A tv e a criança. Curitiba: Grupo Psicanalítico de Curitiba. Disponível em: <http://www.gpc.org.br/tv-e-crianca-edna-maria-romano-wallbach-2010/>. Acesso em: 12 jun. 2018.
- Pereira, B. S.; Arrais, T. S. (jun/2015). A influência das tecnologias na infância: vantagens e desvantagens. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. Disponível em: http://www.pucrs.br/ciencias/viali/doutorado/ptic/aulas/aula_2/EV047.pdf. Acesso em: 16 abr. 2020.
- Fantin, M. (2015). Crianças e games na escola: entre paisagens e práticas. Revista Latinoamericana de Ciências Sociales, Niñez y Juventud, (V. 13, Nº1, pp. 195-208). Disponível em: scielo.org.co/pdf/rlcs/v13n1/v13n1a12.pdf. Acesso em: 16 abr. 2020.
- Cruz, P. M. F. A. (2018). Impacto da tecnologia em grupanálise com crianças e adolescentes. (v. 15, Nº 2). Vinculo- Revista do NESME. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/vinculo/v15n2/v15n2a06.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2020.
- Souza, D. A.; Oliveira, J. A. M. (out-nov/2016). Uso de tecnologias digitais por crianças e adolescentes: potenciais ameaças em seus inter-relacionamentos. XIII SEGeT- Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia. Resende- Rio de Janeiro. Disponível em: <https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos16/952473.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2020.

SEXUALIDADE DA MULHER: DIFICULDADES, ENFRENTAMENTOS E ATUAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

João Marcos Franco de Souza¹, Kátia Terezinha Alves Rezende²,
Larissa Aparecida Pedroso³ e Sílvia Franco da Rocha Tonhom⁴

^{1,2,3,4} Faculdade de Medicina de Marília (Famema), Brasil. ¹joaomarcosfs@famema.br, ²katialvesrezende@gmail.com, ³lapedroso.lp@gmail.com, ⁴siltonhom@gmail.com

Resumo. Introdução: Existem dificuldades para a abordagem da sexualidade da mulher e elas dizem respeito aos profissionais, ao funcionamento dos serviços e às mulheres. Objetivos: Analisar as dificuldades encontradas pela mulher em relação à sexualidade ao longo da vida e como ela as enfrenta e analisar a atuação profissional frente às necessidades de saúde relacionadas à sexualidade nos serviços de atenção primária, na perspectiva das mulheres. Método: Trata-se de análise qualitativa, as participantes foram 24 mulheres atendidas nas USF e UBS, a entrevista semiestruturada foi o instrumento de coleta de dados e esses foram analisados pela análise de conteúdo, modalidade temática. Resultados: Esse processo permitiu definir dois temas, a saber as diferentes dificuldades relacionadas a sexualidade da mulher e atuação dos profissionais de saúde diante da sexualidade da mulher. Considerações Finais: A abordagem qualitativa possibilitou explicitar as necessidades da mulher e dos serviços de saúde no tocante a essa temática.

Palavras-chave: Sexualidade; Saúde da Mulher; Sexualidade Feminina; Atenção Básica

WOMEN'S SEXUALITY: DIFFICULTIES, CONFRONTATIONS AND PERFORMANCE OF HEALTH SERVICES

Abstract. Introduction: There are difficulties for the approach of women's sexuality and they refer to professionals, the functioning of services and to women. Objectives: Analyze the difficulties found by women regarding sexuality throughout their lives and how they face them and to analyze the professional performance towards the health needs related to sexuality in primary care services from the perspective of women. Method: It is a qualitative analysis, 24 women attended at the USF and UBS were the participants, the semi-structured interview was the instrument for data collection, which were analyzed by content analysis, thematic modality. Results: This process allowed us to define two themes, namely, the different difficulties related to women's sexuality and the approach of health professionals about women's sexuality. Final Considerations: The qualitative approach made it possible to show the needs of the women and of the services towards the theme.

Keywords: Sexuality; Women's Health; Female Sexuality; Primary Attention

1. INTRODUÇÃO

Compreender a sexualidade feminina como fenômeno complexo e determinante de saúde facilita a abordagem da mulher na perspectiva da integralidade, atuando nas dimensões biológica, psicológica e social da função sexual; contribuindo para que a mesma exponha e reflita suas potências e limites no que tange a sexualidade e defina estratégias de enfrentamento quando necessário (Lara, Scalco, Troncon & Lopes, 2017).

Tal abordagem se faz ainda mais necessária atualmente, uma vez que as mudanças dos papéis da mulher na nossa sociedade, principalmente as relacionadas à inserção crescente

no mercado de trabalho, ampliam sua autonomia e colocam em questão o ideal mulher-mãe. Uma vez que se dissocia a sexualidade de reprodução, as mulheres vislumbram outras perspectivas de vida e, assim, não se limitam única e exclusivamente ao que lhes é atribuído tradicionalmente (Machado & Penna, 2016).

Então, tem-se que a abordagem da sexualidade possui como importante cenário a Atenção Primária à Saúde (APS), principalmente no contexto da saúde sexual e reprodutiva no Sistema Único de Saúde (SUS). Através da integração de tecnologias materiais de baixa complexidade e tecnologias de processo de alta complexidade, a APS, no que tange a sexualidade, procura atender demandas dos indivíduos e de outros setores, tendo, dessa forma, importância epidemiológica e de educação em saúde. Quanto à saúde sexual, é importante que ela seja entendida como não somente restrita à lógica reprodutiva e/ou à abordagem de pessoas com doenças sexualmente transmissíveis (DST), mas sim como área que enfoque a melhoria da qualidade de vida e das relações pessoais dos indivíduos (Nasser, Nemes, Andrade, Prado & Castanheira, 2017).

E é nessa abordagem que a APS enfrenta desafios relacionados aos profissionais e funcionamento dos serviços - formação em saúde falha no que diz respeito ao tema; dificuldade por parte dos profissionais em abordar os usuários; ações básicas em saúde limitadas em seus conteúdos de saúde sexual - e também dificuldades por parte das próprias usuárias: vergonha, receio e pouca informação sobre o tema, por exemplo (Sanchez et al., 2013, Nasser et al., 2017)

Cientificamente, o recorte da sexualidade através do gênero se faz necessário, uma vez que o desenvolvimento da mesma varia empírica e teoricamente de acordo com ele, uma vez que homens e mulheres possuem expectativas distintas dos papéis sociais esperados para sua sexualidade. Além disso, ainda que o estudo da sexualidade da mulher ocorra, ele apresenta limitações, tendo pouco enfoque sociocultural, e mais em aspectos biológicos. Portanto, há a necessidade de as pesquisas serem originadas das vozes das mulheres, especificamente (Jen, 2017).

Nesse sentido, nossas perguntas de pesquisa são: A mulher apresenta dificuldades relacionadas a sexualidade ao longo da vida? Como a mulher enfrenta / lida com essas dificuldades? Como é a atuação dos serviços em relação à sexualidade da mulher? Assim, esse estudo pretende evidenciar as necessidades relacionadas a sexualidade da mulher para que os profissionais de saúde possam refletir sobre a relevância dessa abordagem.

Além disso, a busca qualificada na base de dados nos mostrou que a literatura é escassa em relação a essa problemática. Nesse sentido, a pesquisa irá contribuir para ampliar o conhecimento sobre e mostrar a importância social da temática, possibilitando assim, repensar e reconstruir o cuidado em saúde.

2. OBJETIVOS

- Analisar as dificuldades encontradas pela mulher relacionadas à sexualidade ao longo da vida e como ela as enfrenta e
- Analisar a atuação profissional frente às necessidades de saúde relacionadas à sexualidade nos serviços de atenção primária na perspectiva das mulheres.

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que pressupõe trabalhar com uma realidade que não pode ou não deveria ser quantificada, mas, sim, interpretada em seus motivos, significados, crenças, atitudes e valores. Entende-se, então, que para além de fazer parte da realidade social, a pesquisa qualitativa compreende as relações sociais em sua total complexidade (Minayo, 2016).

Para tal, no seguinte estudo, abordamos o cenário da Atenção Primária à Saúde de um município do interior paulista, que se organiza a partir de uma divisão em quatro regiões (norte, sul, leste e oeste), sendo que em cada uma delas existem tanto Unidades de Saúde da Família, quanto Unidades Básicas de Saúde.

Dessa forma, através de sorteio, serviram como cenários da pesquisa uma USF e uma UBS de cada região, totalizando oito serviços de Atenção Primária à Saúde. Definiu-se como critério de inclusão, mulheres acima de 18 anos, ter iniciado ou não a prática sexual e possuir vida ativa ou não. Como critério de exclusão, as menores de 18 anos, gestantes e mulheres que se encontravam no climatério. O instrumento de coleta de dados desse estudo se deu por meio de entrevista semiestruturada que combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão, sem se prender à indagação formulada (Minayo, 2016).

O estudo foi aprovado em 21 de agosto de 2017, pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o parecer de nº 2.229.877 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 71101817.9.0000.5413.

As mulheres foram abordadas pelos discentes enquanto esperavam pelo atendimento nas Unidades de Saúde. Os estudantes se identificaram e explicaram sobre a pesquisa e, assim, questionaram o desejo e a disponibilidade em participar. As participantes da investigação assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As entrevistas foram realizadas por meio de um roteiro semiestruturado, o qual foi constituído de duas partes: A) Identificação da usuária do serviço de saúde: nome completo; idade; estado civil; religião; nível de escolaridade; ocupação e B) Questões norteadoras: 1. Apresentou dificuldades em relação a sua sexualidade? Se sim, quais foram? Como você enfrentou tais dificuldades? 2. Se mencionada a procura aos serviços de saúde na questão 1, como foi realizado esse atendimento? Quais foram os profissionais envolvidos? Como foi a abordagem? Ficou satisfeita com o atendimento? Se sim ou se não, por quê? 3. Se não mencionada a procura aos serviços de saúde na questão 1, 3.1 Questionar se procurou os serviços de saúde para enfrentar tais dificuldades. Se procurou, retornar a pergunta 2. 3.2 Se não procurou o serviço de saúde, por quê? 4. Na sua visão, os profissionais de saúde realizam um cuidado voltado à sexualidade da mulher? Se sim, de que forma / como? Se não, por quê?

Os dados foram coletados no período de quatro a 29 de junho de 2018. A priori foi definido um número de mulheres a serem entrevistadas em cada Unidade de Saúde, no entanto, atingiu-se a saturação com 24 entrevistas, ou seja, com o conteúdo obtido foi possível compreender a lógica interna do grupo de mulheres em relação ao objeto de estudo (Minayo, 2014). As entrevistas foram realizadas pelos pesquisadores e tiveram uma duração média de 25 minutos.

Para manter o sigilo dos(as) participantes do estudo e salvaguardar seus nomes, os discursos das participantes foram identificados com a letra M (mulher), seguida pelo número da entrevista.

A técnica de análise de dados empregada foi a Análise de Conteúdo, Modalidade Temática. A análise de conteúdo diz respeito a técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e

válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos. A análise de conteúdo parte de uma leitura de primeiro plano das falas, depoimentos e documentos, para atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material (Minayo, 2014). A análise temática está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos do sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem algo para o objeto analítico visado.

Essa modalidade consiste em três etapas: Pré-Análise - escolha dos documentos a serem analisados e na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa; Exploração do material – operação classificatória que visa alcançar o núcleo de compreensão do texto, busca encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado; Tratamento dos resultados obtidos e Interpretação – os resultados são submetidos a operações estatísticas simples ou complexas que permitem colocar em relevo as informações obtidas, a partir daí propõe inferências e realiza interpretações (Minayo, 2014).

De acordo com essa proposição, a transcrição das entrevistas e a leitura exaustiva do material permitiu a impregnação do conteúdo captado. Esse processo permitiu a identificação dos núcleos de sentido que consistiu no desdobramento de dois temas: as diferentes dificuldades relacionadas à sexualidade da mulher e atuação dos profissionais de saúde diante da sexualidade da mulher, conforme apresentado no quadro 1.

Quadro 1. Núcleos de Sentido articulados aos temas.

Núcleos de Sentido	Temas
Inexperiência e desinformação influenciando a sexualidade da mulher A sexualidade da mulher dificultada pelas atitudes do parceiro Causas orgânicas interferindo na sexualidade da mulher Mulheres não apresentam dificuldades na prática sexual	Tema 1: As diferentes dificuldades relacionadas a sexualidade da mulher
O serviço de saúde lidando com as dificuldades relacionadas à sexualidade: divergências entre as mulheres Profissionais de Saúde capacitados para a abordagem Nem todos profissionais de Saúde estão capacitados para a abordagem Profissionais de Saúde não estão capacitados para a abordagem	Tema 2: Atuação dos profissionais de saúde diante da sexualidade da mulher

4. RESULTADOS

4.1 As mulheres

Foram entrevistadas 24 mulheres. No tocante ao estado civil, dez (41,66%) eram casadas, oito (33,33%) solteiras, cinco (20,85%) em união estável e uma (4,16%) viúva. Em relação à idade, nove (37,51%) mulheres se encontravam na faixa etária dos 19 a 29 anos, sete (29,16%) na de 30 a 39 anos, seis (25%) na de 40 a 49 anos e duas (8,33%) na de 50 a 54 anos.

Quanto a escolaridade, uma (4,16%) possuía o ensino fundamental incompleto, duas (8,33%) ensino fundamental completo, três (12,5%) ensino médio incompleto, dez (41,66%) ensino médio completo, três (12,5%) ensino superior incompleto e cinco (20,85%) ensino superior completo.

No que se refere à religião, treze (54,16%) eram católicas, oito (33,33%) evangélicas, uma (4,16%) considerava-se cristãs, uma (4,16%) espiritualistas e uma (4,16%) não possuía religião. Em relação a ocupação, 11 mulheres (45,83%) eram portadoras de Carteira de Trabalho assinada, seis (25,92%) eram profissionais liberais, uma (4,16%) era estudante, uma (4,16%) aposentada, uma (4,16%) do lar e três (12,5%) estavam desempregadas no momento.

4.2 Os Temas

No processamento dos dados foram identificados oito núcleos de sentido que foram agrupados em dois temas, a saber, **as diferentes dificuldades relacionadas a sexualidade da mulher e atuação dos profissionais de saúde diante da sexualidade feminina.**

4.2.1 As diferentes dificuldades relacionadas a sexualidade da mulher

A dor durante a prática sexual foi ou é a principal dificuldade no que diz respeito à sexualidade da mulher. Elas referiram **possuir mais dificuldades no início da vida sexual, com diminuição ou falta de libido devido a inexperiência e desinformação.**

“Ah, não era bom, porque, assim, era uma coisa que tinha dor, eu não queria. É uma coisa que é assim: ‘eu tenho que fazer, eu tenho que passar por isso.’” M7;

“Primeiro porque machuca, dói e você não sabe por que você não está lubrificando direito. Você vai descobrindo depois o seu corpo, só que dói, é incômodo e ainda a gente pensa assim: ‘por que as pessoas gostam tanto de fazer sexo se machuca?’ Daí depois você vai descobrindo.” M10.

Algumas mulheres enfrentaram as dificuldades sozinhas e ou com os parceiros.

“Olha, com ele [antigo parceiro] eu fui levando. Depois eu quis separar, então eu separei e deixei isso pra mim. Aí quando eu conheci o meu atual esposo, aí essa vontade voltou.” M1;

“Que nem eu falo, a mulher não é o sexo frágil. Pelo contrário, então eu sempre fui muito aberta pra essas coisas assim. Nunca conversei com ninguém, mas sempre fui esclarecida na minha mente. Eu fui esclarecendo minhas dúvidas sozinha [...] às vezes eu escutava uma falando uma coisa aqui, outra falando outra coisa ali, eu juntava, eu pesquisava. Na escola tinham aulas de sexualidade, de como você usa um preservativo, das doenças sexualmente transmissíveis, então a gente vai, a gente pega um livro”. M6;

“Na verdade, eu sou bem sozinha nessas coisas, e meu marido também não entende muito do assunto.” M12.

Outra mulher evidencia a inexperiência do parceiro:

“[primeira e única relação sexual] foi dolorido, porque rompe tudo e eu não consegui ficar muito tempo, porque eu senti muita dor, eu particularmente senti muita dor, mas ele também, ele não pratica essas coisas.” M21.

Evidencia-se a **sexualidade das mulheres dificultada pelas atitudes do parceiro**, expressada por meio de agressões físicas e incompreensão sobre as singularidades da libido feminina.

“[...] Era um namoro muito abusivo [...] sentimental, de tudo, agressão física, aí foi que não deu certo, aí foi quando eu não sabia mais, eu não me reconhecia mais. [...] Porque antes de ir morar com ele, antes das atitudes dele, o que a gente fazia era gostoso, o sexo era gostoso, e aí depois que a gente foi morar junto, era insuportável, eu não tinha vontade de fazer, só que eu fazia obrigada.” M13;

“Perdoar, às vezes você até perdoa [...] lá no fundinho, parece que fica aquele negócio ali cutucando, que ele te fez mal lá atrás. [...] me atingiu muito, porque ele falava assim: ‘não, você não precisa ter prazer.’” M16.

As causas orgânicas também interferem na sexualidade da mulher, por exemplo, cirurgias e miomas.

“[...] na época da cirurgia eu praticava para fazer a vontade dele, mas depois eu falei pra ele que eu não sinto nada [...] mas foi muito difícil depois da cirurgia pra mim.” M17;

“Que nem eu te falei, eu tenho mioma, então eu sentia muita dor, às vezes ele queria, eu tinha que fazer, na hora da dor eu tinha que fingir que estava tudo bem, mas depois eu ficava toda dolorida na

barriga e no útero doía muito. Então, eu não ficava satisfeita, mas eu não podia mostrar para ele que eu não estava a fim, então ficava um clima meio assim, mas eu nunca falei. Eu não queria contrariar ele, ele vinha tão carinhoso, já trabalhava o dia inteiro, então eu fazia porque eu pensava: se não for comigo, ele vai procurar outra. Aí eu aceitava porque ele não tinha culpa de eu estar com dor, mas quando eu estava com muita dor mesmo eu falava.” M19.

Percebe-se que, mesmo com uma causa orgânica aparente, a relação com o parceiro, bem como a dor são percepções comuns e semelhantes às demais mulheres.

Outras entrevistadas afirmam **não ter apresentado dificuldades relacionadas a sexualidade**.

“Não, não, vinha sempre no posto, sempre fiz meus exames, sempre fui assim. Ia ao médico de ano em ano, fazia meus exames certinho, sempre fiz.” M15.

4.2.2 Atuação profissionais de saúde diante da sexualidade da mulher

Diante dos conflitos relacionados a sexualidade da mulher, o serviço de saúde foi procurado. Dessas, algumas consideraram que suas necessidades foram acolhidas.

“Então aí eu consultei com a nossa enfermeira, eu expliquei pra ela, aí ela falou pra eu usar um lubrificante, essas coisas [...] O atendimento é muito bom também.” M8;

“Foi muito bom, então aquele (médico) que foi aposentado também me ajudou muito, que normalmente médico conversa, pergunta o que você está sentindo [...] ele me passou uns remédios, que eu tomei e a pomada. Ele pergunta como é que eu estou me sentindo, o que é que você tem, então a pessoa fala o que está sentindo, perguntam como é que você está na sua vida, na sua sexualidade é você que tem que falar, se não está bem na sua vida sexual.” M17.

E outras apontaram que os profissionais de saúde têm dificuldades em reconhecer e cuidar de suas demandas.

“[...] tem pessoas que não lidam muito bem com isso, que você vai fazer a pergunta e meio que te responde vazio, acho que não sabe orientar corretamente.” M9;

“Eu já falei com o doutor, e ele falou que era normal sentir dor. Foi o básico mesmo, que incomodava um pouco a dor, daí ele falou que é questão de você estar com muito prazer ou pouco prazer, mas que é comum a mulher sentir um pouco de dor.” M11

Salienta-se que os **profissionais de saúde estão capacitados para abordar a sexualidade da mulher**, porém elas precisam levar suas necessidades para os serviços. Explicitam a dificuldade da mulher falar sobre sexualidade.

“É porque assim, você tem tudo que você precisa numa área de saúde, você pode chegar aqui e falar ‘olha, eu preciso conversar ou com uma enfermeira, ou com uma médica mesmo, sobre umas dúvidas que eu tenho’.” M7.

Destaca-se a importância de se ter segurança, confiança e liberdade para a mulher discorrer sobre sexualidade.

“eu acredito que vai se criando um ambiente de segurança, não é? Na conversa, por exemplo, te olha nos olhos, e te dá liberdade, confiança. Porque te passa uma confiança além do estudo, não é?” M7.

Por outro lado, aponta-se que **nem todos os profissionais de saúde estão capacitados para abordar a sexualidade da mulher.**

“Então eu acho que depende muito do profissional que você pega, daquilo que ele pode realmente fazer dentro das possibilidades que ele tem pra te ajudar. Às vezes eu acho que falta... um pouquinho de ser humano mesmo não é?” M3;

“Tem alguns que estão, mas alguns não tão assim muito não, porque tem médico que quando tá atendendo o paciente não presta muita atenção no paciente, não conversa muito, só pergunta o que você tem e você vai falar aquilo e ele vai passar receita.” M17;

Evidenciam que os profissionais de enfermagem estão qualificados para abordar as necessidades da mulher.

“A enfermeira que me atendeu na época ela foi ótima. O jeito profissional dela atender com sigilo, eu me sinto segura com o atendimento.” M8;

“Porque tem pessoas que não têm paciência pra lidar, não gosta que fica fazendo pergunta, só tá ali pra fazer o trabalho dela que é a rotina e pronto. Mas teve essa enfermeira, eu estou totalmente realizada com a prevenção que eu fiz, porque ela explicou tudo sobre sexualidade.” M9.

Aparece também a oportunidade de dialogar sobre sexualidade com a psicóloga.

“Não sentia prazer em fazer nada e eu tinha medo de me relacionar de novo com alguém... então, eu acho que foi preciso a gente abordar (com a psicóloga), pra eu entender que aconteceu.” M13.

Essas mulheres compreendem a consulta médica como sendo mais técnica e menos humanizada, reiterando a abordagem biomédica, ou seja, tratar somente as doenças, restringindo o cuidado. Essa prática dificulta a mulher a expor suas demandas.

“[...] o atendimento do médico, eu acho que é mais técnico. Não é tão humanizada [...] ‘ai vamos tratar [...] tá doente?’ vamos tratar a doença.” M8;

“Tem muitos que vivem no controle automático, tá ali só pra fazer o seu trabalho [...] a questão de médico, tem uns que perguntam só se tá bem, se tá com dor. Não pergunta se tá tendo algum problema

na relação, acho que isso seria o ideal [...] tem muita mulher que quer falar, só que não tem voz, não tem oportunidade” M9.

As entrevistadas referem que os trabalhadores que não possuem habilidade para essa abordagem é devido a desmotivação com o trabalho e a superlotação dos serviços de saúde, a qual compromete o cuidado.

“E se você for ver ele na teoria, é dos sonhos, nenhum outro país tem um plano de saúde que nem o Brasil, que nem o SUS, ele é perfeito. Só que na prática, às vezes [...] não acontece. Só que eu acho que tem muita coisa no decorrer da sua trajetória, que vai te desmotivando.” M3;

“No postinho, às vezes, tem pessoas que não dá muita atenção direito [...] Não dá muita atenção pra o que você tá querendo falar, conversar. [...] porque às vezes, tá cheio e tem muito serviço.” M4.

Ainda é apontada a dificuldade de entender a abordagem dos médicos.

“Eu acho também que a dificuldade está na forma como você fala, porque teve vezes que eu fui ao médico, saí de lá sem entender nada. Porque ele falou de uma forma que eu não conseguia compreender, e eu ficava com vergonha também de perguntar como que é, o que que foi, não entendia.” M1.

Aparece também a necessidade de formar os profissionais com capacidade de dialogar, estabelecendo vínculo com a mulher para que a mesma possa expor suas necessidades relacionadas a sexualidade.

“Não sei se é falta de informação até entre os profissionais, porque tem muitos que a gente pergunta e não sabe explicar. Não perguntou o avançado, que seria sobre a vida da paciente, falta de vontade às vezes. [...] Eu acho que mais a conversa, porque você vai criar um vínculo com o paciente.” M9.

Nesse sentido destaca-se que o vínculo, a cumplicidade e o sigilo profissional são essenciais para uma abordagem integral à sexualidade da mulher nos serviços de saúde.

“O vínculo de paciente com profissional pra mim. Eu tenho muito assim com a parte da enfermeira, mas do resto eu não me sinto segura, não me sinto à vontade também. [...] a questão da ética, de tirar dúvida, de saber que dali não vai sair nada.” M8.

Apesar desse cenário, acredita-se que tem ocorrido mudanças, no que diz respeito a integralidade do cuidado, uma vez que os profissionais de saúde não devem se prender a tabus e preconceitos.

“Eu acho que tem mudado bastante [...] Então assim, se você olhar pra ele (paciente) como um todo, se você tiver essa visão como profissional, de às vezes enxergar além da queixa que ele te trouxe [...] não tem que estar preso a tabus, a preconceitos.” M3.

Dessa forma é imprescindível efetivar o cuidado em saúde a fim de que esse possa identificar as necessidades ocultas e definir plano de intervenção.

“Vou dar um exemplo, uma paciente vem aqui, às vezes ela não tá só com aquele problema da sexualidade, às vezes o emocional dela está abalado, às vezes ela tá com depressão [...] tem que abranger tudo.” M8.

Algumas entrevistadas declaram que **dos profissionais de saúde não estão capacitados para abordar a sexualidade da mulher.**

“tem pessoas que fazem aquilo porque gostam, tem gente que já faz porque, acho que é profissão, mas acho que, pra você ter uma profissão, você tem que fazer aquilo que você gosta [...] então mesma coisa na área da saúde, se for pra você sair da sua casa estressado, olhar pra cara do paciente, fazer uma receita e jogar lá, é melhor você nem fazer a faculdade [...] acho que tá muito déficit sabe? [...] conversar com o paciente, procurar saber o que tá acontecendo, escutar mais o paciente.” M6.

As mulheres apontam para a importância dessa abordagem nos serviços de saúde, mas que isso não ocorre devido a dificuldade de dialogar sobre o assunto.

“Eu acho que seria bom ter isso aqui dentro do posto de saúde, mas eu acho que as pessoas em si [...] tem dificuldade de conversar.” M1;

Outros aspectos a serem considerados a não abordagem da sexualidade junto a mulher é a organização e funcionamento dos serviços, como alta demanda de atendimentos, a qual compromete a comunicação entre os profissionais e usuários dos serviços de saúde.

“Você chegava lá tinha duzentas, trezentas pessoas pra serem atendidas, eles preferem mil vezes fazer um parto, fazer um pré-natal, do que explicar para as pessoas como funciona.” M6.

E, por fim, os tabus que permeiam a sexualidade, tanto para os profissionais quanto para as pacientes, interferem na abordagem.

“Ele não te dá um espaço pra você falar ‘não, eu vim aqui porque eu quero saber se é normal eu transar cinco vezes e não chegar ao orgasmo’. Você não tem isso, é um tabu, você não tem nem como entrar, aí você vai ficar até meio sem graça. Eu comecei a falar, ela já tipo cortou o assunto.” M10.

5. DISCUSSÃO

A dor durante a prática sexual foi ou é a principal dificuldade no que diz respeito à sexualidade da mulher. Elas referiram possuir mais dificuldades no início da vida sexual, com diminuição ou falta de libido devido a inexperiência e desinformação. E, mais, que os obstáculos diante a sexualidade também estão relacionados a atitudes do parceiro e a presença de doenças.

Sánchez et al., 2013 indicam que por parte das pacientes, as dificuldades estão diretamente relacionadas ao medo de falar sobre sua privacidade sexual e serem julgadas por isso; medo de violação da confiabilidade; desinformação sexual com aspecto reducionista orgânico; negação da própria sexualidade; criação de barreiras que dificultam a comunicação e presença de terceiros no momento da consulta. Na nossa investigação também aparece a necessidade de se ter segurança, confiança e liberdade para a mulher discorrer sobre sexualidade com os profissionais de saúde.

As mulheres apontam para a importância da abordagem sobre sexualidade nos serviços de saúde e que mediante os conflitos relacionados a essa dimensão, algumas procuraram os profissionais. Algumas entrevistadas consideraram que suas necessidades foram acolhidas e outras apontaram que os profissionais de saúde têm limites em reconhecê-las.

No tocante às relações de sexualidade e gênero, Rodrigues, Nogueira, Higarashi, Heidemann e Baldissera (2019), evidenciam que por meio do diálogo, foi possível o afastamento da concepção doméstica das condutas femininas, ainda que durante toda a vida das participantes, a construção social tenha influenciado a sexualidade feminina de maneira conservadora e pautada nas relações de poder entre os gêneros.

As dificuldades para a abordagem da sexualidade, por parte dos profissionais, são decorrentes do baixo interesse pela temática sexualidade, tanto na graduação, quanto na educação continuada; conhecimentos sobre sexologia clínica escassos; medo / resistência consciente ou não de se aproximar do tema, visto ser um assunto tabu na cultura médica pelo receio de julgamentos por outros companheiros de trabalho; falta de habilidades para abordar aspectos íntimos e privados; reducionismo sexista; crença de que não existe recurso terapêutico eficaz para as disfunções sexuais; concepção de que elas são “normais para certas idades”. Ainda que o déficit de formação dos profissionais persista, destaca-se, como principal razão para que esse tema não seja abordado, a falta de tempo nas consultas (Sánchez et al., 2013).

Apesar de uma grande prevalência de disfunções sexuais entre as mulheres, a discussão sobre sexualidade entre médicos é limitada, sobretudo por causa de tabus e porque a abordagem sobre problemas sexuais é ineficiente para a maioria dos residentes em ginecologia e obstetrícia. E, mais, que existem poucos modelos para guiarem o médico na discussão sobre disfunção sexual e poucos protocolos disponíveis para o manejo de queixas sexuais orgânicas e não-orgânicas (Lara, Scalco, Troncon, & Lopes, 2017).

As entrevistadas indicam que a sexualidade não é abordada nos serviços devido a organização e funcionamento das unidades de saúde, como alta demanda de atendimentos, a qual compromete a comunicação entre os profissionais e usuários; os tabus que permeiam a sexualidade, tanto para os trabalhadores quanto para as mulheres, e, por fim a desmotivação com o trabalho.

Evidencia-se a escassez de noções de promoção de saúde na área, devido à, sobretudo, carência na formação sobre essa temática, o que deixa explícita, segundo os autores, a necessidade de se ampliar as discussões no meio acadêmico e profissional (Nogueira, Rodrigues, Labegalini, Lopes, & Baldissera, 2017).

Para Lara, Scalco, Troncon e Lopes (2017) os profissionais de saúde deveriam incluir uma abordagem da sexualidade na sua rotina com as mulheres uma vez que os problemas sexuais são prevalentes, sobretudo em mulheres que procuram serviços da Atenção Primária. Segundo eles, uma história sexual deve se basear em: abordagem centrada na pessoa; recomendações baseadas em evidências para diagnóstico e tratamento e uso de abordagem unificada e gerenciada.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A investigação possibilitou analisar as dificuldades encontradas pelas mulheres relacionadas à sexualidade ao longo da vida e como elas as enfrentam, bem como analisar a atuação profissional frente às necessidades de saúde relacionadas à sexualidade nos serviços de atenção primária na perspectiva das mulheres, o que nos remete ao alcance dos objetivos propostos.

Em relação às diferentes dificuldades relacionadas à sexualidade, evidenciou-se a inexperiência e desinformação da mulher, a sexualidade da mulher dificultada pelas atitudes do parceiro e causas orgânicas interferindo. A respeito da atuação dos profissionais de saúde diante da sexualidade da mulher, constatou-se divergências entre as mulheres quanto ao acolhimento das dificuldades encontradas pelas mulheres e pelos trabalhadores e reconheceu-se dissenso quanto à capacitação dos mesmos.

A pesquisa reiterou que a sexualidade da mulher é um fenômeno complexo. Dessa forma, é fundamental que os profissionais de saúde abordem a temática, pois as mulheres possuem

necessidades a serem acolhidas por eles. E, mais, que os entraves para uma efetiva atuação dos serviços de saúde decorrem da fragilidade do sistema de saúde público.

A abordagem qualitativa possibilitou explicitar os significados, as crenças, as atitudes e os valores da mulher em relação à sua sexualidade e algumas necessidades do serviço de saúde no tocante a essa temática. Ademais, a pesquisa, embora concernente a uma população adscrita, possibilitou revelar necessidades que podem contribuir para o planejamento de outros serviços de saúde na reorganização das ações direcionadas à essa população.

7. REFERÊNCIAS

- Jen, S. (2017). Sexuality of midlife and older women: A review of theory use. *Journal of Women & Aging*, 30 (3), 204–226.
- Lara, L.A.S., Scalco, S.C.P., Troncon, J.K. & Lopes, G.P. (2017). A model for the management of female sexual dysfunctions. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 39 (4), 184-194.
- Machado, J.S.A. & Penna, C.M.M. (2016). Reprodução feminina e saúde sob os olhares de mulheres sem filhos. *REME - Rev Min Enferm*, 20, 1-7.
- Minayo, M.C.S. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (14a ed.). São Paulo: Hucitec.
- Minayo, M.C.S. (2016). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade* (33a ed.). Petrópolis: Vozes.
- Nasser, M.A., Nemes, M.I.B., Andrade, M.C., Prado, R.R., & Castanheira, E.R.L. (2017). Assessment in the primary care of the State of São Paulo, Brazil: incipient actions in sexual and reproductive health. *Revista de Saúde Pública*, 51 (77), 1-12.
- Nogueira, I.S., Rodrigues, D.M.M.R., Labegalini, C.M.G., Lopes, M.C.L. & Baldissera, V.D.A. (2017). A percepção e formação dos acadêmicos de enfermagem acerca da sexualidade humana. *Revista de pesquisa: Cuidado fundamental online*, 9 (3), 614-619.
- Rodrigues, D.M.M., Nogueira, I.S., Higarashi, I.H., Heidemann, I.T.S.B. & Baldissera, V.D.A. (2019). Desvelamento crítico em sexualidade entre idosas como dispositivo de avaliação educattiva dialógica. *Rev. Baiana Enferm.*, 33, 27754.
- Sánchez, F.S., Correales, R.G., López, A.R.J., Blanco, C.S.M., Hernández, R.M.M. & Ubeda, M.J.T. (2013). La anamnesis em la história clínica em salud sexual: habilidades y actitudes. *Semenger*, 39 (8), 433-439.
- Vieira, K.F.L., Nóbrega, R.P.M., Arruda, M.V.S. & Veiga, P.M.M. (2016). Representação social das relações sexuais: um estudo transgeracional entre mulheres. *Psicologia: Ciência e profissão*, 36 (2), 329-340.

MUJER Y DISCAPACIDAD: PERCEPCIÓN DE SU CALIDAD DE VIDA

María Victoria Martín-Cilleros¹, María Cruz Sánchez-Gómez¹, Miguel Ángel Verdugo-Alonso¹,
Manuela Crespo-Cuadrado¹, Ana Belén Sánchez-García¹, Cristina Caballo-Escribano¹, Sonia
Verdugo-Castro¹ y Elena Manjón-García¹

¹Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO) Universidad de Salamanca, España. viquimc@usal.es
mcsago@usal.es.

Resumen: Introducción: La discapacidad es una condición que afecta a la calidad de vida de las personas, si quien la padece es una mujer, esta afectación puede llegar a ser más limitante. Ante la escasa literatura y la necesidad de conocer la situación actual con fines de intervención, se realiza el siguiente estudio; Objetivos: Conocer la percepción de la mujer con discapacidad teniendo en cuenta aquellos aspectos que contribuyen a su desarrollo integral e inclusivo Métodos: Mediante un cuestionario de preguntas abiertas *ad hoc* se ha realizado un análisis cualitativo de los datos utilizando el programa NVivo 12; Resultados: La mujer del ámbito rural y urbano siente más preocupación por su autodeterminación e inclusión, ambas dimensiones destacan independientemente del tipo de discapacidad; mientras que aquellas que viven en lugares intermedios además de la autodeterminación les preocupa su desarrollo personal, derechos y bienestar físico. Se han encontrado diferencias según la edad, siendo el bienestar emocional una dimensión a tener en cuenta a medida que la mujer avanza en su ciclo vital. Conclusiones: Es necesario una mayor sensibilización de la población, así como facilitar tanto recursos como espacios que permitan a la mujer con discapacidad un mayor empoderamiento y participación realmente inclusiva.

Palabras clave: Discapacidad; Mujer; Bienestar, Calidad de Vida, Enfoque Cualitativo.

WOMEN AND DISABILITY: PERCEIVING THEIR QUALITY OF LIFE

Abstract: Introduction: Disability is a condition that affects the quality of life of people, if the one who is affected is a woman, this affectation can become more limiting. In view of the limited literature and the need to know the current situation for intervention purposes, the following study is carried out; Objectives: To know the perception of women with disabilities taking into account those aspects that contribute to their integral and inclusive development; Methods: A qualitative analysis of the data was carried out using the NVivo 12 programme by means of an *ad hoc* open questionnaire; Results: Rural and urban women are more concerned about their self-determination and inclusion, both dimensions stand out independently of the type of disability; while those who live in intermediate places besides self-determination are concerned about their personal development, rights and physical well-being. Differences have been found according to age, with emotional wellness being a dimension to take into account as the woman advances in her life cycle; Conclusions: It is necessary to raise awareness among the population, as well as to provide both resources and spaces that allow women with disabilities greater empowerment and truly inclusive participation.

Keywords: Disability; Woman; Welfare, Quality of Life, Qualitative Approach

1. INTRODUCCIÓN

La observación presentada por el Comité sobre los derechos de las Personas con discapacidad sobre las mujeres y las niñas con discapacidad (Comité de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad, 2016), indica que existen pruebas sólidas que demuestran que las mujeres y las niñas con discapacidad afrontan obstáculos

en la mayor parte de los ámbitos de vida y que dichos obstáculos generan situaciones en las que existen múltiples e interseccionales formas de discriminación contra ellas. Señala que estas en concreto tienen que ver con: la igualdad de acceso a la educación, las oportunidades económicas, la interacción social y la justicia, el igual reconocimiento como persona ante la ley y la capacidad de participar en la política y ejercer control sobre sus propias vidas en diversos contextos como el de atención a la salud, incluidos los servicios de salud sexual y reproductiva, y de decisión sobre dónde y con quién desean vivir.

Destaca así que las mujeres y las niñas con discapacidad tienen más probabilidad de ser objeto de discriminación que los hombres y los niños con discapacidad y que las mujeres y las niñas sin discapacidad.

El Comité señala además que las leyes y políticas internacionales sobre la discapacidad han desatendido históricamente los aspectos relacionados con las mujeres y las niñas con discapacidad y que también las leyes y políticas relativas a la mujer han hecho caso omiso de la discapacidad. Así considera que esto ha llevado a una situación de invisibilidad que se ha perpetuado en situaciones de formas múltiples e intersectoriales de discriminación contra las mujeres y las niñas con discapacidad que son a menudo objeto de discriminación por motivos de género y/o discapacidad y también por otros motivos.

Entre estos motivos, se alude a la edad, la discapacidad, el origen étnico, nacional o social, la identidad de género, la opinión política o de otra índole, la raza, la condición de migrante, refugiado o solicitante de asilo, la religión, el sexo y la orientación sexual.

De este modo, indica que las mujeres con discapacidad pueden encontrarse en situaciones en las que varios motivos o factores, como el sexo y la discapacidad, entre otros o junto con otros, interactúen al mismo tiempo, de forma que son inseparables y conducen a situaciones de discriminación complejas agravadas y específicas.

Destaca entonces que las mujeres con discapacidad son un grupo diverso en base a todas las variables anteriores y otras posibles, y advierte sobre la necesidad de tener esto en cuenta, pues en una mujer concreta la interacción de diversas de las variables descritas puede llevar a situaciones de discriminación aumentadas en base a tal conjunto complejo de interacciones (Comité de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad, 2018).

Varias voces sugieren que el hecho de que las mujeres con discapacidad superen a los hombres, sobre todo a medida que la edad aumenta, no deriva solo de la aparición de condiciones biológicas, sino más bien de la existencia de estas situaciones y experiencias de discriminación relacionadas con la imposibilidad de tomar decisiones sobre sus propias vidas, el paternalismo con el que conviven, la falta de información y la falta de autonomía en la toma de decisiones en su vida cotidiana (Gomiz, 2017).

Como se ha comentado previamente, la historia de las mujeres con discapacidad es también una historia de resiliencia. Ciertamente, a pesar de la existencia de situaciones discriminación, exclusión, ausencia de visibilidad, vulneración de derechos y violencia contra ellas, muchas de estas mujeres ya están organizadas en movimientos activos y decididas a luchar para defender sus derechos.

Del trabajo realizado por estos colectivos de mujeres han surgido muchas propuestas y planteamientos para avanzar en la mejora de sus condiciones de vida los cuales se detallan, entre otros, en el Segundo Manifiesto de los Derechos de las Mujeres y Niñas con discapacidad de la Unión Europea (Comité de Mujeres del Foro Europeo de la discapacidad, 2011) o, a nivel nacional, en el Segundo Plan Integral de Acción de Mujeres con Discapacidad 2013-2016 (CERMI, Fundación CERMI Mujeres, 2013).

Datos recientes proporcionados por el Observatorio Estatal de la Discapacidad (OED, 2018), indican que, según la Encuesta Nacional de Salud realizada en 2017, un 22,8% de las personas residentes en España se han visto limitadas en los últimos seis meses para realizar las actividades de la vida cotidiana debido a un problema de salud. De nuevo, el porcentaje crece con la edad y es sustancialmente más alto entre las mujeres que entre los hombres.

En España, en el año 2008, según la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, EDAD, presentaban discapacidad más de tres millones y medio de personas. Casi el 60% de estas eran mujeres y los porcentajes de mujeres con discapacidad con respecto a los hombres se veían incrementados a medida que aumentaba la edad (INE, 2009).

En Castilla y León, en el año, en 2015 había un total de 169.637 personas con discapacidad, lo cual supone una prevalencia del 6,86% sobre el total de la población. El 48,2% de estas personas eran mujeres y el 51,8% varones.

El perfil es similar al reflejado en los datos mundiales y españoles afectando sobre todo a las personas de entre 50 y 89 años (que suponen el 69% de las personas con discapacidad de Castilla y León).

A partir de los 65 años y sobre todo de los 80 se produce también en Castilla y León una feminización de la vejez y las mujeres con discapacidad superan a los hombres. En concreto, para las discapacidades que generan mayor dependencia el número de mujeres duplica al de hombres. Finalmente, casi la mitad (44,4%) de estas personas con discapacidad viven en entornos rurales con baja densidad de población o incluso despoblación lo que plantea la necesidad de crear prestaciones y recursos adecuados a las demandas concretas de personas con discapacidad que viven en zonas rurales dispersas (Consejería de familia e igualdad de oportunidades de Castilla y León, 2017).

Se considera de especial necesidad conocer la situación real de las mujeres con discapacidad al objeto de sensibilizar a la población y tener como base los resultados para emprender futuras acciones y acercarse a la situación de dicho colectivo.

2. MÉTODO

2.1 Objetivos

A través de una revisión amplia de bibliografía relacionada con el tema, se constata que no existen en la actualidad muchas investigaciones que recojan información sobre este colectivo en Castilla y León. De ahí, la importancia de los resultados de este estudio, cuyo objetivo principal es conocer la percepción de la mujer con discapacidad en Castilla y León teniendo en cuenta aquellos aspectos que contribuyen a su desarrollo integral e inclusivo. Este estudio es de especial interés, puesto que supone analizar las demandas de las mujeres con discapacidad y proporcionar sugerencias de mejora del sistema de dependencia.

2.1 Procedimiento

En situaciones como las planteadas en este estudio, en que los contextos a investigar están claramente definidos (mujeres con discapacidad de Castilla y León), y la población implicada en la intervención es limitada, un planteamiento meramente extensivo no permitiría la realización de un análisis minucioso como el que propone el enfoque intensivo. Por estas

razones teórico-metodológicas y pragmáticas, se consideró pertinente la utilización de métodos cualitativos para identificar y proponer líneas de intervención.

Para el estudio se elaboró un cuestionario ad hoc de preguntas abiertas dirigido a conocer expectativas, creencias, percepciones y opiniones de las mujeres con discapacidad castellano-leonesas, el cual fue difundido a través de representantes, a instituciones oficiales y asociaciones de personas con discapacidad. Se realiza un muestro incidental de la población de la zona rural y urbana de la comunidad de Castilla y León, con respuesta de 526 personas, ofreciendo la información las propias interesadas, cuidadores primarios o tutores.

Una vez volcada toda la información en el programa CAQDAS Nvivo 12, desde una plantilla de Excel, se procedió a la categorización y codificación o asignación del espacio textual a la categoría correspondiente (Sánchez, Delgado y Santos, 2013).

Previo al proceso de categorización, se realizó un análisis global que consistió en: a) reuniones del equipo para clarificar conceptos clave, en nuestro caso apoyos recibidos y su relación con la calidad de vida de las mujeres con discapacidad, b) antes de la codificación se leyó varias veces el texto para detectar afirmaciones centrales, anotar las ideas y palabras clave; y, sus posibles definiciones.

El proceso se completó realizando juicios de valor sobre este análisis, lo que permitió elaborar un libro de códigos para que los codificadores no cometieran errores al asignar texto a una categoría correspondiente. Los análisis de respuestas se realizaron mediante un análisis de contenido clásico siguiendo las fases: reducción, disposición y transformación de los datos utilizando una herramienta informática para facilitar el trabajo (CAQDAS Nvivo 12).

2.3 Resultados

Posteriormente, y siguiendo los criterios para garantizar la calidad en la investigación cualitativa (Palacios, Gutiérrez y Sánchez 2013), la codificación fue realizada bajo la supervisión del equipo, para así poder garantizar la credibilidad del proceso.

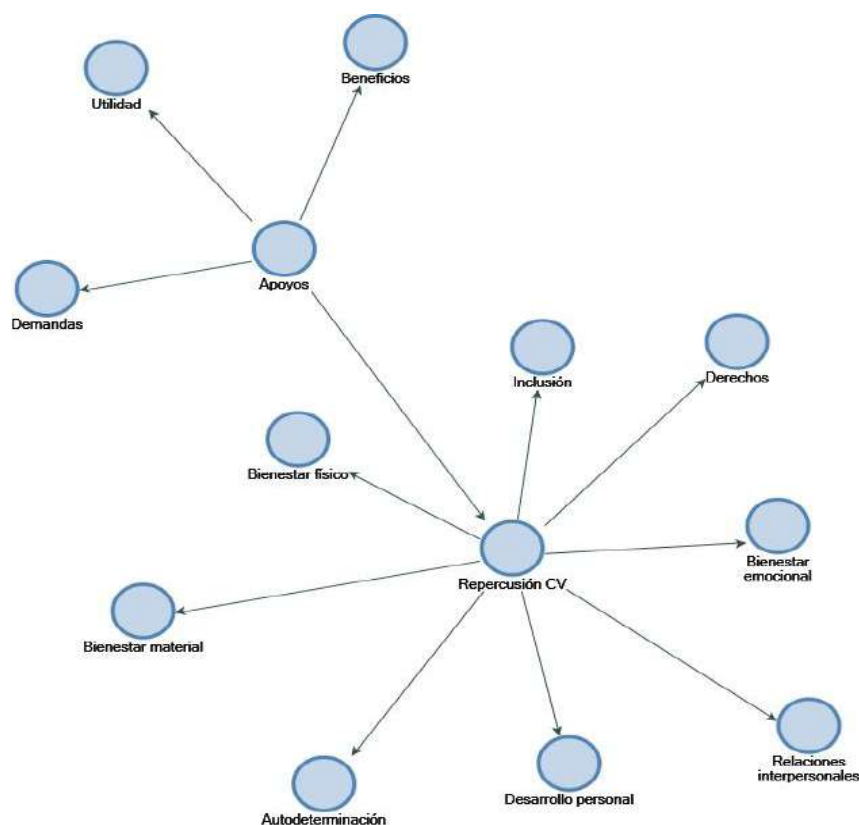


Figura 1. Mapa conceptual de categorías.

De acuerdo a los comentarios ofrecidos, surge el mapa conceptual (ver figura 1) que está centrado en los apoyos. Sus categorías quedan definidas de forma exhaustiva y contextualizada por demandas, utilidad, beneficios y repercusión en la calidad de vida (CV), a partir de la cual se distinguen las subcategorías correspondientes a las ocho dimensiones propuestas por Schalock y Verdugo (2003).

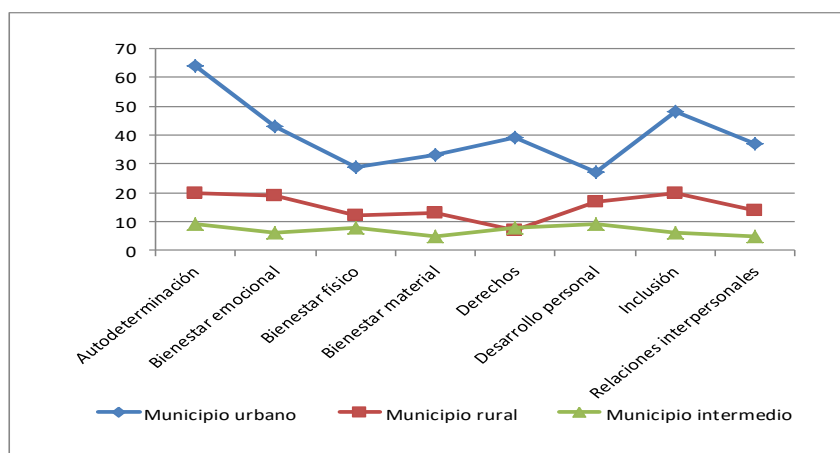


Figura 2. Frecuencia de comentarios ofrecidos según dimensión de calidad de vida y lugar de residencia.

Haciendo un análisis más profundo sobre la variable lugar de residencia (ver figura 2), se observa como aquellas mujeres que viven en el medio urbano, han sido más participativas en la encuesta de opinión. Dichas mujeres, al igual que las que viven en medios rurales manifiestan más comentarios sobre la autodeterminación y la inclusión, ocupando esta segunda variable un quinto puesto para mujeres que viven en municipios intermedios, aquellos municipios entre 10.000 y 50.000 habitantes. Las mujeres de estos últimos municipios ofrecen mayores comentarios, además de en autodeterminación y desarrollo personal, en derechos y bienestar físico.

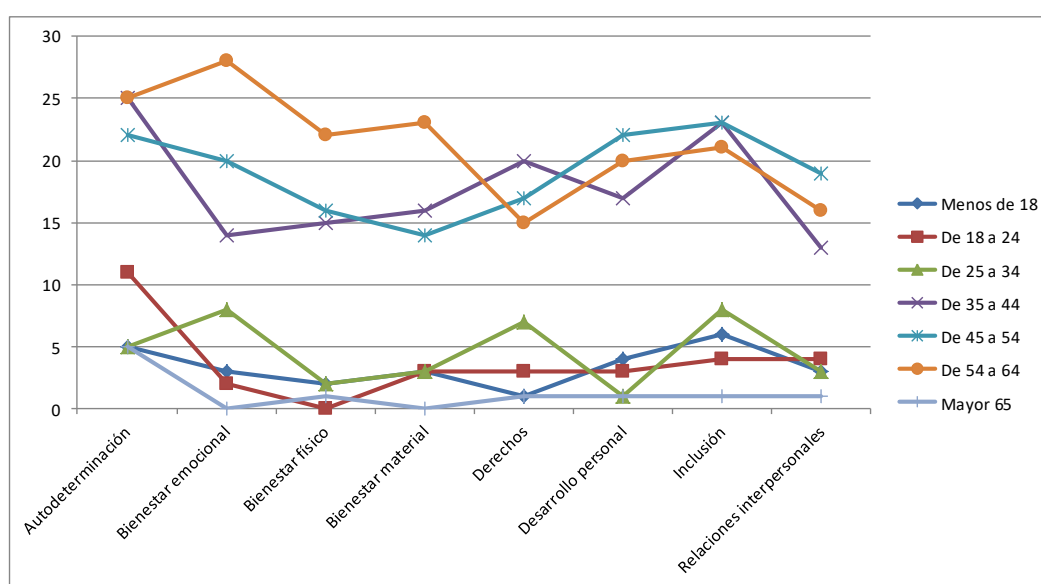


Figura 3. Frecuencia de comentarios ofrecidos según dimensión de calidad de vida y edad.

Como se puede apreciar en la figura 3, los comentarios han variado según el rango de edad, siendo más frecuentes en el rango de edad entre 35 y 64 años con preocupaciones diferentes a las de un rango menor. Se observa que en mujeres con menos de 18 años el tema más comentado es la inclusión, la autodeterminación y el desarrollo personal, prestando menos interés a los derechos o el bienestar físico. Manifiestan comentarios donde se han sentido excluidas “la expulsaron de un curso de natación”, “se siente excluida porque necesita que le expliquen las cosas de distinta manera y decide no participar”; también hay comentarios de que se han sentido dependientes tanto físicamente como para mejorar su desarrollo personal “dependo de otras personas para muchas actividades”, “uso silla de ruedas y no puedo caminar y ello me impide poder entrar en muchos sitios y tengo necesidad de que me ayude otra persona si utilizo aseos”.

Cuando se ha preguntado a mujeres entre los 18 y 34 años la inclusión pasa a un segundo plano siendo más relevante la autodeterminación, y cogiendo más interés posteriormente el bienestar emocional y los derechos. Nos encontramos con comentarios de mujeres entre los 18 y 24 años que se sienten totalmente dependientes “dependo absolutamente de mis padres”, “soy totalmente dependiente”; manteniéndose esta situación entre los 25 y 35, con comentarios como “total y absoluta, siempre me han ordenado lo que tenía que hacer, cuándo y de qué manera”, “que no me gustan que decidan por mí, me considero divertida e independiente y no me dejan ser como yo quiero”. La falta de inclusión, como manifiesta una mujer entre los 18 y 24 años, le ha afectado también al bienestar emocional “a veces he pasado malas temporadas por culpa de discriminación por mi discapacidad” o a las relaciones interpersonales “nunca he podido participar en este tipo de actividades por no encontrar un grupo con quién hacerlas o no ser invitada para ello”.

Las mujeres entre los 25 y 34 años comentan que esta situación de sensación de discriminación sigue en la siguiente franja de edad: “hace que todos los de alrededor tiendan a ayudarte y ocuparse de ti entonces ya no eres una más”, “evito a todas aquellas personas que dándoles unas pautas básicas para que la comunicación sea más fácil las ignoran, y aquellas que se lo toman como algo gracioso”.

En relación al bienestar emocional, las mujeres menores de 18 años comentan sentimientos de baja autoestima, acoso o inseguridad que duran hasta los 24 años “La autoestima la tienen muy baja porque piensan que todo lo hace mal”, “ha sufrido bullying en el colegio y en el comedor, otros niños se ríen de ella y hacen ruidos y cantan que saben que le molesta; se mofan muy a menudo”; a partir de los 25, incluso un poco antes, en algunas participantes comienzan los problemas de depresión “he sufrido y sufro depresión desde hace casi tres años, estoy en tratamiento con una psiquiatra; he conseguido recuperarme bastante, pero no del todo”, “me encuentro deprimida”, “cuando me operaron me afectaron a nivel emocional los cambios físicos transitorios que se originaron” (comentarios de mujeres entre los 25 y 34). Estos síntomas van a estar más presentes entre los 35 y los 44, con diagnósticos de depresión, ansiedad “va, a psicólogo para ser fuerte”, “a veces tengo bajones y necesito hablar con el psicólogo del centro y contarle mis cosas”, “con depresiones temporales”.

Finalmente, entre 35 y 65 existen comentarios en todas las dimensiones, destacando de nuevo ligeramente la autodeterminación y la inclusión.

Las mujeres entre los 35 y 44 años especifican más los temas con los que consideran que no tienen autodeterminación siendo el más recurrente los problemas con el lugar de residencia: “no he elegido dónde ni con quién vivir”, “no puedo elegir lo que quiero no puedo elegir donde vivir”, “no poder vivir sola”, “todavía vivo en mi casa con mis padres y hermanos”. En el intervalo de los 45 a los 54 describen esa situación de dependencia desde el pasado “han elegido por mi mucha cosa como el lugar de residencia por ejemplo”, “no viajaba sola, me daba miedo; siempre me acompañaba mi madre o hermanas”; y manteniéndose aún hoy día “no puedo ir sola en el autocar hasta mi pueblo; mi familia no me lo autoriza”, “me gustaría hacer más actividades”, “no puedo disponer de mi dinero”, “no puedo realizar todas las actividades que deseo, como viajar a lugares determinados”; en algunos casos es la propia discapacidad la que limita la autodeterminación “que quiero hacer más de lo puedo yo”.

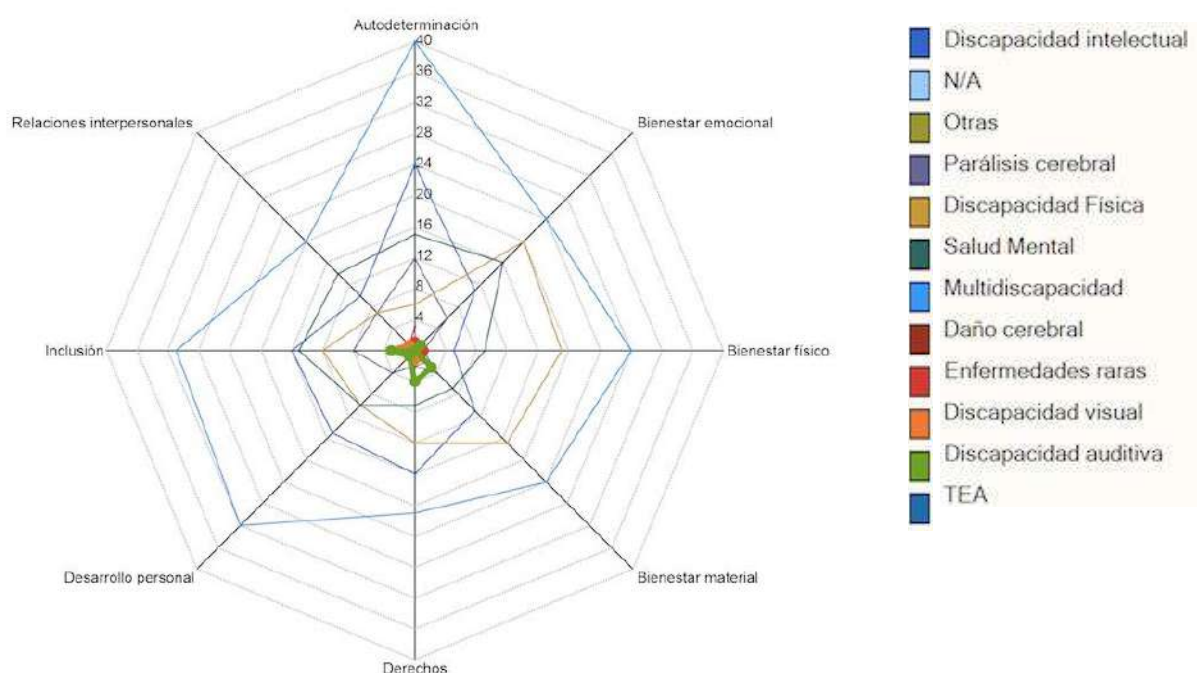


Figura 4. Frecuencia de comentarios ofrecidos según dimensión de calidad de vida y tipo del discapacidad.

Cuando los comentarios se analizan de acuerdo al tipo de discapacidad, las dimensiones más comentadas hacen referencia a la autodeterminación e inclusión, siendo los temas menos abordados las relaciones interpersonales y el bienestar físico.

Las mujeres manifiestan limitaciones en su autodeterminación de acuerdo a sus opiniones, de las cuales aproximadamente un 40% fueron a cargo de personas que presentaban discapacidad múltiple, donde reflejan experiencias relacionadas con la total dependencia de los padres “dependo totalmente de mis padres”, seguido de un 24 % por personas con discapacidad intelectual, donde los comentarios hacen referencia a no poder elegir en diferentes aspectos de sus vida “no he elegido dónde ni con quién vivir”, “no siempre se respetan mis decisiones “; un 15 % de personas con problemas de salud mental que abarcan los dos aspectos comentados anteriormente con manifestaciones del tipo “no se administrar el dinero; me tienen que ayudar y a veces gasto todo lo que tengo en objetos que no necesito”, “tener derecho a la autodeterminación, tomar nuestras propias decisiones”; y un 12% aquellas que presentan parálisis cerebral que se enfocan más en la total dependencia que tienen de un apoyo “total y absoluta, siempre me han ordenado lo que tenía que hacer, cuándo y de qué manera”, “constante vigilancia”. Esta dimensión fue menos tenida en cuenta por las personas con alguna discapacidad física o enfermedad rara.

En los comentarios relacionados con la dimensión de inclusión se percibe una sensación de rechazo generalizada: “me he sentido discriminada cuando he acudido al médico”; donde no se le reconocen derechos en el trabajo e intimidad: “es mucho más difícil cuando se tiene una discapacidad encontrar un trabajo; a mí me gustaría trabajar y encontrar un trabajo estable”, “me gustaría tener más intimidad”.

3. CONCLUSIONES

De acuerdo a los comentarios manifestados por las mujeres podemos concluir que presentan una afectación en todas las dimensiones de la calidad de vida. Hacen un mayor énfasis en la falta de autonomía, con una constante sensación de dependencia, y falta de elección, debiendo amoldarse a sus cuidadores o tutores. Aunque la presencia es cada vez mayor en la comunidad, la participación continúa siendo una asignatura pendiente, bien por las barreras arquitectónicas o por las más difíciles de eliminar, como son las mentales. El círculo de amistades es reducido, siendo difícil la creación de nuevas redes sociales debido a las dificultades que encuentran para aumentar la participación en la comunidad, como se comentó anteriormente y por la pérdida de ellas cuando la discapacidad aparece en la vida de la persona o la familia.

En el desarrollo personal los comentarios suelen ahondar más en el ámbito profesional, donde es difícil encontrar trabajo o incluso la discapacidad lleva a una situación de

desempleo. Estas situaciones hacen que el bienestar material se vea muy afectado, unido a los gastos derivados de la discapacidad por temas de salud, arquitectónicos u otros tipos de apoyos.

Aunque no haya sido una dimensión muy comentada, el bienestar físico está condicionado igualmente a su situación de dependencia, siendo un colectivo con bastantes problemas de salud algunos de ellos efectos secundarios de la medicación. Entre los problemas de salud, la salud mental está muy afectada, cuanto mayor es la edad de la mujer mayor afectación.

Al igual que otros estudios han venido observando (Gomiz, 2017; Shu y Conde, 2009), las participantes manifiestan problemas emocionales, tales como baja autoestima, no siendo abordados por profesionales hasta que no derivan en depresión u otros problemas de salud mental más serios. Es necesario que este apoyo emocional esté presente desde los inicios de la manifestación de la enfermedad cuando esta surge en el desarrollo evolutivo de la persona y que se trabaje este aspecto desde etapas infantiles cuando la persona presenta la discapacidad desde el nacimiento. Este aspecto es eclipsado, a la vez que potenciado, por sus problemas económicos, puesto que una de las principales necesidades que consideran no cubiertas tiene que ver con los gastos que se derivan de su discapacidad, como son los gastos médicos, dirigidos a apoyos físicos o arquitectónicos. Estas necesidades básicas hacen que no dispongan de ingresos para otras actividades de tipo lúdico, que junto con la discriminación que encuentran en la comunidad en el momento de la participación, y en algunas circunstancias, una autoimagen negativa, inciden en el bienestar emocional, siendo muy habitual en los comentarios “tengo depresión”, “ansiedad”.

De los resultados se desprende la necesidad de continuar trabajando la independencia y autonomía, viéndose la figura del apoyo personal como algo muy beneficioso tanto para la persona con discapacidad que le permite mayor autonomía y planificación, como para los familiares que les sirve de respiro. Actualmente esta figura solo se utiliza para las necesidades básicas como vestido o acompañamiento a centros médicos, pidiendo una mayor disponibilidad de los mismos, tanto en número como en horas. Los comentarios indican la necesidad de más asistentes personales, regulados por la administración y con una formación determinada. Igualmente necesario es la sensibilización de la población en general, facilitando más espacios de participación delineados bajo la orientación de diseño universal.

Agradecimientos. Agradecemos al Comité Autonómico de Entidades de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) en Castilla León la financiación del estudio, y a todas las mujeres que han compartido con el/las autor/as sus inquietudes.

4. REFERENCIAS

- CERMI, Fundación CERMI Mujeres (2013). *II Plan Integral de Acción de Mujeres con discapacidad 2013-2016*. Madrid: CINCA.
- Comité de Mujeres del Foro Europeo de la Discapacidad (2011). *2º Manifiesto de los derechos de las Mujeres y Niñas con Discapacidad de la Unión Europea. Una herramienta para activistas y responsables políticos*. Vitoria-Gasteiz: EMAKUNDE-Instituto Vasco de la Mujer.
- Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad de Naciones Unidas (2016). *Observación general número 3 sobre las mujeres y las niñas con discapacidad*. Naciones Unidas: Convención sobre los derechos de las Personas con Discapacidad.
- Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad de Naciones Unidas (2018). *Observación general número 6 sobre la igualdad y la no discriminación*. Naciones Unidas: Convención sobre los derechos de las Personas con Discapacidad.
- Consejería de familia e igualdad de oportunidades de Castilla y León (2017). Acuerdo 7/17 del 9 de febrero de la Junta de Castilla y León, por el que se aprueba el plan estratégico de igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad 2016/2020. Boletín Oficial de Castilla y León BOCYL, 29. 4189-4268.
- Gomiz, P. (2017). Vulnerabilidad y exclusión social en las mujeres con discapacidad. *Documentación social*, 184, 153-178.
- Instituto Nacional de Estadística, INE (2009). Panorámica de la discapacidad en España. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de dependencia, 2008. *Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadística*, 1-12
- Observatorio Estatal de la Discapacidad OED (2018). *Personas con discapacidad y discriminación múltiple*. Recuperado 14 octubre 2019: <https://observatoriodeladiscapacidad.info/attachments/article/102/DISCRIMINACION%20MULTIPLE%20OED.pdf>
- Palacios, B., Gutiérrez, A., & Sánchez, M. C. (2013). NVIVO 10: Una herramienta para la investigación en Comunicación. In M. Pacheco, M. Vicente, & T. González (Eds.), *Investigar la Comunicación hoy. Revisión de políticas científicas y aportaciones metodológicas*. Simposio Internacional sobre Política Científica en Comunicación (Vol. 4, pp. 1003-1018).
- Sánchez-Gómez, M.C., Delgado, M.C., y Santos, M.C. (2013). *El proceso de la investigación cualitativa. Manual de procedimiento: ejemplificación con una tesis doctoral*. Valladolid: Edintras.
- Schallock, R. L., y Verdugo, M. A. (2007). *Calidad de vida: manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza.
- Shum, G. y Conde, A. (2009). Género y discapacidad como moduladores de la identidad. *Feminismos*, 13, 119-132.

ANÁLISE DE DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO DE CIRURGIÕES-DENTISTAS NO COTIDIANO DA REGULAÇÃO ASSISTENCIAL

Leonardo Carnut¹, Celso Zilbovicius², Tarsila Teixeira Vilhena Lopes², Brunna Verna Castro³ e Jaqueline Vilela Bulgareli⁴

¹Universidade Federal de São Paulo, Brasil, leonardo.carnut@gmail.com

² Universidade de São Paulo, Brasil, czilbo@usp.br, tarsilatvlopes@gmail.com

³ Universidade Estadual do Piauí, Brasil, bvernaagondim@hotmail.com

⁴Universidade Federal de Uberlândia, Brasil, jaquelinebulgareli@gmail.com

Resumo. Objetivo: Compreender a prática dos cirurgiões-dentistas ao estabelecerem o fluxo assistencial para casos de lesões suspeitas de câncer bucal em um município do nordeste brasileiro. Método: Tratou-se de um estudo qualitativo, do ponto de vista da abordagem do problema de pesquisa. Esses dados foram coletados através de entrevista semiestruturada e analisados segundo o método do Discurso do Sujeito Coletivo. Foram entrevistados quatro Cirurgiões-Dentistas (CD) da rede, dos quais três eram de equipes de saúde bucal e um era a estomatologista do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Resultados: Os profissionais entendem o fluxo assistencial como parte de sua rotina, no entanto, em ambos os níveis de atenção, lhes faltam conhecimentos com relação as suas atribuições. Para estes, a referência se resume a uma “fichinha” de encaminhamento e em nenhum momento fazem alusão às demais etapas do fluxo. Segundo eles, sempre existe vaga, mas não há demanda. Isso parece sugerir um problema nesta rede de atenção, com possíveis desdobramentos regionais. Conclusões: Os CD agem indiferentemente à gravidade do problema. A única garantia que o paciente tem é o papel na mão e a esperança de que um dia conseguirá uma marcação, isso quando ele não se perde em face dos problemas comunicacionais.

Palavras-chave: Pesquisa Qualitativa; Neoplasia; Sistema Único de Saúde; Regulação e Fiscalização em Saúde.

DISCOURSE ANALYSIS OF THE COLLECTIVE SUBJECT OF DENTAL SURGEONS IN THE DAILY CARE REGULATION

Abstract. Objective: To understand the practice of dentists when establishing the assistance flow for cases of suspected oral cancer lesions in a municipality in northeastern Brazil. Method: This was a qualitative study, from the point of view of approaching the research problem. These data were collected through semi-structured interviews and analyzed according to the Collective Subject Discourse method. Four dental surgeons (DS) from the public health system were interviewed, three of whom were from oral health teams and one was a stomatologist at the Dental Specialties Center. Results: Professionals understand the assistance flow as part of their routine, however, at both levels of care, it lack them knowledge about their duties. For these DS, the reference is summarized to a “referral little file” and, even though, they allude to the other stages of the flow. According to them, there is always a vacancy, but there is no demand. This seems to suggest a problem in this network. Conclusions: DSs act regardless of the severity of the problem. The only guarantee that the patient has is the paper in hand and the hope that he will get an appointment, when he is not lost in the face of communication problems.

Keywords: Qualitative Research; Neoplasia; Unified Health System; Health Regulation and Inspection.

1. INTRODUÇÃO

A regulação assistencial (ou microrregulação) é uma parte do sistema regulatório (Santos & Merhy, 2006), que zela pela organização, controle, gerenciamento e priorização do acesso e dos fluxos assistenciais (Brasil, 2010). Compete a ela articular e conjugar as respostas potenciais do sistema, o que implica em avaliar o que foi planejado nos vários recortes da assistência, requerendo da gestão uma inteligência reguladora operacional. Nessa perspectiva, em um sistema assistencialmente regulado, o usuário, ao adentrar a rede de serviços, passa a ser direcionado pelo complexo regulatório, de acordo com suas necessidades (Magalhães, 2002; Batista et al, 2019).

No que se refere, especificamente, ao direcionamento do usuário, um sistema ordenado de fluxos e contrafluxos são necessários para a adequada integração entre “pontos de atenção” de um mesmo sistema. É o que Solla e Chioro (2008) nomeiam como Sistema de referência e contrarreferência, uma parte integrante do processo de regulação assistencial que tem como principal função viabilizar a continuidade da atenção aos usuários (Witt, 1992) gerando, com isso, uma diversidade de fluxos assistenciais. Entende-se por fluxo assistencial o deslocamento da população aos pontos de atenção ou, como chamados normalmente: os serviços de saúde (SESAU, 2003). Este seria, portanto, uma parte constitutiva do Sistema de referência e contrarreferência.

Normativamente, o primeiro documento ministerial que versou sobre o assunto foi a Norma Operacional de Assistência à Saúde 2001-2002 (NOAS 2001/2002) (Brasil, 2001). Focando-se no fluxo “atenção básica-atenção secundária”, o acesso aos procedimentos especializados, a padronização de solicitação de procedimentos via protocolização e o estabelecimento de unidades de referência inter/intra níveis são ações clássicas na definição de fluxos (Brasil, 2008).

Assim sendo, as unidades de atenção secundária (ou também dita, especializada) compõe, assim como as outras dos demais níveis de atenção, o rol de elementos de um sistema de referência e contrarreferência básico (Kurschnir, Chorny & Lira, 2010). Gerencialmente falando, é importante a organização de fluxos assistenciais que componham um sistema de referência entre atenção básica e atenção secundária que garantam o acesso dos indivíduos às consultas e procedimentos especializados (Solla & Chioro, 2008). Esse recurso tende a ser mais padronizado quando se trata de casos onde a patologia ou lesão pode progredir para o óbito. No caso dos serviços de saúde bucal, isso fica evidente quando

a equipe de saúde bucal se depara com uma lesão suspeita de câncer de boca (Maciel, 2012; Santos et al, 2009; Torres-Pereira et al, 2012).

Conceitualmente falando, “câncer de boca”, “câncer bucal” e “câncer oral” são termos muito abrangentes, podendo a falta de especificação gerar confusões (Inca, 2012).

Ao se referir ao câncer da cavidade bucal, a Organização Mundial de Saúde, por exemplo, exclui os casos de câncer de lábio. Quanto às demais localizações anatômicas da boca (gengiva, assoalho da boca, mucosa jugal, vestíbulo da boca, língua, palato e área retromolar) diferentes seleções podem ser efetuadas em estudos específicos (Biazevic & Antunes, 2006).

É responsabilidade do cirurgião-dentista da atenção básica realizar o diagnóstico diferencial de lesões bucais e referenciar o usuário caso a lesão detectada seja suspeita. A portaria nº 599/GM, de 23 de março de 2006, estabelece que todo Centro de Especialidade Odontológica no Brasil deve realizar, dentre o elenco mínimo, atividades estabelecidas em estomatologia com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal (Brasil, 2006b).

Mesmo com a avaliação estomatológica nos Centros Especializados, esta não deve invalidar os esforços dos profissionais para o diagnóstico precoce de doenças bucais nas Unidades Básicas de Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) em todo o Brasil (Brasil, 2006a). Assim sendo, diante destas evidências é que esta pesquisa teve como finalidade compreender a prática dos cirurgiões-dentistas na adoção de certos fluxos assistenciais para os casos de lesões suspeitas de câncer bucal. Do ponto de vista de relacionamento institucional, este projeto esteve filiado ao Campus Arcoverde e Garanhuns da Universidade de Pernambuco assim como à Secretaria Municipal de Saúde a qual já dispôs sua anuência.

2. METODOLOGIA

O estudo foi realizado no município de Arcoverde, no estado de Pernambuco, Brasil. Esta municipalidade apresenta 353 Km² de território, tem uma população estimada para 2019 de 74.338 habitantes e se encontra a 256 km de distância da capital do estado de Pernambuco (Recife). Do ponto de vista de rede de serviços de saúde vinculados aos SUS municipal, é composta por 01 Hospital Regional e 19 postos de saúde municipais.

Especificamente no âmbito dos serviços de saúde bucal, Arcoverde apresenta uma rede de atenção primária com 26 Unidades Básicas de Saúde, com 17 Equipes de Saúde Bucal e 1 Centro de Especialidades Odontológica (Prefeitura Municipal de Arcoverde, 2013).

Cada equipe de saúde bucal cobrem entre 4.000 a 8.000 habitantes conforme descrito nos documentos ministeriais (Brasil, 2006a).

Com as 17 equipes instaladas no município é possível perceber que esta quantidade de equipes abrangem o total do número de habitantes. Do ponto de vista regional, Arcoverde é município sede de uma região de saúde com mais 12 municípios ao redor (Pedra, Venturosa, Buique, Sertânia, Tupanatinga, Custódia, Ibimirim, Manarí, Inajá, Tacaratu, Petrolândia e Jatobá). Apenas Arcoverde, Pedra e Venturosa e Ibimirim apresentam Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) próprios, o que, de certa maneira deveriam receber pacientes para tratamento especializado em saúde bucal de outros municípios que não tem CEO em suas redes.

Do ponto de vista da abordagem da pesquisa, tratou-se, portanto, de um estudo qualitativo (Turato, 2003). Esses dados dos discursos dos cirurgiões-dentistas foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada (Triviños, 1987) e sistematizados pela técnica de análise dos dados do Discurso do Sujeito Coletivo (Lefèvre et al, 2002).

Do ponto de vista das questões teóricas, tomou-se como “fluxo assistencial” o deslocamento da população aos serviços de saúde (SESAU, 2013).

Esse tipo de deslocamento é um percurso oficialmente normatizado, geralmente fixado por pactuações intergestores e registrados em documentos gerenciais.

Na ausência destas documentações, em geral os municípios e estados recorrem a padrões estabelecidos por resoluções e/ou portarias das áreas técnicas do Ministério da Saúde.

Para captar a percepção dos entrevistados sobre a categoria e sua execução no cotidiano foi necessária a construção de um tópico-guia que orientou o entrevistador na condução do assunto com o entrevistado (Gaskell, 2010) conforme pode ser visto na figura 1 a seguir.

Figura 1. Tópico-guia utilizado para as entrevistas com os profissionais da atenção primária. Arcoverde, Pernambuco, Brasil.

Tópico-Guia 1: Roteiro de entrevista para os profissionais cirurgiões-dentistas
<u>Identificação</u> Falar seu nome, ano de formação, formação complementar (especializações, mestrado, doutorado) e experiência clínica prévia ao trabalho em saúde pública <u>Experiência em saúde pública/saúde da família</u> Início do trabalho no 'saúde da família' (circunstância do início, motivações para procurar o cargo como forma de exercício profissional e tempo de exercício) Dia-a-dia do trabalho clínico no 'saúde da família' (o que mais chama a atenção em relação às capacidades diagnósticas que o cirurgião-dentista deve ter que difere do setor privado) <u>Experiência clínica em estomatologia</u> Atuação na área (monitoria, estágios, áreas correlatas – buco, histologia, patologia) Segurança clínica no diagnóstico de lesões suspeitas <u>Organização da referência de usuários com lesões suspeitas</u> Descrever como se ocorre a clínica do diagnóstico de lesões suspeitas e como ocorre o fluxo assistencial, desde o diagnóstico até o atendimento especializado (com detalhes) <u>Responsabilização sanitária pelos usuários com lesões suspeitas</u> Descrever o que ocorre com o paciente após o encaminhamento para o nível especializado Relatar o que o profissional recebe da gestão como forma de encaminhamento de usuários com lesões suspeitas para o nível especializado

Fonte: elaboração própria

A entrevista foi realizada por uma única pesquisadora, graduada em odontologia e com vivência nos serviços de saúde, devidamente treinada para realização de entrevistas qualitativas. Para este procedimento de coleta, com este tipo de instrumento não se faz necessária à validação conforme descrito por Gaskell (2010) já que não é intuito do estudo “encaixar” as respostas livres dos sujeitos a categorias previamente estabelecidas em formato questionário e sim criar um ambiente com certo tipo de “informalidade” para que a respostas fossem fluidas e com o mínimo de “engasgos”, tentando “provocar” um discurso mais ou menos livre que atendesse aos objetivos da pesquisa (Duarte, 2004).

As entrevistas foram realizadas em um intervalo de 3 semanas. O critério de inclusão para a seleção dos entrevistados foram todos aqueles indivíduos que estavam, no momento da pesquisa, investidos nos cargos de cirurgiões-dentistas de família e cirurgião-dentista especialista em estomatologia ou cirurgia bucomaxilofacial que se dispuseram a participar da pesquisa. De um universo de 18 profissionais, parte desses profissionais (quatro) foram abordados com o intuito de captar a percepção destes sujeitos sobre a questão em estudo. Apenas 4 foram foco desta investigação por serem considerados pela gestão dos serviços os dois extremos da situação de vivência deste fluxo assistencial, 2 deles respeitavam os

critérios de encaminhamento descritos nos protocolos ministeriais e outros 2 não. O número de entrevistadas realizadas com cada um se deu pela saturação dos discursos (Fontanella, 2012).

A técnica da entrevista semi-estruturada (Britten, 2009), com questões abertas também chamada de semipadronizada (Flick, 2009b) foi escolhida por se adequar ao objetivo desta pesquisa. Essa técnica de entrevista é conduzida com base em uma estrutura flexível, constituindo-se primordialmente de questões abertas que definem a área ser explorada ou pelo menos inicialmente, e a partir da qual o entrevistador ou a pessoa entrevistada podem divergir a fim de prosseguir com uma ideia ou resposta em maiores detalhes (Britten, 2009). Para captar as respostas foram utilizados Mp4 para registro e posterior transcrição.

Após a transcrição das entrevistas em documentos digitais, o material foi organizado no Software Qualiquanti Soft para proceder a análise através do método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). O software torna mais ágeis tarefas mecânicas da pesquisa e principalmente organiza o trabalho de análise qualitativa realizada pelo pesquisador. Permite o processamento de dados para a análise de recortes discursivos através da criação de um banco de dados que filtra os discursos em estratos e os compara (Lefèvre & Lefèvre, 2012). Além disso, permite que o próprio pesquisador avalie a qualidade do discurso produzido, aperfeiçoando o recorte dos textos e corrigindo assim desvios e inadequações. Tendo como fundamento a teoria das representações sociais e seus pressupostos sociológicos, a proposta consiste basicamente em analisar o material verbal coletado, extraído de cada um dos depoimentos.

O Discurso do Sujeito Coletivo é uma modalidade de apresentação de resultados de pesquisas qualitativas, que tem depoimentos como matéria prima, sob a forma de um ou vários discursos-síntese escritos na primeira pessoa do singular, expediente que visa expressar o pensamento de uma coletividade, como se esta coletividade fosse o emissor de um discurso, trata-se, portanto, de uma pesquisa de opinião. Esta técnica consiste em selecionar, de cada resposta individual a uma questão, as Expressões-Chave, que são trechos mais significativos destas respostas. A essas Expressões Chaves correspondem Ideias Centrais que são a síntese do conteúdo discursivo manifestado nas Expressões Chaves. Com o material das Expressões Chaves das Ideias Centrais constroem-se discursos-síntese, na primeira pessoa do singular, que são os DSCs, onde o pensamento de

um grupo ou coletividade emerge como se fosse um discurso individual (Lefèvre & Lefèvre, 2000) (Quadro 1).

Quadro 1. Exemplo: Ideia central, expressão chave e devidas ancoragens para a construção do Discurso do Sujeito Coletivo sobre a regulação assistencial do câncer bucal. Arcoverde, Pernambuco, Brasil.

	IDEIA CENTRAL	EXPRESSÃO CHAVE	ANCORAGEM	EXPRESSÃO CHAVE DA ANCORAGEM
IDEIA 1 - Organização do fluxo assistencial AB-AS propriamente dito para desordens pré-malignas	<i>Hipótese diagnóstica- ficha- entrega da ficha ao paciente- o paciente busca acesso ao CEO com a ficha – marcação no CEO – atendimento no CEO</i>	"Tá, o paciente chega a gente faz o diagnóstico, a hipótese diagnóstica de uma lesão, por exemplo, aí tem uma fichinha de encaminhamento a gente preenche os dados do paciente, ñ é muito burocrático ñ e preenche todos os dados da fichinha, põe lá ... tem uma parte, aí a gente entrega ao paciente o paciente vem diretamente no CEO e marca, e aí ele é atendido logo."	"Faz exame e se existir a necessidade tem segurança em fazer o encaminhamento para o CEO porque lá tem cirurgião bucomaxilo que é quem tá habilitado. O atendimento é rápido de em caso de necessidade de cirurgia."	"o paciente chega pra mim pela primeira vez eu faço o exame clínico todo, então eu procuro manchinha, procuro ferida, procuro lesão, enfim, paciente que quando vai contando a história, trabalha levando muito sol, faz toda a anamnese do paciente, faz exame de lábio, tecido mole, de língua, de tudo e se existir a necessidade faz o encaminhamento, é tranquilo nesse sentido assim, até porque não é a gente que fecha o diagnóstico né!, eu me sinto segura em fazer esse encaminhamento, porque lá tem cirurgião bucomaxilo que é quem tá habilitado também pra fazer biópsia essa coisa toda, o procedimento é muito rápido, o tratamento é muito rápido então quando é caso de urgência, o atendimento é feito por pronto atendimento...., mas a dificuldade só porque o dentista não tá todos dias? Então nesses casos de urgência o atendimento é quase que imediato."
	<i>Ficha- hipótese diagnóstico (?) - especificação da especialidade: "diagnóstico oral" – observações sobre o caso</i>	"Então... Como eu falei: o paciente vem até a mim, quando eu observo, eu oriento e encaminho para o CEO, que é o centro de especialidades. E boto o nome na ficha de encaminhamento, a hipótese de diagnóstico, interrogação, coloco lá observações pra quem for atender dar importância."	"O profissional precisa estar atento a qualquer lesão suspeita. Aí a gente faz o diagnóstico, assim, o diagnóstico que não é exatamente o diagnóstico. Porque muito é o patológico, né..."	"É isso aí que eu tô dizendo: você tem que dar importância. Tem que ir mais fundo, examinar, não deixar assim pra lá: "Ah, isso vai sair". Isso vai desaparecer". Não é assim. Tem que ir atrás, tem que examinar, tem que fazer anamnese direito, ver se ele é fumante, se é agricultor, que acontece muito, leva muito sol. E aí você tem que examinar melhor, é isso que é a diferença. A gente não pode dizer já que é um tipo de lesão, que não é. Isso é uma hipótese de diagnóstico. Porque são vários fatores que ajudam a você chegar no diagnóstico... É o radiológico, tem que tirar radiografia, fazer exame, biópsia."
	<i>Ficha- ida ao CEO – agendar a consulta</i>	"essa ficha aqui a gente preenche... certo? Uma vez preenchido, carimbado aqui, ele vai imediatamente lá ao CEO e faz a, agenda a consulta, né? Aí ele faz o agendamento lá, data, hora e o paciente já vai para ser atendido. É encaminhado direto daqui da Unidade Básica de Saúde para o Centro Especializado e lá eles resolvem."	"Qualquer lesão que desconfie encaminha, pois não realiza diagnóstico na atenção básica."	"Qualquer lesão que eu desconfie uma feridinha, alguma lesão que não sabe, que já venha há algum tempo e sem resultados, mais de três meses, quatro meses, eu faço imediatamente o encaminhamento. Eu acho melhor pecar por excesso. Qualquer lesão que eu não identifique e que precise ser retirado, eu encaminho porque aqui a gente não faz esse serviço de retirada, seja que lesão for, aí faz o encaminhamento porque lá é retirado e ela lá vê se tem a necessidade ou não de mandar para a biópsia."
	<i>Paciente marcado com o papel vindo da Atenção Básica</i>	"Na verdade, eu só recebo o paciente com o papel, com a referência em mãos e, na maioria das vezes, não tem muita orientação."	"Não sabe como funciona a referência porque não faz, dá andamento a partir da referência, e percebe que a atenção básica não tem segurança de orientar."	"Detalhadamente é meio complicado, porque não sou eu que faço essa referência, a gente tem até os protocolos, a gente trabalha com os protocolos de referência para o CEO, que a atenção básica tem. Às vezes percebe que não tem muito essa segurança da atenção básica de se estar orientando, já manda e não fala muita coisa e aqui a gente tem que começar a orientar. Com a referência, a gente dá andamento ao que precisa ser feito."
IDEIA 2 - Disponibilidade de vagas na Atenção secundária em estomatologia	<i>Não há cota de atendimento na Atenção Secundária.</i>	"Não, assim não aquele número que tem q mandar, quando aparece a gente manda, mas como eu falei na minha rotina eu não encaminhei nenhum como suspeita de lesão cancerígena. Mas se precisar não tem essa quantidade limite a gente não tem uma quantidade fixa pré-determinada de encaminhamento mensal não. É segundo a demanda, até porque não é tanto."	"Não tem quantidade de fichas, quando o paciente precisa logo é atendido, se for urgência o atendimento é rápido, mas lesões pré cancerígenas não aparece."	"Não tem quantidade de pessoas, assim não aquele número que tem q mandar, quando aparece a gente manda. mas se precisar não tem essa quantidade limite não pra encaminhar. Mas se precisar o paciente vem diretamente no CEO e marca, e aí ele é atendido logo no CEO ele é examinado, se for em caso de urgência o atendimento é de pronto, é um atendimento rápido. E lesões pré-cancerígenas pra encaminhar pro CEO realmente quase ñ aparece, na verdade ñ aparece num e... pelo menos lá não é da rotina."
	<i>Há sempre vaga</i>	"Sempre, sempre existe vaga!"	"Qualquer lesão encaminha, pois sempre há vaga. O paciente consegue ficha e o centro especializado é quem resolve o problema."	"Qualquer lesão que eu desconfie, eu faço imediatamente o encaminhamento. Eu acho melhor pecar por excesso, uma vez preenchido, carimbado aqui, ele vai imediatamente lá ao CEO e faz a, agenda a consulta, né. Aí ele faz o agendamento lá, data, hora e o paciente já vai para ser atendido, é encaminhado direto daqui da Unidade Básica de Saúde para o Centro Especializado e lá eles resolvem."

Fonte: pesquisa direta

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 As duas ideias de fluxo assistencial

O fluxo assistencial ordenado direciona o usuário para o atendimento que ele necessita e garante acesso a todos os níveis de atenção que o problema exige. A partir dos discursos dos profissionais percebemos que há um consenso quanto a compreensão dos mesmos sobre o fluxo assistencial. Este é resumido e citado em todas as ideias centrais como uma “ficha” ou “fichinha” conforme preferem chamar:

“Tá, o paciente chega a gente faz o diagnóstico, a hipótese diagnóstica de uma lesão, por exemplo, aí tem uma fichinha de encaminhamento a gente preenche os dados do paciente, não é muito burocrático não e preenche todos os dados da fichinha, põe lá ... tem uma parte, aí a gente entrega ao paciente o paciente vem diretamente no CEO e marca, e aí ele é atendido logo.” (CD 1).

“essa ficha aqui a gente preenche... certo? Uma vez preenchido, carimbado aqui, ele vai imediatamente lá ao CEO e faz a, agenda a consulta, né? Aí ele faz o agendamento lá, data, hora e o paciente já vai para ser atendido. É encaminhado direto daqui da Unidade Básica de Saúde para o Centro Especializado e lá eles resolvem.” (CD 2).

A questão fundamental é se esses pacientes estão chegando ao nível de atenção mais especializado, e quando conseguem acessar, não são devidamente orientados. Os discursos apontam que os profissionais da atenção básica não percebiam a responsabilidade de suas atribuições relacionadas ao diagnóstico diferencial de lesões suspeitas de câncer bucal, conforme elencado nos documentos oficiais (Brasil, 2006a) e prosseguem afirmando que o profissional que está mais habilitado para esse tipo de exame é o cirurgião bucomaxilofacial.

“... eu me sinto segura em fazer esse encaminhamento, porque lá tem cirurgião bucomaxilo que é quem tá habilitado também pra fazer biópsia essa coisa toda.” (CD 3)

A compreensão dos cirurgiões-dentistas sobre o funcionamento do fluxo assistencial otimiza o trabalho dos demais níveis de atenção por direcionar o paciente de acordo com sua necessidade (Cavalcanti, 2013) quando o profissional utiliza toda sua capacidade diagnóstica no âmbito de seu trabalho na atenção básica, os serviços mais especializados não ficam sufocados com casos que poderiam ser resolvidos neste nível de atenção.

Contudo, uma ideia que emerge nos discursos dos cirurgiões-dentistas é que são poucos os casos e que sempre há vagas disponíveis na atenção secundária, sendo possível perceber

em seus discursos que os mesmos acham desnecessário um fluxo assistencial com os parâmetros clínico-gerenciais adequados.

“Não, assim não aquele número que tem q mandar, quando aparece a gente manda, mas como eu falei na minha rotina eu não encaminhei nenhum como suspeita de lesão cancerígena. Mas se precisar não tem essa quantidade limite a gente não tem uma quantidade fixa pré-determinada de encaminhamento mensal não. É segundo a demanda, até porque não é tanto.” (CD 3)

Esse tipo de discurso parece mascarar uma questão ainda mais grave: a suposta ‘inexistência de pacientes com lesões suspeitas’. Isso parece contraditório com a literatura, pois, segundo Narvai e Frazão (2006) o câncer de boca está entre os agravos à saúde bucal considerados como emergentes, podendo sugerir, portanto, que o diagnóstico precoce das lesões potencialmente malignas não está sendo realizado.

Os estudos na área de regulação assistencial afirmam que, mesmo sob uma aparente demanda reduzida é fundamental que os serviços maximizem suas possibilidades de intervenção para racionalizar a busca por cuidado em outros pontos de atenção (Baduy et al, 2011; Mendes, 2010). Mesmo assim, a capacidade técnica do profissional é seriamente posta em “xeque” na questão da regulação. Mesmo sob esta prerrogativa, se o profissional não sentir segurança clínica no procedimento a tendência é que o mesmo encaminhe o usuário, subutilizando o espaço da atenção básica para este tipo de serviço.

“Qualquer lesão que eu desconfie, eu faço imediatamente o encaminhamento. Eu acho melhor pecar por excesso, uma vez preenchido, carimbado aqui, ele vai imediatamente lá ao CEO e faz a, agenda a consulta, né. Aí ele faz o agendamento lá, data, hora e o paciente já vai para ser atendido, é encaminhado direto daqui da Unidade Básica de Saúde para o Centro Especializado e lá eles resolvem.” (CD 3)

Fica evidente no discurso do CD 3 o comprometimento do acesso aos serviços especializados traduzidos em uma série de marcações que faz com que o paciente se perca em meio idas e voltas sem solução, haja vista que o usuário deve aventurar-se na busca de um acesso a um outro serviço cujas barreiras já são bem descritas na literatura (Travassos & Martins, 2004) inviabilizando assim, a integralidade da assistência. O caminho que o usuário percorre entre a atenção básica e a secundária aparentemente não é protegido por nenhuma estratégia gerencial de regulação que garanta e monitore o acesso ao nível especializado. Esse aspecto denota a ausência de responsabilidade sanitária dos profissionais para com o trânsito do usuário interunidades explícito também no discurso abaixo.

“Na verdade, eu só recebo o paciente com o papel, com a referência em mãos e, na maioria das vezes, não tem muita orientação.” (CD 4).

Conforme podemos ver nos resultados as expressões chave das ideias centrais mostram a visão do cirurgião-dentista da atenção básica assim como do Centro de Especialidades Odontológicas, em ambos os casos a ideia de fluxo é simplista. A ideia é compreender como se organiza a construção dos Discursos do Sujeito Coletivo sobre este tema a partir das figuras verbais que se referem aos trechos mais significativos que remontam o discurso deste coletivo em uma ‘primeira pessoa’.

3.2 A síntese qualitativa da compreensão sobre o fluxo assistencial

Quando sintetizados qualitativamente, pode-se obter uma percepção ampliada da coletividade sobre o programa em um único discurso que se refere a representação social daquilo que os cirurgiões-dentistas pensam sobre a regulação do fluxo assistencial dos casos de câncer de boca.

Quadro 2. Construção do Discurso do Sujeito Coletivo sobre a regulação assistencial do câncer bucal. Arcoverde, Pernambuco, Brasil.

	IDEIA CENTRAL	EXPRESSÃO-CHAVE
DSC 1	Tá, o paciente chega, a gente faz o diagnóstico, a hipótese diagnóstica de uma lesão, por exemplo, aí tem uma fichinha de encaminhamento, a gente preenche os dados do paciente, não é muito burocrático e preenche todos os dados da fichinha, põe lá ... tem uma parte, que entrega ao paciente que vai diretamente ao CEO e marca, e aí ele é atendido logo. “Então... Como eu falei: o paciente vem até a mim, quando eu observo, eu oriento e encaminho para o CEO, que é o centro de especialidades. E boto o nome na ficha de encaminhamento, a hipótese de diagnóstico, interrogação, coloco lá observações pra quem for atender dar importância.” essa ficha aqui a gente preenche... certo? Uma vez preenchido, carimbado aqui, ele vai imediatamente lá ao CEO e faz a, agenda a consulta, né? Aí ele faz o agendamento lá, data, hora e o paciente já vai para ser atendido. É encaminhado direto daqui da Unidade Básica de Saúde para o Centro Especializado e lá eles resolvem.” “Na verdade, eu só recebo o paciente com o papel, com a referência em mãos e, na maioria das vezes, não tem muita orientação.”	“O paciente chega pra mim pela primeira vez eu faço o exame clínico todo, então eu procuro manchinha, procuro ferida, procuro lesão, enfim, paciente que quando vai contando a história, trabalha levando muito sol, faz toda a anamnese do paciente, faz exame de lábio, tecido mole, de língua, de tudo e se existir a necessidade faz o encaminhamento, é tranquilo nesse sentido assim, até porque não é a gente que fecha o diagnóstico né!?, eu me sinto segura em fazer esse encaminhamento, porque lá tem cirurgião bucomaxilo que é quem tá habilitado também pra fazer biópsia essa coisa toda, o procedimento é muito rápido, o tratamento é muito rápido então quando é caso de urgência, o atendimento é feito por pronto atendimento...., mas a dificuldade só porque o dentista não tá todos dias? Então nesses casos de urgência o atendimento é quase que imediato.” “É isso aí que eu tô dizendo: você tem que dar importância. Tem que ir mais fundo, examinar, não deixar assim pra lá: “Ah, isso vai sair”. Isso vai desaparecer”. Não é assim. Tem que ir atrás, tem que examinar, tem que fazer anamnese direito, ver se ele é fumante, se é agricultor, que acontece muito, leva muito sol. E aí você tem que examinar melhor, é isso que é a diferença. A gente não pode dizer já que é um tipo de lesão, que não é. Isso é uma hipótese de diagnóstico. Porque são vários fatores que ajudam a você chegar no diagnóstico... É o radiológico, tem que tirar radiografia, fazer exame, biópsia.” “Qualquer lesão que eu desconfie uma feridinha, alguma lesão que não sare, que já venha há algum tempo e sem resultados, mais de três meses, quatro meses, eu faço imediatamente o encaminhamento. Eu acho melhor pecar por excesso. Qualquer lesão que eu não identifique e que precise ser retirado, eu encaminho porque aqui a gente não faz esse serviço de retirada, seja que lesão for, aí faz o encaminhamento porque lá é retirado e ela lá vê se tem a necessidade ou não de mandar para a biópsia.” “Detalhadamente é meio complicado, porque não sou eu que faço essa referência, a gente tem até os protocolos, a gente trabalha com os protocolos de referência para o CEO, que a atenção básica tem. Às vezes percebe que não tem muito essa segurança da atenção básica de se estar orientando, já manda e não fala muita coisa e aqui a gente tem que começar a orientar. Com a referência, a gente dá andamento ao que precisa ser feito.”
DSC 2	“Não, assim não aquele número que tem q mandar, quando aparece a gente manda, mas como eu falei na minha rotina eu não encaminhei nenhum como suspeita de lesão cancerígena. Mas se precisar não tem essa quantidade limite a gente não tem uma quantidade fixa pré-determinada de encaminhamento mensal não. É segundo a demanda, até porque não é tanto.” Sempre, sempre existe vaga!	“Não tem quantidade de pessoas, assim não aquele número que tem q mandar, quando aparece a gente manda. mas se precisar não tem essa quantidade limite não pra encaminhar. Mas se precisar o paciente vem diretamente no CEO e marca, e aí ele é atendido logo no CEO ele é examinado, se for em caso de urgência o atendimento é de pronto, é um atendimento rápido. E lesões pré-cancerígenas pra encaminhar pro CEO realmente quase ã aparece, na verdade ã aparece num é... pelo menos lá não é da rotina.” “Qualquer lesão que eu desconfie, eu faço imediatamente o encaminhamento. Eu acho melhor pecar por excesso, uma vez preenchido, carimbado aqui, ele vai imediatamente lá ao CEO e faz a, agenda a consulta, né. Aí ele faz o agendamento lá, data, hora e o paciente já vai para ser atendido, é encaminhado direto daqui da Unidade Básica de Saúde para o Centro Especializado e lá eles resolvem.”

Fonte: pesquisa direta

Assim, o discurso do sujeito coletivo que versa sobre a compreensão do fluxo assistencial entre atenção básica e atenção secundária para lesões suspeitas de câncer de boca (desordens potencialmente malignas na cavidade bucal) apresenta-se conforme o quadro 2.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através dos achados dessa pesquisa pode-se classificar duas formas de compreensão diferentes que os cirurgiões-dentistas pesquisados apresentam sobre o fluxo assistencial. Uma primeira restrita a uma ficha de encaminhamento que denota a simplificação que o direcionamento do usuário apresenta quando se trata do cuidado voltado ao diagnóstico de lesões suspeitas de câncer de boca. Outra, apoia-se na ideia da farta disponibilidade de vagas e poucos casos identificados. Esta compreensão por sua vez abre espaço para a especulação sobre a execução do papel do cirurgião-dentista em relação ao diagnóstico precoce assim como a baixa responsabilização sanitária pela captação e direcionamento do cuidado à nível especializado repercutindo assim, na garantia do acesso.

Nessa conjuntura, é possível afirmar que, para os profissionais que foram alvos dessa investigação, os fluxos assistenciais adotados são reflexos dos mínimos esforços na condução dos casos, seja, porque não lhes trazem segurança diagnóstica, sejam porque estes refletem a incapacidade que os atores envolvidos nesse fluxo têm em constituírem uma rede. Parece que para o usuário, a única garantia é o papel na mão e a esperança de que um dia conseguirá uma marcação, isso quando ele não se perde em face dos problemas comunicacionais. Neste contexto hostil, torna-se mais fácil desistir dessa empreitada e torcer para que o tempo lhes seja gentil.

5. REFERÊNCIAS

- Baduy RS, Feuerwerker LCM, Zucolli M & Borian JT. (2011). A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. *Cad. Saúde Pública*. 27 (2), 295-304.
- Biazevic MGH & Antunes JLF. Câncer bucal. In: Antunes JLF & Peres MA. (2006). *Fundamentos de Odontologia – Epidemiologia da saúde bucal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 180-192.
- Brasil. (2001). Ministério da Saúde. Portaria no. 267, de 26 de janeiro de 2001 (Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/2001) Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 jan, 2001.
- Brasil. (2006a). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 92 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 17) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- Brasil. (2008). Portaria GM no. 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília – DF.

- Brasil. (2010). Portaria no. 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília – DF.
- Brasil. (2006b). Portaria no. 599/GM de 23 de março de 2006b. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Brasília – DF.
- Batista SR. (2019). O complexo regulador em saúde do Distrito Federal, Brasil, e o desafio da integração entre os níveis assistenciais, Brasília-DF, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24 (6), 2043-2052.
- Britten N. (2009). Entrevistas qualitativas. In: Pope C, Mays N. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. 3a ed. São Paulo: Editora Artmed: p. 23-32.
- Cavalcanti RP et al. (2013). Absenteísmo de consultas especializadas no sistema de saúde público: relação entre causas e o processo de trabalho de equipes de saúde da família, João Pessoa – PB, Brasil. *Tempus - Actas de Saúde Coletiva*, 63-84.
- CFA-SUS. (2013). Controle de Fluxo Assistencial do Sistema Único de Saúde. Acessado em: 25/01/2013. Disponível em: http://www.rafe.com.br/index_site/regionalizacao.asp
- Duarte R. (2004). Entrevistas em pesquisas qualitativas. *Educar*, 24, p. 213-225.
- Fontanella BJB & Júnior RM. (2012). Saturação teórica em pesquisas qualitativas: contribuições psicanalíticas. *Psicol. Estud.*, 17 (1), 63-71.
- Flick U. Entrevistas. (2009b). In: _____. *Introdução a pesquisa qualitativa*. São Paulo: Editora Artmed: 3ª. Edição, 143-166.
- Gaskell G. (2010). Entrevistas individuais e grupais. Bauer MW, Gaskell G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som – Um manual prático*. 8a ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes, 64-89.
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). (2012). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: Inca, 2011. 118 p.
- Lefèvre AMC et al. (2002). Assistência pública à saúde no Brasil: estudo de seis ancoragens. *Saúde e Sociedade* 11 (2), 35-47.
- Lefèvre F & Lefèvre AMC. (2012). *Pesquisa de Representação Social: um enfoque quali-quantitativo*, 2 ed., Brasília: Liber Livro, 2012.
- Lefèvre F, Lefèvre AMC & Teixeira JJV. *O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa*. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.
- Maciel SSSV. (2012). Morbimortalidade por cânceres da boca e faringe em capitais brasileiras. *Revista da AMRIGS* 56 (1), 38-45.
- Magalhães Jr HM. (2002). Regulação assistencial: a busca de novas ferramentas no SUS para enfrentar o desafio de garantir a assistência com equidade. Belo Horizonte: Prefeitura Municipal, 2002. (Pensar BH – política social).
- Mendes EV. (2010). As redes de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 15(5), 2297-2305.
- Narvai PC & Frazão P. (2008). Problemas de Saúde Bucal. In: _____. *Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 21-45.
- Prefeitura Municipal de Arcoverde. (2013). Acessado em 21/01/2013. Disponível em: <http://www.arcoverde.pe.gov.br/arcoverde.php?id=3>

- Santos FP & Merhy EE. (2006). Public regulation of the health care system in Brazil – a review. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* 10 (19), 25-41.
- Santos LCO et al. (2009). Câncer bucal: amostra populacional do estado de Alagoas em hospital de referência. *Braz J Otorhinolaryngol* 75 (4), 524-9.
- SESAU. (2013). Secretaria do Estado de Saúde de Alagoas. Superintendência de Gestão e Participação social. Resumo do processo de elaboração do Plano Diretor de Regionalização da saúde – PDR. Acessado em: 25/01/2013. Disponível em: http://www.saude.al.gov.br/sites/default/files/pdri-_nota_tecnica_-revisao_alagoas_0.pdf.
- Solla J & Chioro A. (2008). Atenção ambulatorial especializada. In: Giovanella L. et al (orgs). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Editora: Fiocruz, 627-664.
- Torres-Pereira C et al. (2012). Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. *Cad. Saúde Pública* 28 (Sup), S30-S39.
- Travassos C, Martins M. (2004). Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública* 20(Sup 2). S190-S198.
- Triviños ANS. (1987). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas.
- Turato ER. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis RJ.: Editora Vozes.
- Witt RR. (1992). Sistema de referência e contra-referência num serviço de saúde comunitária. *Rev Gaúcha Enf.* 13 (1), 19-23.

CUIDADO HUMANIZADO ÀS GESTANTES, PARTURIENTES E PUÉRPERAS: ANÁLISE TEMÁTICA DA CONCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Beatriz Castro Souza Capelanes¹, Maryelle Peres da Silva Santos¹, Katia Terezinha Alves Rezende² e Mara Quaglio Chirelli²

^{1,2} Faculdade de Medicina de Marília (Famema), Brasil, beatrizcscp@gmail.com; peresmaryelle@gmail.com
katialvesrezende@gmail.com; marachirelli@gmail.com

Resumo. Introdução: o movimento de humanização do parto ocorre muito lentamente e enfrenta resistências para a implementação de um novo modelo de cuidado no país. Objetivo: analisar a concepção dos profissionais de saúde sobre o cuidado humanizado prestado às mulheres no pré-parto, parto e pós-parto no cotidiano de um hospital de grande porte do interior do estado de São Paulo, Brasil. Método: pesquisa com abordagem qualitativa, por meio de entrevista com profissionais de saúde e Análise de Conteúdo, Modalidade Temática. Resultados e Discussão: constatou-se nuances do cuidado humanizado e ferramentas para a promoção do cuidado humanizado, sendo importante rever as estratégias de implementação das propostas do Projeto Apice On, incorporando a Educação Permanente em Saúde como estratégia de reflexão e reconstrução das práticas em saúde. Conclusão: sugere-se ampliar a investigação com as usuárias do serviço e seus familiares, utilizando a análise temática, que revelou as nuances do contexto e as concepções dos profissionais.

Palavras-chave: Parto Humanizado; Saúde Materno-infantil; Pesquisa Qualitativa; Hospitais.

HUMANIZED CARE FOR PREGNANT WOMEN, PARTURIENTS AND PUERPERAL WOMEN: THEMATIC ANALYSIS OF THE CONCEPTION OF HEALTH PROFESSIONALS

Abstract. Introduction: the humanization of childbirth movement occurs very slowly and faces resistance in the implementation of a new model of care in the country. Goal: to analyze the conception of health professionals about the humanized care offered to women in pre-parturition, parturition and post-parturition in the daily routine of a large hospital in a city inland of the State of São Paulo, Brazil. Method: research with a qualitative approach, through interviews with health professionals and Content Analysis, Thematic Mode. Results and Discussion: nuances of humanized care and tools for the promotion of humanized care were found. It is important to review the implementation strategies of the Apice On Project proposals, incorporating Permanent Education in Health as a strategy for reflection and reconstruction of health practices. Conclusion: it is suggested to expand the investigation with the users of the service and their families using the thematic analysis, which revealed the nuances of the context and the conceptions of the professionals.

Keywords: Humanizing Delivery; Maternal and Child Health; Qualitative Research; Hospitals.

1. INTRODUÇÃO

O avanço das práticas e políticas de saúde na área da obstetrícia contribuiu com a melhoria dos indicadores de morbimortalidade materna e perinatal. Entretanto, permitiu a concretização de um modelo que considera a gravidez, o parto e o nascimento como doenças e não como processos fisiológicos; expondo mulheres e recém-nascidos a altas taxas de intervenções e colocando-os em situações de risco. Uma constatação disso, é que

a melhoria dos indicadores foi comprometida no Brasil, não atingindo, ainda, a meta do quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio em reduzir em três quartos a Razão da Mortalidade Materna durante o intervalo de 1990 a 2015 (Ministério da Saúde [MS], 2017b).

Nos últimos vinte anos, houve um aumento significativo na aplicação de práticas para iniciar, acelerar, encerrar, regular e monitorar o parto. A crescente medicalização do trabalho de parto fere a capacidade da própria mulher de parir e afeta negativamente sua experiência nesse processo. Assim recomendações foram divulgadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) abordando aspectos específicos do manejo do trabalho de parto e nascimento e contemplando as principais causas de morbimortalidade materna e neonatal em resposta às necessidades dos países (World Health Organization [WHO], 2018). As diretrizes fornecem uma ferramenta adequada de consulta para os profissionais: a prática clínica baseada em evidências. Sendo, esta, formada pela informação baseada na melhor pesquisa científica, habilidade/experiência clínica dos profissionais de saúde e expectativas/necessidades únicas das mulheres e suas famílias. Com a união dessas três exigências, tem-se uma ferramenta focada na qualidade do cuidado e uma potente aliada na tomada de decisão nas atividades diárias dos profissionais de saúde (MS, 2017b).

Mas ainda existe um distanciamento entre ciência e o cuidado obstétrico. O excesso de intervenções desnecessárias, a baixa incorporação das boas práticas disponíveis, a falta de transparência nas ações e a concentração de poder na tomada de decisões favorece a banalização de procedimentos não recomendados (Lansky et al., 2019; Vilela, 2017). Além disso, o aumento do uso de intervenções, na ausência de indicações claras, demonstra e agrava a falta de equidade em saúde entre os locais que possuem mais recursos disponíveis daqueles que possuem menos. Assim, em alguns contextos, intervenções estão sendo fornecidas tarde demais para as mulheres e, em outros, muito cedo (WHO, 2018). Práticas obsoletas e sem indicações afetam principalmente a população de menor renda, evidenciando a iniquidade na sociedade brasileira (Lansky et al., 2019).

Os hospitais universitários deveriam ser os primeiros lugares a absorver os avanços no conhecimento científico, inovando e aplicando as melhores práticas. No entanto, estão entre os locais mais resistentes à mudança no cuidado obstétrico. O modelo tecnocrático ainda persiste e continua sendo adotado nessas instituições, fazendo com que os profissionais ali formados reproduzam e perpetuem o modelo inadequado (Mendes & Rattner, 2020; Diniz, Rattner, d'Oliveira, Aguiar & Niy, 2018). O processo de mudança é complexo, árduo e lento,

principalmente pela dificuldade de integrar a prática aos direitos humanos, às perspectivas de gênero e à presença de outras figuras na condução do trabalho de parto que não só a do médico (Diniz et al., 2018).

O crescente movimento de humanização do parto e nascimento propiciou mudanças no sistema obstétrico brasileiro, dominado pelo modelo tecnicista e intervencionista, e contribuiu para a emergência de iniciativas sociais e governamentais (Picheth, Crubellate & Verdu, 2018). No Brasil, desde a década de 1990, o movimento social teve um papel importante em desencadear as primeiras mudanças e obteve sucesso na busca da parceria com o MS uma vez que a disseminação das práticas humanizadas exige que políticas públicas se tornem disponíveis nacionalmente. Desde 1993, a Rede Brasileira pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa) atua como uma organização da sociedade civil na divulgação de cuidados obstétricos e perinatais baseados em evidências científicas. Uma das conquistas desse movimento foi a Lei nº 11.108/2005, que garante um acompanhante durante o trabalho de parto, nascimento e no período pós-natal (Diniz et al., 2018).

O Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) (MS, 2000) influencia a criação da Rede Cegonha (MS, 2011), instituída para modificar o cuidado prestado nos serviços e promover a adequação da atenção ao parto, com gradativa implementação de um modelo humanizado. Nesse contexto, o MS implementa o Projeto Apice On (Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia), para contribuir com a efetivação e disseminação de boas práticas formativas de atenção e gestão, pautadas nos princípios da humanização. Pretende-se produzir impacto em toda a rede, a partir da qualificação baseada em evidências científicas nos campos de cuidado ao parto e nascimento, de atenção às mulheres em situações de violência sexual, abortamento e aborto legal, e de planejamento reprodutivo pós-parto e pós aborto (MS, 2017a).

A instituição pesquisada está inserida, desde 2011, na Rede Cegonha e, recentemente, em novembro de 2017, também passou a integrar a rede de hospitais que participam do Projeto Apice On. Diante disso, pergunta-se: “como os profissionais compreendem o processo de humanização no cuidado às mulheres durante o pré-parto, parto e pós-parto”. Portanto, tem-se como objetivo analisar a concepção dos profissionais de saúde sobre o cuidado humanizado às mulheres durante o pré-parto, parto e pós-parto no cotidiano de um hospital de grande porte do interior do estado de São Paulo, Brasil.

Assim, esta investigação justifica-se não só em evidenciar possíveis contradições no cuidado obstétrico e, simultânea e consequentemente, estimular reflexões nos entrevistados, mas também em ser um compromisso com a justiça às mulheres e seus filhos que têm seus direitos desrespeitados. Ao se investigar as diferentes concepções, tem-se como intenção, que, no futuro, novas propostas de trabalho possam ser elaboradas, abordando a humanização do parto e nascimento a partir dos desafios encontrados.

1.1 Referencial Teórico

Ayres (2009) destaca que ao se falar sobre cuidado, humanização ou integralidade, aborda-se o conjunto de princípios pautados na relação entre o sujeito paciente e o profissional de saúde, mas não se restringe ao plano dessas relações. Depende, também, dos rearranjos técnicos ou gerenciais das instituições, tratando-se de um projeto existencial de caráter político. É uma construção de interações mais simétricas entre os diversos sujeitos envolvidos nesse cuidado em saúde, permitindo a compreensão mútua e o consenso. Essas interações substituem o sentido único dos discursos dos profissionais por um diálogo entre profissionais, serviços, usuários e comunidades.

No referencial de gestão em saúde, o sentido é mais amplo e compreende o compartilhamento na participação, produção e responsabilização nos resultados da humanização, trazendo mais autonomia do usuário, fortalecendo sua condição de sujeito e promovendo relações simétricas entre profissionais e usuários.

A expressão humanização do parto e nascimento denomina: uma concepção de maternidade e nascimento, um movimento social, uma política pública, um modelo de assistência obstétrica e uma defesa dos direitos humanos e da dignidade das mulheres e seus filhos. Essa discussão, iniciada no Brasil em 1990, demarca uma oposição à obstetrícia hegemonicamente praticada no país e propõe o diálogo com o humanismo presente na formação ética das profissões envolvidas, sobretudo, da Medicina e da Enfermagem; a defesa da ciência como princípio da prática, com ênfase no estudo sobre o ciclo gravídico-puerperal; e a educação para mulheres e profissionais de saúde, os quais devem incluir os desejos e as necessidades das pacientes na tomada das decisões. Isso fortalece os direitos das mulheres, sua autonomia e integridade corporal (Bourguignon & Grisotti, 2018; Lokugamage & Pathberiya, 2017).

Dessa forma, os profissionais de saúde devem adotar e adaptar recomendações que fornecem uma base sólida para prestar às mulheres e seus bebês um cuidado ampliado, centrado na pessoa e baseado em evidências científicas (WHO, 2018).

2. METODOLOGIA

A fim de alcançar o objetivo mencionado acima, essa pesquisa optou por uma abordagem qualitativa, para aprofundar a compreensão dos processos, sujeitos, relações sociais e estruturas, que, por sua vez, são depositárias de significados, aspirações, crenças e valores (Minayo, 2014). Nesse sentido, o trabalho de campo apresentou-se como uma possibilidade de conseguir uma aproximação com o cuidado obstétrico e de criar conhecimento, partindo da realidade presente em um hospital universitário de grande porte do interior do estado de São Paulo, Brasil.

Os participantes foram os profissionais de saúde pertencentes à equipe de referência da unidade de internação e do centro obstétrico.

Dessa forma, foram incluídos na investigação médicos ginecologistas/obstetras e anesthesiologistas, médicos residentes do 2º e 3º ano de Ginecologia e Obstetrícia, enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem que realizavam atividades na instituição pesquisada por, no mínimo, seis meses.

Os médicos residentes do primeiro ano de Ginecologia e Obstetrícia foram excluídos porque possuíam tempo de experiência inferior a seis meses.

Utilizou-se roteiro na entrevista semiestruturada para coletar os dados, sendo composto pela caracterização dos participantes e por questões norteadoras: “O que você considera ser cuidado humanizado às gestantes, às puérperas e aos bebês?”; “Dê exemplos de condutas e técnicas que você considera ser humanizadas”; “Você promove esse cuidado humanizado? Se não, por quê? Se sim, como?”; “Você acredita que o cuidado humanizado é um direito da mulher e do bebê? Se não, por quê? Se sim, por quê?”.

As entrevistas foram realizadas por duas pesquisadoras. Um piloto foi elaborado para a padronização da estratégia de coleta de dados frente aos disparadores e para a formação das entrevistadoras, com a supervisão de uma orientadora.

As pesquisadoras identificaram os profissionais da equipe de referência pertencentes à unidade de saúde em questão, sendo abordados no local de trabalho, porém em lugar reservado. As entrevistadoras se identificaram e explicaram sobre a pesquisa. Possuindo disponibilidade em participar, os profissionais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados compreendeu o período de abril a dezembro/2019. Atingiu-se a saturação com 24 entrevistas, ou seja, com o conteúdo obtido foi possível compreender a lógica interna do grupo de profissionais em relação ao objeto de estudo (Minayo, 2014). Os diálogos, com duração média de 40 minutos, foram gravados e transcritos na íntegra pelas pesquisadoras e validados pela orientadora.

A técnica de análise de dados empregada foi a Análise de Conteúdo, Modalidade Temática, segundo Minayo, Deslandes e Gomes (2016).

Para tanto, realizou-se uma pré-análise, a qual consistiu em transcrever as entrevistas na íntegra, permitindo a impregnação do conteúdo das falas, bem como a retomada dos pressupostos e dos objetivos da pesquisa.

Esse momento possibilitou ter uma visão de conjunto, apreender as particularidades e definir um esquema de classificação inicial composto pelas categorias: como realiza o cuidado, definição de cuidado humanizado e direito da mulher, potencialidades da prática do cuidado humanizado, desafios da prática do cuidado humanizado e estratégias, Projeto Apice On, protocolos para o cuidado.

Em seguida, explorou-se o material, com distribuição dos trechos das falas e, posteriormente, diálogo com as partes de um trecho de uma dada classe.

A partir de então, elaborou-se uma descrição desses fragmentos de depoimentos. Por meio de inferência, identificou-se os núcleos de sentido, sendo agrupados em temas. Nesse artigo, serão apresentados os temas “nuances do cuidado humanizado” e “ferramentas para a promoção do cuidado humanizado” e seus respectivos núcleos de sentido, segundo o quadro 1.

Quadro 1 – Núcleos de sentido e temas, 2019.

Núcleos de Sentido	Temas
Cuidado humanizado atrelado a considerar a mulher em suas diferentes dimensões	Tema 1 Nuances do cuidado humanizado
Cuidado humanizado atrelado a considerar os desejos da mulher	
Cuidado humanizado atrelado à capacidade de promover orientação e informação	
Cuidado humanizado atrelado ao embasamento em evidências científicas	
Cuidado humanizado atrelado ao afeto e educação	
Cuidado humanizado atrelado ao acesso a exames complementares	
Médico é indispensável na promoção do cuidado humanizado	
Contestação do termo humanização do cuidado	
Relação entre estrutura organizacional hospitalar e viabilização do cuidado humanizado	Tema 2 Ferramentas para a promoção do cuidado humanizado
Equipe multiprofissional determinando a implementação do cuidado humanizado	
Formação pessoal e acadêmica interferindo na produção do cuidado humanizado	
Potencialidade do acompanhante e seus limites	

Fonte: Dados da pesquisa

Em seguida, elaborou-se uma redação por tema, com apresentação e interpretação dos resultados (Minayo et al., 2016).

A pesquisa foi aprovada em 04 de setembro de 2018, pelo Comitê de Ética da instituição pesquisada, sob o parecer de nº 2.872.218 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 95474418.4.0000.5413. Para manter o sigilo dos participantes e salvaguardar seus nomes, os discursos foram codificados por meio das siglas: ASS – médico assistente ginecologista e obstetra; ANE – médico anesthesiologista; RES – médico residente de ginecologia e obstetrícia; ENF – enfermeiros; ATE – auxiliar e técnico de enfermagem.

3. RESULTADOS

3.1 Caracterização dos profissionais da saúde

Foram entrevistados 24 profissionais de saúde. Desses, nove (38%) eram médicos ginecologistas e obstetras, seis (25%) auxiliares ou técnicos de enfermagem, quatro (16%) residentes de ginecologia e obstetrícia, três (13%) enfermeiros, e dois (8%) médicos anesthesiologistas.

No que diz respeito ao sexo, 17 (70%) dos entrevistados pertencem ao sexo feminino e sete (30%) ao masculino. A equipe de enfermagem é do sexo feminino em sua totalidade. Quanto aos residentes, três (75%) são do feminino e um (25%) é do masculino. Dentre os ginecologistas e obstetras, cinco (55%) são do masculino e quatro (45%) do feminino. No que se refere aos médicos anesthesiologistas, um (50%) é do masculino e um (50%) do feminino (50%).

3.2 Apresentação dos Temas

3.2.1 Nuances do Cuidado Humanizado

Os conceitos de cuidado humanizado às gestantes, parturientes e puérperas mencionados pelos profissionais da saúde perpassam por algumas nuances. Um entendimento sobre cuidado humanizado é a **compreensão da mulher em suas diferentes dimensões**, sejam elas biológicas, psicológicas, sociais, culturais e econômicas, não reduzindo-as, apenas, ao aspecto biológico ou patológico.

“Antes dela ser uma gestante, antes dela ser uma puérpera, ela é uma mulher e a gente tem que respeitar isso. Lembrar que tem um ser humano ali do outro lado.” ASS8.

Outro entendimento é o **respeito às decisões, vontades e necessidades da mulher**, devendo ser considerados seus direitos, autonomia e privacidade. Alguns profissionais citaram a palavra “individualizado” para ressaltar essa ideia e uma única menção foi feita ao termo “protagonismo”, condição em que o respeito às preferências da paciente é ampliado e ela é colocada como condutora da sua gestação, parto e puerpério. Houve a ressalva de que os desejos da paciente devem ser o centro do cuidado, porém existem limitações. As necessidades das mulheres são consideradas e a capacidade técnica do profissional compõe a tomada de decisão.

“O parto humanizado vem daí, de atender as necessidades da paciente, de não atender a necessidade do médico. Se ‘ah, a paciente precisa ficar mais duas horas esperando dilatar’, é a necessidade dela e do recém-nascido, que é a peça mais vulnerável da situação. E não de fazer aquilo que é conveniente.” ASS9.

“[...] Então, um cuidado humanizado é um cuidado individualizado. O médico tem que levar em consideração aquela mulher, a história clínica dela, as vontades dela. [...] ela se sente respeitada e protagonista daquilo que está acontecendo com ela [...] Ninguém está falando em fazer só o que a mulher quer. Nós temos a competência técnica para identificar os problemas e indicar uma cesárea ou de contraindicar um parto normal, por exemplo. Só que a gente tem que respeitar a vontade da mulher.” RES2.

“Eu considero o parto humanizado, o parto da maneira que a mulher desejar. Seja uma cesárea. Pode ser, por que não? Ela não quer fazer o parto vaginal? Não tem problema, mas ele pode ser humanizado e não simplesmente uma técnica cirúrgica que você esquece que ali tem um ser humano que pariu mais um ser humano. Que ali tem toda uma família.” ENF2.

Os entrevistados mencionaram que um cuidado humanizado está na capacidade dos profissionais em **acolher, informar, orientar, discutir e tomar decisão compartilhada com as pacientes**. Essa capacidade mostrou-se fundamental em todos os momentos: consultas de pré-natal, internação, momento do parto, nascimento do bebê e cuidados puerperais. Surgiram reflexões acerca das orientações realizadas às pacientes. A primeira delas, diz respeito à valorização do pré-natal como um momento decisivo para propiciar um cuidado humanizado. A segunda, refere-se à desmistificação do puerpério, que deve ser encarado sob a perspectiva da maternidade real.

“A paciente tem que saber o que está acontecendo com ela. Então, você tem que informar e sempre discutir as intervenções com ela. Eu acho que falta muito tudo isso. Às vezes, o médico vem naquela posição hierarquizada, verticalizada e fala pra você o que você tem que fazer.” RES2.

Aparece o cuidado humanizado como aquele que deve estar **embasado em evidências científicas e que a capacitação dos profissionais deve ser permanente**. Os profissionais de saúde demonstraram preocupação em evitar intervenções desnecessárias durante o pré-parto, parto e pós-parto. Foi mencionado o termo “violência obstétrica” e a importância de ferramentas institucionais baseadas na literatura como, por exemplo, os protocolos, para garantir a realização de procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê. Foi exposto que as relações de poder podem interferir na tomada de decisão e que, nem sempre, estão pautadas em evidências, mas nas necessidades dos profissionais.

“A gente peca por não se atualizar, por não ver que existem formas diferentes de abordagem. Não é porque você aprendeu na faculdade que tem que fazer daquele jeito e que vai ser daquele jeito pra sempre.” RES2.

“Cuidado humanizado é fazer aquilo que é correto e que está prescrito em literatura. Várias barbaridades que nós vemos por aí não estão baseadas em literatura nenhuma, mas, sim, em um senso de autoridade ridículo de gente que está aí há muito tempo e acha que é tudo certo [...] Eu já vi casos nítidos de violência obstétrica, casos que eu me sinto até mal de citar. Felizmente, meus relatos dessas atividades tenebrosas são poucos. Onde eu tive minha formação era muito protocolado, era tudo muito sério, rígido. Não tinha espaço pra alguém chegar e fazer uma loucura da própria cabeça.” ASS9.

Além disso, foi considerado que se trata de **oferecer um cuidado afetuoso e educado**, e a empatia pode ser utilizada como ferramenta para isso. Entretanto, não é um consenso e foi destacado que o cuidado humanizado vai além de demonstrar carinho no estabelecimento da relação entre o profissional de saúde e a paciente. Mostra-se problemática a ideia de “tratar as pessoas como você gostaria de ser tratado”, porque essa é uma percepção individual e a inconformidade entre as preferências da paciente e as do profissional pode resultar em situações de desrespeito.

“Demonstrar carinho pelo o que você faz, demonstrar cuidado, zelo, proteção, não deixando que se perca essa sensibilidade de cuidar com carinho, cuidar com amor. Isso é humanizar. É cuidar bem, fazer bem.” AET6.

“As pessoas têm um conceito geral de que fazer um cuidado humanizado é simplesmente você ser carinhoso, falar de uma forma adequada, ser empático. Parece que é só ir seguindo essas regras sabe? Que é ter uma boa conduta ou um bom relacionamento. Eu acho que faz parte, mas eu acho que é muito mais do que isso.” RES1.

Menciona-se, também, uma outra perspectiva sobre o cuidado humanizado, sendo considerado que é **aquele que possui acesso a exames**.

“É você assistir essa mulher e a sua criança de uma maneira sensata, proporcionando a ela o melhor que você tem na medicina. Que ela tenha acesso a todos os exames necessários.” ASS5.

Evidencia-se que **o médico é indispensável na promoção do cuidado humanizado**, no caso, a figura do obstetra, pediatra e anestesiológico.

“Pra mim, o parto humanizado é o médico, o pediatra, o anestesista. Seja alto, baixo, cirúrgico baixo. Isso é um parto humanizado. Ponto.” ASS4.

Por fim, as entrevistas criaram um espaço propício para a metalinguagem da pesquisa, ao causar a **reflexão dos próprios profissionais de saúde sobre o termo “humanizado” como definidor do cuidado**. Houve, não só a objeção a essa nomenclatura, mas também a

predileção por ela. Embora realizada a reflexão sobre a terminologia e a prática obstétrica, percebe-se que os profissionais consideram ser um desafio a possibilidade de modificar as ações do cuidado.

“Tudo que eu fiz foi tudo errado, sempre fui desumano. Quando vejo esse termo ‘humanização’ é essa a sensação que eu tenho. Eu acho que é um termo errado. Não estamos humanizando o parto. Toda vez que eu vejo esse termo em tudo quanto é lugar, sinto que tudo que fiz na minha vida eu fui um crápula. Não sei qual é o termo que deveria ser usado, nunca parei pra ver isso, mas tenho uma crítica muito grande a ele.” ASS5.

“Nós chegamos num ponto em que tudo está muito medicalizado. Então, a gente precisa voltar a humanizar, sim. Eu acho que o termo ainda é muito válido, não dá pra você mudar o termo agora. Eu já ouvi outros termos do tipo: ‘assistência moderna’ ou ‘parto do século XXI’. Mas, gente, é humanizar! Porque a gente vê uma assistência aqui que realmente não é humana. Você separar o bebê da mãe no momento que nasce, você obrigar ela a ter o parto numa posição que ela não quer, você cortar o períneo dela pra ter um parto, você empurrar a barriga dela pro neném nascer. Isso não é humano, então a gente tá tendo que humanizar de novo.” RES2.

3.2.2 Ferramentas para Promoção do Cuidado Humanizado

Sob a perspectiva de alguns entrevistados, **a estrutura organizacional do hospital se relaciona com a viabilização de um cuidado humanizado.**

“Eu acho que a estrutura não diz se eu vou ter um parto humanizado ou não, mas ela facilita. Às vezes, eu tenho que fazer revezamento de chuveiro porque eu estou com duas pacientes no trabalho de parto e as duas querem ir pro banho porque o banho alivia a dor. Mas eu não consigo proporcionar isso para as duas.” RES2.

Afirma-se que uma **equipe multidisciplinar coesa e consciente de sua função é determinante para facilitar a implementação de um cuidado humanizado.**

“No cuidado humanizado, não adianta eu sozinho querer fazer. Dentro de uma instituição tão grande, fazer uma ação, quando, às vezes, um colega da enfermagem ou da assistência social, ou da limpeza ou mesmo outro colega médico faz uma coisa totalmente diferente. Isso desconstrói todo o processo.” RES1.

O **aspecto acadêmico foi contemplado, trazendo uma contraposição entre os profissionais.** Há os que defendem que a humanização é intrínseca à pessoa e os que sustentam que ela pode ser aprendida. Destacam que a estratégia de Educação Permanente em Saúde (EPS) é central para que as mudanças possam ocorrer nas práticas em saúde. Além disso, sinalizam que precisa ser adotada como atividade institucional e sem interrupções.

“O cuidado humanizado vem de berço, vem da própria pessoa, do próprio eu da pessoa. Não tem como, é ela que vai conseguir ser atenciosa, ser empática. Não é uma coisa que se ensina, não dá pra seguir um checklist.” RES1.

“Faltam profissionais com vontade de desenvolver a humanização. Eles não vão vir com isso. A gente precisa trazer a necessidade disso pra eles com uma capacitação, com uma orientação nesse sentido. Não adianta querer que eles sejam humanizados se eles nem sabem o que é isso.” ASS2.

“Acho que a gente precisa melhorar, com educação, né? Com educação permanente, que é primordial e que a gente ainda não conseguiu ter. Às vezes tem, fica um tempo e aí por conta da demanda não tem mais.” ENF1.

Aparece a importância da **presença do acompanhante nesse momento da vida da mulher**. No entanto, é apontada a deficiência de estrutura física para a viabilização dessa estratégia e assinalado que aqueles que assumem esse compromisso devem ser qualificados para tanto. Além disso, é trazida a problematização de quem deve ser o acompanhante, com a defesa de que o companheiro/marido não seria indicado, o que revela a dificuldade do profissional em compreender o papel e as capacidades do homem no contexto do parto e a atribuição somente às acompanhantes mulheres de viver e apoiar esse momento.

“O mais importante que eu vejo aqui nessa humanização é o pai ou acompanhante que fica junto com a mãe o tempo todo. Que fica ali de mão dada, assiste todo o trabalho de parto e fica tudo mais tranquilo.” ATE6.

“Eu até brinco com os acompanhantes, que pai é péssimo pra acompanhar parto, pai é o pior acompanhante. Se você olhar nos filmes antigos, quem está acompanhando a parturiente? A mãe, a irmã, a prima, a parteira. Homem não entra, homem não foi feito pra ver mulher parindo.” ASS4.

“O marido tem que participar, porque quando você deixa o marido de fora desse processo, como é que vou querer que ele ajude essa mulher na hora que ela tiver ganhado nenê, que ajude no momento que ela precise?” ASS8.

4. DISCUSSÃO

Foi identificado que há uma variedade de compreensões acerca do tema, em grande parte, conferida a distintas abordagens teóricas e metodológicas. Em vista disso, escolhemos conduzir essa investigação tendo como foco apenas a concepção de maternidade e de nascimento, com a preocupação de identificarmos as definições de humanização do parto e nascimento, sob a perspectiva dos profissionais de saúde.

Os resultados da pesquisa revelam que o cuidado humanizado possui diversas concepções e não são, necessariamente, semelhantes e complementares, podendo ser distintas e conflitantes. Essa multiplicidade de definições explicita o tensionamento de forças, já ressaltado pelo MS (2017b), entre o modelo biomédico hegemônico e a reivindicação por um cuidado humanizado, que tem se instalado na prática obstétrica e neonatal. Os resultados são especialmente importantes, pois refletem o cuidado ao trabalho de parto, parto e pós-parto oferecido pelos profissionais de saúde em um hospital universitário e acaba por revelar a persistência de uma visão resistente às evidências científicas, fragmentada, despersonalizada, vinculada à disputas profissionais para realizar o cuidado obstétrico e com prevalência de um modelo biomédico.

Evidencia-se que a implementação de projetos que visam a mudança de práticas profissionais, como o Projeto Apice On, requer estratégias que promovam a discussão sobre as práticas executadas e sobre os motivos que mobilizam as pessoas a considerarem as atitudes, os valores e a conduta ética nas ações realizadas. Nessa direção, o estabelecimento do espaço de Educação Permanente em Saúde (EPS) pode ser uma das estratégias que favorecem os processos de mudanças. Uma vez que a EPS é uma política pública que vem sendo implementada no Brasil desde 2003 e que apoia os processos de mudanças nas práticas em saúde (MS, 2004).

A medicalização do parto é aqui representada por dois núcleos de sentido. Um deles, concebe a humanização unicamente como o acesso a exames e, o outro, como a presença indispensável de médicos no trabalho de parto, seja ele de baixo ou alto risco. Revela-se, portanto, o entendimento restrito de humanização, distanciado da integralidade no cuidado ao sujeito, assim como, a permanência de um caráter tecnocrata. Essa perspectiva demonstra a incompatibilidade com o que é preconizado pela OMS e MS, pois as entidades questionam o predomínio do profissional médico na assistência e recomendam a inclusão de enfermeiras obstétricas e obstetrizes na condução do parto de baixo risco, por diminuir intervenções desnecessárias e aumentar a satisfação das mulheres com a experiência do parto, sem causar prejuízo aos indicadores maternos e perinatais (OMS, 2014).

Disputas de poder entre categorias profissionais envolvidas na cena do parto contribuem para que haja uma resistência à incorporação de recomendações cientificamente embasadas e internacionalmente validadas (Vilela, 2017). A constatação também foi evidenciada no estudo de Diniz et al. (2018), no qual identificou que os hospitais

universitários estão entre os locais mais resistentes à mudança. O que é paradoxal, pois o entendimento comum seria que as mudanças deveriam iniciar nesses espaços por serem mais avançados em termos de conhecimento científico, fundamentação ética, melhores práticas e formação de novos profissionais. O progresso nos lugares que deveriam ser os primeiros a inovar e promover as mudanças necessárias é dificultado pela inércia dentro das grandes instituições, pela dificuldade de traduzir em prática os direitos humanos, pelo controle do conhecimento e da prática do trabalho de parto por parte dos médicos, e pela ampla e oculta violência de gênero nas universidades e na assistência médica. Vilela (2017) ainda acrescenta que os profissionais que atuam nos hospitais universitários, são também professores. Dessa maneira, tornam-se referência nesses ambientes de aprendizagem aos graduandos, que são, especialmente, permeáveis. Logo, ao reproduzir e ensinar essas práticas de ensino obsoletas e não embasadas, transmitem seus valores.

Na investigação, observamos conflito em relação à presença dos companheiros/maridos como acompanhantes, sendo identificado também por Vilela (2017). É uma situação comum os serviços não permitirem a entrada deles no ambiente do parto. Assim, superar preconceitos e discriminação quanto à presença dos homens nas maternidades pode ser indicador de uma cultura cidadã. Especialmente porque é preciso reconhecer a diversidade de significados que orientam as escolhas de acompanhante pelas gestantes e evitar transformar essa participação em imposição de valores. Valadão & Pegoraro (2020) evidenciaram que a presença do acompanhante em todos os momentos nem sempre acontece, mesmo sendo um direito assegurado por lei no Brasil, e destacaram que os desejos das mulheres, muitas vezes, não foram respeitados pela equipe de saúde.

Desse modo, é possível inferir que há espaço para mudança nos hospitais ligados a instituições de ensino, com a substituição da medicalização do parto e suas intervenções desnecessárias, dolorosas e iatrogênicas, pelo fortalecimento e respeito à fisiologia da mulher, ao seu protagonismo e à sua autonomia. É necessário vencer a cultura machista do país, que vê como natural a situação indigna a que as mulheres são expostas no momento de parir. Essas transformações são urgentes, enfaticamente demonstradas por muitas pesquisas científicas e reivindicadas pela sociedade civil (Vilela, 2017).

5. CONCLUSÃO

A pesquisa qualitativa possibilitou revelar as concepções dos profissionais de saúde sobre a humanização do cuidado no pré-parto, parto e puerpério em um hospital de grande porte

que realiza a formação na graduação e pós-graduação. As concepções dos profissionais foram reveladas por meio das etapas desenvolvidas pelos pesquisadores, seguindo os momentos da análise temática.

Apesar do hospital analisado integrar o Projeto Apice On, as estratégias de sua implementação necessitam ser revistas, pois existem aproximações e distanciamentos das práticas de humanização que embasam o projeto. As práticas de humanização são tímidas, bem como a apreensão e assimilação do conceito de humanização pelos profissionais de saúde, uma vez que não refletem sobre o trabalho prestado, não tendo, assim, potencialidade para viabilizar os processos de mudanças. Isso resulta em uma formação, atenção e gestão ainda incapazes de produzir um impacto consistente na educação em saúde para profissionais de saúde e mulheres, no respeito aos direitos humanos, na defesa da ciência como princípio da prática, em produção de pesquisas socialmente referenciadas, e na aproximação da academia aos temas sensíveis dos movimentos sociais.

Foram identificadas ferramentas para a promoção do cuidado humanizado. Sendo elas: estrutura organizacional hospitalar adequada, equipe multidisciplinar consciente de sua função, formação profissional e presença de acompanhante. Mediante essa constatação, a Educação Permanente em Saúde deve ser incorporada como uma estratégia de reflexão e reconstrução das práticas em saúde. É uma aliada para potencializar a implementação e ampliação dessas quatro ferramentas para que ocorra, de fato, uma transformação do processo de trabalho e cuidado oferecido, em consonância com a humanização do parto e nascimento.

Entende-se que uma limitação da pesquisa está em não ter entrevistado gestantes, puérperas e familiares, pois a humanização deve ser percebida, sentida e compreendida significativamente não só pelos profissionais de saúde, mas também por aqueles que são cuidados. Dessa maneira, há a necessidade de ampliar a investigação com as usuárias do serviço e seus familiares.

6. REFERÊNCIAS

- Ayres, J. R. C. M. (2009). *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde* (1st ed.). Rio de Janeiro: CEPESC.
- Bourguignon, A. M., & Grisotti, M. (2018). Concepções sobre humanização do parto e nascimento nas teses e dissertações brasileiras. *Saúde e Sociedade*, 27(4), 1230-1245. DOI: 10.1590/s0104-12902018170489

- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de Fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente na Saúde como estratégia do SUS para formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 569/GM/MS, de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1459/GM/MS, de 24 de junho de 2011. Dispõe sobre a implantação da Rede Cegonha. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. (2017a). Apice On: Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. (2017b). Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal. Brasília.
- Diniz, C. S. G., Rattner, D., d'Oliveira, A. P. L., Aguiar, J. M. de, & Niy, D. Y. (2018). Disrespect and abuse in childbirth in Brazil: social activism, public policies and providers' training. *Reproductive Health Matters*, 26(53), 19-35. doi: 10.1080/09688080.2018.1502019
- Lansky, S., Souza, K. V. de, Peixoto, E. R. M., Oliveira, B. J., Diniz, C. S. G., Vieira, N. F., Cunha, R. O. & Friche, A. A. L. (2019). Violência obstétrica: influência da exposição sentidos do nascer na vivência das gestantes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(8), 2811-2824. doi: 10.1590/1413-81232018248.30102017
- Lokugamage, A. U., & Pathberiya, S. D. C. (2017). Human rights in childbirth, narratives and restorative justice: a review. *Reproductive Health*, 14(17). doi: 10.1186/s12978-016-0264-3
- Mendes, Y. M. M. B., & Rattner, D. (2020). Estrutura e práticas de hospitais integrantes do Projeto Apice ON: estudo de linha de base. *Revista de Saúde Pública*, 54, 23. doi: 10.11606/s1518-8787.2020054001497
- Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (14a ed.). São Paulo: Hucitec.
- Minayo, M. C. S., Deslandes, S. F., & Gomes, R. (2016). *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade* (1st ed.). Rio de Janeiro: Vozes.
- Organização Mundial da Saúde. (2014). *Declaração sobre prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. Genebra.
- Picheth, S. F., Crubellate, J. M., & Verdu, F. C. (2018). A transnacionalização do parto normal no Brasil: um estudo das últimas cinco décadas. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 25(4), 1063-1082. doi: 10.1590/s0104-59702018000500009
- Valadão, C. L., & Pegoraro, R. F. (2020, Janeiro/Abril). Vivências de mulheres sobre o parto. *Fractal: Revista de Psicologia*, 32(1), 91-98. doi: 10.22409/1984-0292/v32i1/5739
- Vilela, M. E. A. (2017). *Atenção ao parto e nascimento em hospitais de ensino: o que dizem as mulheres* (Dissertação de Mestrado). Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva.

DEFINIÇÃO DE HABILIDADES-ALVO PARA A CLASSIFICAÇÃO DE BRINCADEIRAS VOLTADAS ÀS CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO

Francisca Francisete de Sousa Nunes Queiroz¹, Christina César Praça Brasil¹, Fabiana Neiva Veloso Brasileiro², Felícia Gabler², José Eurico de Vasconcelos Filho³

^{1, 2} Universidade de Fortaleza, Brasil. zete.queiroz@hotmail.com; cpraca@unifor.br
fabianaveloso@unifor.br; feliciagabler@icloud.com

³ NATI - Universidade de Fortaleza, Brasil. euricovasconcelos@unifor.br

Resumo. O ato de brincar é uma estratégia que estimula o desenvolvimento e a aprendizagem de habilidades sob os aspectos cognitivos, físicos e sociais. A classificação de brincadeiras a partir de habilidades-alvo, com suas respectivas caracterizações e níveis, permite a estimulação do desenvolvimento global de crianças com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA). Este estudo objetivou definir as habilidades-alvo para a classificação de brincadeiras a serem incorporadas no aplicativo Interautismo, fomentando um melhor direcionamento das atividades lúdicas para as crianças com Transtorno do Espectro do Autismo. O estudo respaldou-se em uma revisão de literatura, realizada de agosto a setembro de 2019, levando a alocação das brincadeiras em três eixos de habilidades-alvo: comunicativas, sociais e motoras. Verifica-se que a categorização das brincadeiras, de acordo com as habilidades-alvo definidas, oferece subsídios aos profissionais de saúde, cuidadores, pais e familiares, para que melhor direcionem o brincar das crianças com TEA, no sentido de contribuir para o seu desenvolvimento.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro do Autismo; Habilidades para a Vida; Desenvolvimento Infantil; Brincadeiras; Aplicativos Móveis

DEFINITION OF TARGET SKILLS FOR THE CLASSIFICATION OF GAMES DIRECTED TO CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER

Abstract. The act of playing is a strategy that encourages the development and learning of skills under the cognitive, physical and social aspects. The classification of games in target skills, with their respective characterizations and levels, allows the stimulation of the global development of children with Autism Spectrum Disorder (ASD). The objective of this study was to define the target skills for the classification of games to be incorporated into Interautism, promoting a better direction of play activities for children with Autism Spectrum Disorder. The study was supported by a literature review, held from august to september 2019, leading to the allocation of games in three axes of target skills: communicative, social and motor. It can be seen that the categorization of play, according to the target skills, offers subsidies to health professionals, caregivers, parents and family members, so that they can better direct the play of children with ASD, in order to contribute to their development.

Keywords: Autism Spectrum Disorder; Adaptation; Child Development; Play and Playthings; Mobile Applications

1. INTRODUÇÃO

O desenvolvimento infantil inicia-se desde a concepção, englobando o crescimento físico, a maturação neurológica, o desenvolvimento comportamental, sensorial, cognitivo e de linguagem, assim como as relações sociais e afetivas. Tem como efeito tornar a criança capaz de responder às suas necessidades e as do meio em que vive, considerando o seu

contexto de vida, sendo um processo multidimensional e integral (Brasil, 2016; Organização Pan-Americana da Saúde, 2005). Quando se fala em desenvolvimento infantil, o ato de brincar é essencial, por ser uma das principais ações realizadas pelas crianças. (Godin, Freeman, & Rigby, 2019).

O brincar conquista espaço e importância em todas as abordagens referentes à infância, principalmente como recurso para o desenvolvimento e a aprendizagem de habilidades (Cotonhoto, Rossetti, & Missawa, 2019). Brincar possibilita à criança o aprimoramento da comunicação, da expressão, do relacionamento e da aprendizagem; uma vez que permite a experimentação de ações sensoriomotoras, a manipulação de objetos, o estabelecimento de interações sociais e a construção de representações mentais (Lucisano, Novaes, Sposito, & Pfeifer, 2017). Cipriano e Almeida, (2016) apontam que o ato de brincar também evidencia possíveis *deficits* e dificuldades apresentadas por crianças com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), possibilitando identificar e acompanhar algumas alterações no desenvolvimento, uma vez que, ao brincar, as crianças revelam suas habilidades físicas, cognitivas e sociais.

O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), hoje classificado pelo *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V), configura-se como uma alteração global do desenvolvimento com prejuízos na comunicação social, além de comportamentos restritos e repetitivos. Isto é observado pelo fato de muitos dos seus portadores apresentarem problemas no desenvolvimento social e cognitivo (Apa, 2014).

O *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) publicou um relatório que mostra o aumento da prevalência de casos em até sete vezes nos Estados Unidos, apresentando uma estimativa de 1 para 59 crianças (Baio et al., 2018). No Brasil, suspeita-se que 1% da população brasileira possua diagnóstico de autismo (Rocha, Souza, Costa & Portes, 2019). Nesse sentido, intervenções especializadas em tempo hábil podem prever o prognóstico e a evolução do tratamento, reduzindo limitações e prejuízos ao desenvolvimento dessas crianças (Rossi, Lovisi, Abelha, & Gomide, 2018).

Tendo em vista que a criança com TEA apresenta dificuldades em diversas áreas do desenvolvimento (interação social, comunicação, dentre outros), pode também apresentar comportamentos que prejudicam a experiência do brincar, visto que se limitam, na maioria das vezes, a um brincar isolado e disfuncional, não permitindo a interferência e a participação de outras pessoas (Calegari, Luz, Campos, Borba & Ribeiro, 2018).

Nesse contexto, instrumentos que se fundamentam na utilização do brincar como recurso de auxílio ao processo terapêutico, com foco nas habilidades necessárias ao desenvolvimento integral, são considerados importantes para profissionais que trabalham com crianças e para o aumento do envolvimento dos pais e/ou familiares com seus filhos. Esses instrumentos podem monitorar os progressos obtidos ao longo do tratamento e auxiliar nas decisões acerca da intervenção mais apropriada para cada caso (Cipriano & Almeida, 2016).

A expansão dos recursos tecnológicos tem facilitado a vida das pessoas e ajudado os profissionais de saúde a promoverem o cuidado mediado por novos meios, a exemplo das tecnologias móveis (e.g. *smartphones* e *tablets*), caracterizando a área de saúde móvel (*m-Health*). Este é um ramo da saúde eletrônica (*eHealth*) definido como a utilização de recursos tecnológicos de computação e comunicações móveis para a realização de cuidados e promoção de saúde (Free, Phillips, Felix, Galli, Patel, & Edwards, 2010).

As tecnologias *mobile* constituem elementos de mediação e prescrição de atividades entre profissionais de saúde e pacientes, transpondo barreiras físicas e temporais, estendendo e ampliando o cuidado e a atuação dos profissionais de saúde, com informações, monitoramento, lembretes, jogos e promoção de atividades de autocuidado em saúde, sendo, nesse contexto, também adotadas a favor de crianças com TEA para o desenvolvimento de várias habilidades.

A proposta do brincar inserido nas tecnologias móveis surge como um apoio e contribui como ferramenta coadjuvante para o desenvolvimento integral de crianças com TEA, ampliam o repertório de diferentes profissionais da educação, da saúde e de seus familiares, ao estimularem essa população (Aragão, Junior & Zaquel, 2019).

O projeto Interautismo (Bastos, Macambira, Carvalho, Vasconcelos Filho, Vasconcelos, & Maia, 2018) segue a linha da *mHealth*, tendo como produto um sistema de apoio ao desenvolvimento da criança com TEA. O sistema contempla um aplicativo para dispositivos móveis voltado à família da criança com TEA e um sistema web de prescrição de atividades lúdicas (brincadeiras) para uso dos profissionais de saúde. A ideia é que o(s) profissional(is) possam prescrever brincadeiras a serem realizadas em âmbito domiciliar e acompanhadas via aplicativo.

Percebeu-se, entretanto, em avaliações da versão 1.0 da ferramenta que os profissionais de saúde, para uma prescrição adequada, precisavam de um bom conhecimento

multidisciplinar sobre as atividades lúdicas para atender as peculiaridades da criança. Nesse contexto, observou-se a necessidade de, ainda na etapa de prescrição (ferramenta web), oferecer suporte ao profissional na indicação das brincadeiras. Para isso, verificou-se serem requeridas a classificação das brincadeiras de acordo com as habilidades a serem estimuladas e a implementação de um sistema de recomendação.

Assim, este estudo justifica-se pela necessidade de fomentar um melhor direcionamento do brincar para as crianças com TEA, no sentido de desenvolver habilidades que podem estar prejudicadas, bem como pela necessidade de categorização das atividades lúdicas de acordo com as principais habilidades-alvo para a estimulação do desenvolvimento infantil.

Diante do exposto, objetivou-se definir as habilidades-alvo para a classificação de brincadeiras a serem incorporadas ao Interautismo, fomentando um melhor direcionamento das atividades lúdicas para as crianças com TEA.

2. METODOLOGIA

Realizou-se uma revisão bibliográfica em duas etapas, quais sejam. Na primeira etapa, realizou-se a formulação do problema com o levantamento bibliográfico, além da coleta das informações, fatos e dados contidos no material bibliográfico selecionado (Gil, 2010). Na segunda etapa, o material selecionado foi analisado.

A primeira etapa ocorreu de agosto a setembro de 2019, buscando artigos científicos, livros, teses e dissertações publicados na área de saúde e de educação. As produções foram selecionadas no recorte temporal de 2010 a 2019, nas principais bases de dados: Capes, EBSCOhost, BDTD_IBICT, Scielo (*Scientific Electronic Library Online*), Redalyc e Scholar (Google acadêmico), utilizando-se os descritores e seus correspondentes em inglês (DeCS), quais sejam: autismo (*autistic disorder*); habilidades (*skills*), brincadeiras e brinquedos (*play and playthings*), atividades lúdicas (*play activities*) e desenvolvimento infantil (*child development*).

A questão norteadora para proceder a busca na literatura foi a seguinte: Quais habilidades podem ser desenvolvidas por meio da utilização de atividades lúdicas para estimular o desenvolvimento global de crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA)?

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram os seguintes: textos que abordam o brincar para o desenvolvimento infantil, conceitos, metodologias e ferramentas

existentes sobre os programas de ensino e a estimulação de crianças com TEA; além de textos que contemplam a questão norteadora. Foram excluídos os textos que não apresentavam conteúdo relevante para a temática, os que incluíam outros grupos (idosos, adultos) e os que não se referiam às crianças com TEA.

Na segunda etapa, realizou-se a análise do material selecionado, a partir de reuniões com a equipe multidisciplinar do projeto para o aprofundamento da leitura, a partir de técnicas de leitura, principais estratégias de análise na pesquisa bibliográfica (Lima & Miotto, 2007). As técnicas utilizadas foram: leitura de reconhecimento do material bibliográfico (localizar e selecionar o material que pode estar relacionado com o tema da pesquisa); leitura exploratória (verificação se as informações selecionadas interessam ao estudo); leitura seletiva (determinação do material que interessa, relacionando-o aos objetivos da pesquisa); leitura reflexiva ou crítica (estudo crítico do material selecionado, organizando e resumindo as informações) e leitura interpretativa (relação e integração das ideias expressas nas obras com o problema para o qual se busca resposta).

Nessa etapa, foram selecionados 35 textos que se alinhavam ao objeto de estudo. Ressalta-se que foi utilizada a abordagem qualitativa para identificação, síntese dos principais achados, mapeamento das brincadeiras já prescritas na literatura e discussão das temáticas, favorecendo a definição das habilidades-alvo.

Para melhor compreender as habilidades-alvo, os pesquisadores recorreram ao '*Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program*' (VB-MAPP) de autoria Mark L. Sundberg, que oferece uma avaliação sistematizada para crianças com TEA ou com atrasos similares e constitui um instrumento de uso frequente para aqueles que planejam e implementam atendimentos nessa área.

O VB-MAPP é um programa que se baseia no desenvolvimento efetivo de habilidades, bem como determina se estas estão presentes ou ausentes, verifica o nível operante dos comportamentos da criança, fornece direção para a intervenção, além de oferecer um sistema de rastreamento de aquisição das habilidades da criança (Sundberg, 2008).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra final desta revisão foi constituída por trinta cinco textos científicos, os quais são apresentados no Quadro 1:

Quadro 1 – Quantitativo de publicações associado à base de dados e ao tipo

Base de Dados	N	Tipo
Scielo	5	Artigos
Capes	4	Artigos
EBSCOhost	5	Artigos
Redalyc	1	Artigos
SCHOLAR	11	Artigos
BDTDibict	3	Dissertações e teses
Livros	6	Livros
Total		35 estudos

3.1 Definição das habilidades-alvo para classificar as brincadeiras

Conforme a análise dos dados, foram definidas as habilidades-alvo importantes para o desenvolvimento integral das crianças, as quais são apresentadas por categorização. A proposta não tem o intuito de separar as competências que são adquiridas ao longo do processo de desenvolvimento do indivíduo. A intenção é evidenciar as habilidades mais recrutadas em determinados contextos e, assim, conduzir o brincar com mais singularidade, atendendo às necessidades para o desenvolvimento das crianças com TEA. Diante do exposto, descrevem-se, a seguir, cada uma das habilidades eleitas como essenciais: comunicativas, sociais e motoras.

3.1.1 Habilidades comunicativas

É nos primeiros anos de vida, antes da primeira década, que ocorre a maturação das habilidades comunicativas (Goulart & Chiari, 2012), com a aquisição das áreas motoras, cognitivas e o controle da linguagem, elementos fundamentais para o desenvolvimento global. Segundo Oliveira, Flores, & Souza, (2012) cada indivíduo utiliza-se da comunicação verbal e não-verbal para conseguir atingir propósitos, compartilhar interesses, pensamentos e emoções.

No âmbito das habilidades comunicativas constantes neste estudo, a proposta das atividades lúdicas a serem desenvolvidas almeja o enfrentamento dos distúrbios do desenvolvimento infantil que atingem o comportamento verbal. Segundo a revisão de literatura realizada para respaldo desta habilidade, destaca-se o Comportamento Verbal,

descrito pela primeira vez em 1957 por Burrhus Frederic Skinner, que estabeleceu bases para formação de uma linha de pesquisa independente sobre a aquisição de linguagem e o estudo do comportamento humano, principalmente em crianças com TEA e outros atrasos do desenvolvimento (Skinner, 1957).

O referido estudo promoveu a abordagem do comportamento verbal, a partir do modelo '*Applied Behavior Analysis*' (ABA) (Vismara & Rogers, 2010; Fernandes & Amato, 2013) e do instrumento de avaliação '*Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program*' (VB-MAPP). O modelo ABA direciona-se ao uso da análise do comportamento verbal com ênfase na função das respostas verbais, possibilitando o ensino de competências desejadas por meio de um controle apropriado. Já o VB-MAPP constitui um protocolo de avaliação comportamental da linguagem para crianças com TEA e com atrasos semelhantes (Sundberg, 2008).

A característica central dessa habilidade proposta por Skinner é considerar que a análise da linguagem do comportamento verbal envolve todas as formas de comunicação: linguagem de sinais, troca de figuras, linguagem escrita, gestos ou qualquer outra forma que uma resposta de comunicação possa assumir, sendo que a base da análise é focalizada no indivíduo falante e no ouvinte (Dib, 2017).

O comportamento verbal é operante, visto que acontece quando o indivíduo se comporta e existe a mediação do outro.

Assim, o ouvinte responde aos estímulos verbais produzidos pelo falante. Isto é, nesse processo, o indivíduo é considerado falante ao comportamento verbal perante o outro e torna-se ouvinte, ao reagir aos estímulos verbais produzidos por outros indivíduos.

Portanto, a habilidade comunicativa acontece por meio dos operantes verbais, que são unidades de análise funcional do comportamento verbal compostas por uma resposta verbal (seja ela vocal, gestual, escrita, etc) e cada habilidade de linguagem (operante verbal), as quais são diferenciadas entre si pelos estímulos fornecidos pelo ambiente (Skinner, 1957).

Ressalta-se, que se expõem neste estudo alguns operantes verbais sugeridos por Skinner (1957), que constituem um repertório linguístico completo, classificado em dois tipos diferentes de comportamento: o falante e o ouvinte. Os operantes verbais descrevem as habilidades comunicativas apresentadas no quadro 2:

Quadro 2. Habilidades comunicativas descritas a partir de comportamentos e operantes verbais (adaptado do VB-MAPP)

Habilidades de Comunicação	Operantes verbais	Descrição
Do Falante	Mando	O falante realiza pedidos ou emite para remover itens ou atividades indesejáveis
	Tato	O falante identifica objetos, ações, eventos, etc.
	Intraverbal	O falante responde à pergunta dos outros ou conversa quando as palavras são controladas por outras palavras.
	Ecoico	O falante repete os sons, palavras e frases que ouve; imitação vocal
Do Ouvinte	Seguir instruções ou atender o pedido de outros	O ouvinte executa uma ação desejada, segue uma instrução ou seleciona um item em uma serie com outros itens
	Discriminação Visual	Habilidade de percepção visual
	Emparelhamento com o modelo Matching-to-sample	Tarefas de discriminação visual como quebra-cabeça, desenhos, padrões, por exemplo, discriminações que exigem que a criança observe e discrimine por estímulos visuais

Diante da revisão e análise detalhada da literatura, a caracterização das habilidades comunicativas partiu do embasamento teórico proposto por Skinner (1957) e citado por diversos estudos (Lovaas, 2003; Dib 2017; Martone, 2017). Nesse sentido, a criança com TEA pode apresentar atrasos no desenvolvimento do comportamento verbal, com déficits na aquisição de aprendizagem dos operantes verbais, os quais são considerados os mais cruciais por afetar outras áreas do desenvolvimento - educacional, cognitivo, social e o brincar (Dib, 2017). Ademais, estudos mostram que o brincar visa ensinar mais de um operante verbal (Martone, 2017), favorecendo a criação de oportunidades para a criança praticar aquilo que está faltando em seu repertório.

3.1.2 Habilidades sociais

A Habilidade Social diz respeito a capacidade das pessoas se comportarem de acordo com uma determinada situação, o que envolve comportamentos de aprendizagem que permitem ao indivíduo interagir efetivamente com outros, além de obter aceitação social (Badiah, 2018).

Nesse sentido, crianças com TEA, geralmente, mostram atrasos nas habilidades sociais, apresentando contato visual limitado, dificuldade em manter a interação com outras pessoas, dificuldade em entender e usar a comunicação não verbal (gestos e expressões faciais), bem como dificuldades em retribuir as conversas (Bohlander, Orlich, & Varley, 2012). Ademais, observa-se que uma das funções mais prejudicadas nessas crianças está relacionada ao acesso do brincar simbólico, pois a brincadeira delas é marcada pela

atividade repetitiva, pobreza ou inexistência de brincadeiras de imitação social, existindo um prejuízo significativo, especialmente, em brincadeiras como o faz-de-conta.

O brincar está presente na vida da criança de modo a permitir o desenvolvimento das habilidades sociais e contribuir para o aprofundamento de vínculos entre pais, filhos e familiares, favorecendo o desenvolvimento de competências afetivas e relacionais (I. A. L. Silva & Silva, 2019).

Nesse sentido, avaliar esses comportamentos, a partir do ato de brincar, é considerado de extrema importância, pois oferece recursos para que os profissionais possam incrementar ou aprimorar suas práticas (Lucisano, Novaes, Sposito, & Pfeifer, 2017). Assim, a proposta das Habilidades Sociais descrita neste estudo repercute sobre o desenvolvimento de componentes que envolvem estratégias de interação social.

Dentre os componentes que caracterizam essas habilidades sociais destacam-se: brincadeira social; atenção compartilhada; interação física; expressões e emoções (tomada de perspectiva); cumprimentos e conversação.

Para Martone (2017), a 'brincadeira social' abrange a interação com os outros (adultos e crianças), sendo que alguns comportamentos mais avançados incluem jogos de tabuleiros, brincadeira imaginária, dentre outros. É válido destacar que todas essas brincadeiras abrangem também o comportamento verbal, uma vez que possibilitam compartilhar ou trocar brinquedos, cooperar na brincadeira, terminar a brincadeira apropriadamente, arrumar os brinquedos, iniciar e manter a brincadeira.

Nesse processo, a 'atenção compartilhada' caracteriza-se pelo contato visual, atender e atentar às outras pessoas. A 'interação física', por sua vez, ocorre quando uma criança inicia a interação com outras crianças sem a interferência de um adulto, podendo essa interação ser verbal ou não verbal. As 'expressões e emoções' (tomada de perspectiva) evidenciam-se nos atos de rotular e interpretar emoções pessoais e outras emoções, mostrando compaixão com o outro e adaptando o comportamento apropriadamente. Os 'cumprimentos' são comportamentos em que se atenta a outras pessoas, cumprimentando-as. Já a 'conversação' propõe-se a atentar e responder a linguagem, iniciar e sustentar uma conversa, ou seja, responder questões sociais como nome, idade, onde mora, dentre outras e fazer perguntas (Mckinnon & Krempa, 2002).

3.1.3 Habilidades motoras

O desenvolvimento motor consiste no aprimoramento de movimentos corporais ao longo do ciclo de vida, possibilitando a interação entre ambiente, homem e tarefas a serem realizadas no cotidiano. É um processo que se inicia no nascimento e cessa com a morte. Cada indivíduo tem um tempo peculiar para aprender e desenvolver suas habilidades motoras. Entretanto, o grau de domínio das habilidades motoras básicas está relacionado ao seu estilo de vida e nível de saúde (Silva, Andrade, Torres, & Amorim, 2017).

Nesse sentido, é fundamental para o ser humano realizar tarefas do dia a dia; contudo, uma coordenação motora global efetiva implica em um maior desenvolvimento motor e controle dos movimentos, o que contribui com a qualidade de vida. Independentemente da idade, o indivíduo está propício e pronto a aprender movimentos novos e cada vez mais desenvolver a sua parte psicomotora, sendo possível alterar o nível de aquisição das habilidades motoras em qualquer fase da vida (Perfeito & Souza, 2017).

Verli, Benassi, Gonçalves, & Albino, (2017) afirmam que na infância ocorre a aquisição do repertório motor que servirá de base para as outras fases. É nesse período que a criança adquire o domínio de seu corpo em diversas posturas, aprende a se locomover pelo ambiente de diferentes formas e a manipular variados tipos de objetos. Nessa perspectiva, Soares & Cavalcante Neto, (2015) indicam ser, especificamente, na infância que o ser humano começa o aprimoramento de suas habilidades. Em concordância com outros autores, pode-se entender que o desenvolvimento motor são as alterações progressivas do comportamento motor, no decorrer do ciclo da vida, realizadas pela interação entre as exigências da tarefa, a biologia do indivíduo e as condições do ambiente, ressaltando que fica cada vez mais evidente que os estímulos dados têm contribuição para o seu desenvolvimento (Soares & Cavalcante Neto, 2015; Perfeito & Souza, 2017).

Em outras palavras, o desenvolvimento motor na infância possibilita à criança o domínio do seu corpo em diferentes posturas, locomoção pelo ambiente, por meio do andar, do correr, do saltar e do manipular objetos e instrumentos diversos, ou seja, receber uma bola, arremessar, chutar e outros (Seize & Borsa, 2017). Assim, o ato de explorar o movimento, a partir do brincar, é algo que se pode perceber no cotidiano. Portanto, essas vivências que as crianças experimentam brincando geram diversidade de movimento (Oliveira & Strohschoen, 2019).

Em crianças com TEA, o comportamento motor poderá apresentar prejuízos no que diz respeito ao planejamento e sequenciamento motor. Em concordância, o estudo de Cantarero, Lloyd, & Celnik, (2013), cujo objetivo foi descrever e comparar a capacidade motora global visando as habilidades motoras grossas e finas de um grupo de crianças com TEA, constatou progressão dos déficits à medida que a idade avança.

Nesse aspecto, para essa habilidade, enfatizam-se as habilidades de imitação motora; coordenação motora fina e coordenação motora grossa. A imitação motora é um operante verbal e caracteriza-se em imitar as ações dos outros. Esse comportamento ajuda no desenvolvimento social e lúdico, assim como outras atividades realizadas em grupo. A coordenação motora fina requer atividades de pequenos músculos, como escrever, coordenar movimentos dos olhos e das mãos, criar peças de artes, etc. Já coordenação motora grossa recruta músculos maiores do corpo, como sentar, andar, correr e outros (Martone, 2017).

Assim, para que as habilidades motoras se desenvolvam de forma satisfatória, devem ser consideradas as características biológicas, as experiências de aprendizagem e os fatores sociais que influenciam diretamente no desenvolvimento e no comportamento. Dessa forma, o ato de brincar constitui uma ferramenta valiosa para a estimulação dessas habilidades (Soares & Cavalcante Neto, 2015).

4. CONCLUSÕES

Os achados deste estudo sugerem uma perspectiva qualitativa que contribui para o incremento do brincar, fomentando o direcionamento da atividade lúdica para desenvolvimento infantil, uma vez que este é um fator importante para a sistematização de categorias que permitem a descrição e as especificações das habilidades-alvo para a incorporação de brincadeiras que poderão estimular o desenvolvimento integral da criança com TEA.

Outro fator a ser mencionado diz respeito a importância do mapeamento das brincadeiras, a partir das habilidades-alvo identificadas e descritas neste estudo, no intuito de que as crianças com TEA usuárias do Interautismo possam ter uma proposta diferenciada de atividades, de acordo com suas demandas e necessidades, o que foi possibilitado pelo olhar qualitativo da investigação. Desse modo, o estudo favorece a reflexão sobre a

disponibilização de um repertório significativo de brincadeiras com maior resolução e ampliação de competências.

Diante dos resultados alcançados, a definição das habilidades-alvo possibilita a continuação do presente estudo, o que acontecerá com a alocação das brincadeiras mapeadas, a partir da literatura, nos eixos de cada uma das habilidades-alvo definidas (comunicativa, social e motora). Esse conjunto de dados serão implementados no aplicativo Interautismo com o objetivo de proporcionar um melhor direcionamento do brincar para as crianças com TEA, além de oferecer subsídios aos profissionais de saúde, cuidadores, pais e familiares. Acredita-se que isto poderá repercutir em um cuidado eficaz e em melhorias para a saúde e a qualidade de vida de todos os envolvidos.

Ademais, o estudo traz importantes contribuições para a pesquisa qualitativa, uma vez que proporciona reflexões sobre o ato de brincar e sua influência no desenvolvimento de habilidades que são permeadas pelas subjetividades dos envolvidos.

5. REFERÊNCIAS

- Aragão, M. C. M., Júnior, J. B. B., & Zaqueu, L. C. C. (2019). O uso de aplicativos para auxiliar no desenvolvimento de crianças com transtorno do espectro autista. *Olhares & Trilhas*, 21(1), 43-57.
- Associação Americana de Psicologia (APA). (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*, 5. ed. Porto Alegre-RS: Artmed.
- Badiah, L. I. (2018). The importance of social skills for autism. *Advances in Social Science, Education and Humanities Research*, 272, 20-24.
- Baio, J., Wiggins, L., Christensen, D. L., Maenner, M. J., Daniels, J., Warren, Z., ... & Dowling, N. F. (2018). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years - Autism and developmental disabilities monitoring network, 11 Sites, United States, 2014. *Morbidity and mortality weekly report. Surveillance summaries*, 67(6), 1-23.
- Bastos, A. P. F., Macambira, S. M., Carvalho, R. F. M., Vasconcelos Filho, J. E., Vasconcelos, R. A. de & Maia, J. A. (2018). Interautismo: aplicação mHealth de apoio ao tratamento de crianças com autismo. CBIS2018, Fortaleza.
- Bohlander, A. J., Orlich, F. & Varley, C. K. (2012). Social skills training for children with autism. *Departement of Psychiatry*, 59(1), 165-174.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2016). *Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- Calegari, T., Luz, J. H., Campos, Y. A. E. S., Borba, R. I. H. & Ribeiro, C. A. (2018). A criança autista em sessão de brinquedo terapêutico dramático: uma revisão winnicottiana. *Revista Sociedade Brasileira Enfermagem Pediátrica*. 18(1), 43-48.
- Cantarero, G., Lloyd, A., & Celnik, P. (2013). Reversal of long-term potentiation-like plasticity processes after motor learning disrupts skill retention. *Journal of Neuroscience*, 33(31), 12862-12869.

- Cipriano, M. S. & Almeida, M. T. P. (2016). O brincar como intervenção no transtorno do espectro do autismo. *Extensão em Ação*, 2(11), 78-91.
- Cotonhoto, L. A., Rossetti, C. B., & Missawa, D. D. A. (2019). A importância do jogo e da brincadeira na prática pedagógica. *Revista Construção Psicopedagógica*, 27(28), 37-47.
- Dib, R.R. (2017). *O ensino de mando vocal para crianças com Transtorno do Espectro Autista: o efeito do atraso gradualdo modelo ecoico*. Dissertação de Mestrado. Mestrado em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Fernandes, F. D. M., & Amato, C. A. L. H. (2013). Análise de comportamento aplicada e distúrbios do espectro do autismo: revisão de literatura. *CoDAS*, 25(3), 289-96.
- Free, C., Phillips, G., Felix, L., Galli, L., Patel, V., & Edwards, P. (2010). The effectiveness of M-health technologies for improving health and health services: a systematic review protocol. *BMC research notes*, 3(250), 1-7.
- Gil, A. C. (2010). *Como elaborar projetos de pesquisa*. 5a ed. São Paulo: Atlas.
- Godin, J., Freeman, A. & Rigby, P. (2019) Conceptual clarification of the playful engagement in social interaction of preschool-aged children with autism spectrum disorder (ASD), *Early Child Development and Care*, 189(3), 430-440.
- Goulart, B. N. G. de, & Chiari, B. M. (2012). Comunicação humana e saúde da criança: reflexão sobre promoção da saúde na infância e prevenção de distúrbios fonoaudiológicos. *Revista CEFAC*, 14(4), 691-696.
- Lima, T. C. S. de, & Mioto, R. C. T. (2007). Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. *Revista Katálisis*, 10(spe), 37-45.
- Lovaas, O. I. (2003). *Teaching individuals with developmental delays: Basic intervention techniques*. Austin,: Pro-Ed.
- Lucisano, R. V., Novaes, L. C., Sposito, A. M. P., & Pfeifer, L. I. (2017). Avaliação do brincar de faz de conta de pré-escolares: Revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira Educação Especial*, 23(2), 309-322.
- Martone, C. C. M. (2017). *Tradução e adaptação do Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program(VB-MAPP) para a língua portuguesa e a efetividade do treino de habilidades comportamentais para qualificar profissionais*. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil.
- McKinnon, K., & Krempa, J. (2002). *Social Skills Solutions: A Hands-On manual for teaching social skills to children with autism*. Drl Books, Inc.
- Oliveira, L. D., Flores, M. R., & Souza, A. P. R. de. (2012). Fatores de risco psíquico ao desenvolvimento infantil: implicações para a fonoaudiologia. *Revista CEFAC*, 14(2), 333-342.
- Oliveira, A. M., & Strohschoen, A. P. G. A. (2019). A importância da ludicidade para inclusão do aluno com transtorno do espectro autista (TEA). *Revista Eletrônica Pesquiseduca*, 11(23), 127-139.
- Organização Pan-Americana da Saúde (2005). *Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI*. Washington, D.C.
- Perfeito, R. S., & Souza, L. M. V. (2017). Relação entre os níveis de habilidade motora e a flexibilidade em escolares de 11 a 12 anos do Estado do Rio de Janeiro: um estudo descritivo de corte transversal. *Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício*, 11(64), 44-54.
- Rossi, L. P., Lovisi, G. M., Abelha, L., & Gomide, M. (2018). Caminhos virtuais e autismo: acesso aos serviços de saúde na perspectiva da análise de redes sociais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(10), 1-8.

- Rocha, C. C., Souza, S. M. V., Costa, A. F., & Portes, J. R. M. (2019). O perfil da população infantil com suspeita de diagnóstico de transtorno do espectro autista atendida por um Centro Especializado em Reabilitação de uma cidade do Sul do Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 29(4), 1-20.
- Seize, M. de M.; & Borsa, J. C. (2017). Instrumentos para rastreamento de sinais precoces do autismo: revisão sistemática. *Psico-USF*, 22(1), 161-176.
- Silva, M, F. dos S., Andrade, A. P., Torres M, F. de P., & Amorim, G. C.C. (2017). As brincadeiras das crianças de ontem e de hoje no contexto sociocultural, *HOLOS*, Ano 33, 03, 1-13.
- Silva, I. A. L., & Silva, M. F. G. (2019). A importância da brincadeira de faz de conta na educação infantil: sob o olhar de professoras. *Revista Zero-a-seis*. 21(39), 67-80.
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal behavior*. New York: Appleton-Century-Crofts
- Soares, A. M., & Cavalcante Neto, J. L. (2015). Avaliação do comportamento motor em crianças com transtorno do espectro do autismo: Uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 21(3), 445-458.
- Sundberg, M. L. (2008). *The verbal behavior milestones assessment and placement program: The VB-MAPP*. Concord, CA: AVB Press.
- Verli, M. V. de A., Benassi, R., Gonçalves, L. C. O., & Albino, F. (2017). Comparação do nível da equilibrarção entre crianças praticantes de atividade física regular e crianças que não praticam atividades físicas no ensino fundamental. *Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício*, 11(66), 315-328.
- Vismara, L. A., Rogers, S. (2010). Behavioral treatments in autism spectrum disorder: what do we know? *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 447-68.

A ANÁLISE DE DISCURSO CRÍTICA NO ESTUDO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: EXEMPLO A PARTIR DE MUDANÇAS NA POLÍTICA SOBRE DROGAS NO BRASIL

Yuri Fontenelle Lima Montenegro¹, Ana Karla Ramalho Paixão¹, Natália Caldas Martins Sales¹, Aline Veras Moraes Brilhante¹ e Christina César Praça Brasil¹

¹Universidade de Fortaleza, Brasil. fontenellesh@gmail.com; karlaramalho284@gmail.com; natalia@unilab.edu.br; alineveras@unifor.br; cpraca@unifor.br.

Resumo. Introdução: No Brasil, as políticas sobre drogas passaram por modificações ao longo do tempo, carregando marcas a cada período histórico e interesse sanitário-político vivenciado. Com a ascensão do conservadorismo no país, percebeu-se um caráter antirreformista em mudanças concentradas na lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019. Assim, elencou-se a análise desta lei a fim de identificar a intencionalidade do discurso desta sobre os novos cuidados em saúde mental dispensados aos usuários e dependentes de drogas; Objetivos: Relatar a experiência do estudo de um documento normativo sobre drogas a partir da Análise de Discurso Crítica; Métodos: Pesquisa documental de abordagem qualitativa da lei nº 13.840 e da Mensagem nº 239 utilizando o método de Fairclough para análise tridimensional dos componentes: texto, prática discursiva e prática social do discurso; Resultados: Identificaram-se estratégias de controle da vida de pessoas que utilizam substância psicoativa no discurso da normativa. O fomento da abstinência por meio da inserção de Comunidades Terapêuticas reflete a intencionalidade política atual. Identifica-se também o esvaziamento do controle social nas esferas decisórias em geral; Conclusões Identificam-se ameaças às conquistas do MRPB por meio das contradições do discurso na política, influenciando no desenvolvimento de práticas de cuidado opressoras.

Palavras-chave: Pesquisa Qualitativa; Saúde Mental; Política Pública; Abuso de Drogas

CRITICAL DISCOURSE ANALYSIS IN THE STUDY OF PUBLIC HEALTH POLICIES: AN EXAMPLE FROM CHANGES IN DRUG POLICY IN BRAZIL.

Abstract. Introduction: In Brazil, drug policies have undergone changes over time, bearing marks for each historical period and experienced sanitary-political interest. With the rise of conservatism in the country, an anti-reformist character was perceived in changes concentrated in Law nº 13,840, of June 5, 2019. Thus, the analysis of this law was listed in order to identify the intentionality of its speech about the new mental health care provided to drug users and dependents; Goals: To report the experience of studying a normative document on drugs based on Critical Discourse Analysis; Methods: Documentary research with a qualitative approach to Law nº 13,840 and Message nº 239 using the Fairclough method for three-dimensional analysis of the components: text, discursive practice and social practice of discourse; Results: Biopower and life control strategies were identified for people who use psychoactive substances in the normative discourse. The promotion of abstinence through the insertion of Therapeutic Communities reflects the current political intent. The emptying of social control in decision-making spheres in general is also identified; Conclusions Threats to the MRPB's achievements are identified through the contradictions of the discourse in politics, influencing the development of oppressive care practices.

Keywords: Qualitative Research; Mental Health; Public Policy; Substance-Related Disorders

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho apresenta resultados parciais de uma dissertação de mestrado cujo objetivo é analisar as mudanças discursivas presentes nas políticas sobre drogas a partir de

2017. Parte-se do pressuposto que o uso de álcool e de outras drogas, bem como os modelos de tratamento e as políticas públicas específicas são fenômenos histórico-sociais, cujas representações variam conforme elementos estruturais inseridos na historicidade. O estudo dos documentos normativos das Políticas Públicas pode tornar manifesta as mudanças discursivas, evidenciando possíveis transições ideológicas na forma de compreender as questões associadas a esse fenômeno.

Até a contemporaneidade, as tensões ideológicas, contradições e disputas de poder que marcaram os documentos normativos regentes das políticas públicas sobre drogas as aproximou do paradigma do controle disciplinar (Delgado, 2019; Guimarães & Rosa, 2019; Nunes, Lima Júnior, Portugal, & Torrenté, 2019; M. A. B. Silva & Abrahão, 2020; Teixeira, Ramôa, Engstrom, & Ribeiro, 2017; Vargas & Campos, 2019). Observa-se, por exemplo, a influência da adesão do Brasil à Conferência Internacional do Ópio, sediada em Haia no início do século XX, na elaboração de documentos marcados pela associação entre os saberes jurídico e psiquiátrico na construção de um tratamento compulsório e manicomial (Carvalho, 2014; Vargas & Campos, 2019). São estes o Decreto nº 14.969, de 3 de setembro de 1921, que aprovava a criação de um sanatório para “toxicômanos” e o Decreto nº 891, de 25 de novembro de 1938, que caracterizava a “toxicomania” como doença de notificação compulsória cujo tratamento não poderia ocorrer em domicílio, apenas em regime de internação obrigatória ou facultativa (Vargas & Campos, 2019).

A lentidão do Estado para prover a assistência proposta deixou lacunas que foram preenchidas por associações de médicos pautadas por um paradigma higienista, cuja perspectiva depreciativa a respeito do usuário de álcool e de outras drogas era dominante, compreendendo-o como degenerado ou desviante. (Santos & Queiroz, 2016). As intervenções guiaram-se, portanto, por um tratamento de cunho moral, caracterizada pela internação, isolamento social e trabalho terapêutico (Bolonheis-Ramos & Boarini, 2015). Destaca-se a influência da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) e a sua relação com o pensamento eugênico na concepção desse modelo de assistência. As ideias racistas, moralistas e xenofóbicas defendidas pela psiquiatria da LBHM, dentre outras coisas, difundiu o programa de “prevenção eugênica” que incluiu o combate ao alcoolismo de forma repressiva e autoritária, compreendendo-o também como causa de pobreza e degradação moral (Costa, 2006).

O reordenamento ideológico proporcionado pela derrubada da ditadura, seguido do Movimento de Reforma Sanitária (MRS) e pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS), corroboraram para o questionamento do paradigma higienista e o alavancar do Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil (MRPB). Após a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, marco importante para o MRPB, há a publicação de diversos documentos legislativos que passam a abordar a questão das drogas como problema de saúde ao invés de segurança pública, indicando a virada no eixo norteador das políticas sobre drogas.

O Decreto nº 4.345, de 26 agosto de 2002, prevê a distinção entre “usuário”, “pessoa em uso indevido”, “dependente” e “traficante”, concebe a aplicação de penas alternativas e adota ações de redução de danos. A Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004, dispõe sobre a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, concebendo a articulação entre equipamentos nos três níveis de atenção em vista da inserção comunitária e da redução de internações psiquiátricas. A Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005, define as ações de Redução de Danos em termos de público-alvo, tipos de ações e princípios norteadores, tais como os direitos humanos, liberdade e identidade dos usuários. A Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, endossa as mudanças anteriores, ao prever o investimento em alternativas esportivas, culturais, artísticas e profissionais como meios de inclusão social e definir penas distintas considerando a posse de drogas para consumo pessoal ou tráfico.

Contudo, apesar dos avanços, é possível identificar disputas de poder, contradições e conflitos no âmbito das conformações políticas sobre drogas. Assim, há oposição ao caráter descriminalizante da Lei nº 11.343 a partir da compreensão de que esse documento adota uma lógica patologizante à medida que utiliza os termos “usuário” e “dependente” de forma intercambiável (M. B. Silva & Delduque, 2015). Observa-se o conflito entre os diferentes atores que participam do processo de construção das políticas sobre drogas, a exemplo da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), o Ministério da Saúde e entidades de representação profissional, mobilizando setores da sociedade e discursos dicotômicos entre proibição e Redução de Danos (M. A. B. Silva & Abrahão, 2020). A tensão entre proibicionismo e antiproibicionismo se faz presente em diversas normativas deste século, a exemplo da possibilidade de financiamento público das Comunidades Terapêuticas e sua inserção na Rede de Atenção Psicossocial (Teixeira et al., 2017), o que caminha na direção oposta das conquistas do MRPB, considerando que esses equipamentos são caracterizados pelo paradigma higienista (Bolonheis-Ramos & Boarini, 2015).

Considerando a atual conjuntura antirreformista que aponta para a remanicomialização da assistência em saúde (Guimarães & Rosa, 2019), e a compreensão de que os documentos normativos são construídos a partir de processos histórico-sociais que mobilizam disputas de poder, este artigo tem por objetivo apontar as contribuições da Análise de Discurso Crítica (ADC) para o estudo de um documento normativo sobre drogas. Por se tratar de um estudo derivado de uma pesquisa mais ampla em andamento, o presente relato levará em conta a análise de apenas um documento: a Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019.

2. METODOLOGIA

O estudo consiste em uma pesquisa documental (Gil, 2018) de abordagem qualitativa que parte da premissa de que o discurso apresenta uma relação dialética com a estrutura social (Bosi & Macedo, 2014). Dessa forma, o discurso é influenciado pela estrutura social ao mesmo tempo que a constrói, podendo reproduzi-la ou transformá-la (Fairclough, 2010, 2016). Assim, compreende-se que as políticas sobre drogas e as concepções acerca do uso de drogas são construídas a partir de discursos que englobam mecanismos complexos de relações de poder e embates ideológicos a partir dos quais emerge a hegemonia de certos discursos sobre outros posicionamentos de resistência. O próprio uso de drogas pode ser considerado um fenômeno sócio-histórico com implicações para a política, economia e saúde, bem como as distintas facetas do proibicionismo na história mundial (Carneiro, 2005, 2018; Minayo & Deslandes, 1998).

2.1 Análise de Discurso Crítica (ADC)

Existem diversas correntes e orientações de análise de discurso cujo denominador comum, em oposição à linguística formal, é a compreensão da linguagem como prática social (Neves, 1997). A proposta de Fairclough (2016) situa-se no campo da ciência social crítica e da pesquisa crítica, (Chouliaraki & Fairclough, 1999) enquadrando-se na ADC a partir da compreensão da propriedade construtiva do discurso e de que este é moldado pelas relações de poder e ideologias (I. Magalhães, 2005). Dessa forma, o discurso é relevante para a construção de identidades sociais e posições de sujeitos (função identitária), de relações sociais entre as pessoas (função relacional) e dos sistemas de crenças e conhecimento (função ideacional). A propriedade construtiva do discurso deve ser considerado ao longo da análise (Fairclough, 2016).

Fairclough (2016) propõe uma análise pautada em um modelo tridimensional, buscando conciliar a análise textualmente orientada com uma teoria social do discurso. Dessa forma, compreende o discurso – que pode ser expresso tanto pela linguagem escrita, falada ou pictórica – como um modo de ação sobre o mundo e de representação do mesmo, evocando sua relação dialética com a estrutura social (Fairclough, 2010, 2016). A análise tridimensional proposta engloba nove categorias, sendo divididas de acordo com as seguintes dimensões: a) texto: vocabulário, gramática, coesão e estrutura textual; b) prática discursiva: força, coerência e intertextualidade; c) prática social: ideologia e hegemonia (Fairclough, 2016).

Considerando a dimensão do texto, a análise do vocabulário diz respeito às palavras utilizados, ou seja, seu *significado*, a criação de palavras (*lexicalização*) e o uso de *metáforas*. A análise da gramática engloba a forma como as palavras são organizadas em orações, incluindo a relação entre sujeito e objeto (*transitividade*), e o elemento central da oração (*tema*). A análise da coesão diz respeito aos conectivos utilizados para organizar as orações em frases a fim de compreender a *argumentação* utilizada e a *identidade social* construída ao longo do texto. Por fim, a estrutura textual envolve a organização mais ampla do texto em relação à organização das ideias e sua distribuição ao longo dos parágrafos (Fairclough, 2016).

A dimensão da prática discursiva diz respeito aos mecanismos de *produção*, *distribuição* e *consumo* dos textos, além das categorias força, coerência e intertextualidade. A *força* diz respeito à ação que é convocada a partir do enunciado analisado. A *coerência* consiste no sentido atribuído ao texto de acordo com sua produção e consumo. Parte-se da premissa de que o discurso é produzido com a finalidade de alcançar determinado público. Assim, as identidades construídas no discurso são elaboradas a fim de fazer sentido para o público que se deseja alcançar. A *intertextualidade*, por sua vez, é a propriedade de o discurso ser produzido a partir de fragmentos de outros textos, seja de forma explícita ou não (Fairclough, 2016).

A dimensão da prática social engloba as categorias *ideologia*, compreendida como modo de construção da realidade que pode contribuir para a produção, reprodução e transformação das relações de dominação, e *hegemonia*, que diz respeito à negociação de alianças para reafirmar, ou não, as relações de poder e dominação (Fairclough, 2016). Apesar da estrutura complexa do modelo tridimensional de análise proposto, deve-se destacar que a

ênfase do método proposto por Fairclough é a mudança social que pode ser observada nas mudanças discursivas em vista da emancipação (Fairclough, 2016; C. M. Magalhães, 2001).

2.2 Seleção do corpus da pesquisa

O documento base para o presente estudo é a Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019, que altera diversas normativas da política sobre drogas para dispor sobre as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas. Parte-se da compreensão de que este documento acentua as tensões paradigmáticas presentes nas políticas sobre drogas (Teixeira et al., 2017) à medida que apresenta dispositivos que ameaçam as conquistas do MRPB e endossam o movimento antirreformista da conjuntura atual (Guimarães & Rosa, 2019; Nunes et al., 2019). Assim, a fim de ampliar a discussão contemporânea sobre a oposição às conquistas do MRPB, considerou-se que a análise deste material a partir da ADC segundo o referencial de Fairclough (2016) possibilitaria a compreensão das marcas ideológicas presente na produção deste discurso e como este representa o fenômeno do uso de drogas e os elementos que o circundam, a exemplo da prevenção e intervenção.

Dessa forma, considerando as peculiaridades da produção de um documento normativo, o corpus da pesquisa foi constituído pelos artigos 8º-D, 23-A e 26-A da Lei nº 13.840, selecionados principalmente por apresentarem rupturas mais sensíveis com as outras leis, portarias e decretos sobre drogas que o precederam, e a Mensagem nº 239, de 5 de junho de 2019, que contém os dispositivos vetados da lei analisada, as razões do veto e os órgãos governamentais que se manifestaram a favor destes.

2.3 Análise documental

A leitura dos documentos foi sucedida pela elaboração de um quadro para sistematizar os órgãos governamentais que se manifestaram pelo veto dos dispositivos e as justificativas mais utilizadas. Os dispositivos da Lei que se destacaram durante a leitura foram transcritos em um documento de texto compartilhado entre os autores juntamente com o texto dos dispositivos vetados. Os enunciados ou palavras foram grifados em duas cores distintas, uma para aqueles cuja contribuição para a política sobre drogas foi considerada positiva e outra para aqueles que apresentavam alguma ameaça e/ou contradição às conquistas do MRPB. Optou-se por utilizar palavras e expressões entre aspas a fim de preservar a forma como se encontram no documento estudado.

Quadro 1. Enunciado dos dispositivos analisados

Dispositivo	Enunciado
Art. 8º-D, inciso II	São objetivos do Plano Nacional de Políticas sobre Drogas, dentre outros: II – viabilizar a <u>ampla participação popular</u> na formulação, implementação e avaliação das políticas sobre drogas.
Art. 8º-F (vetado)	Os membros dos conselhos de políticas sobre drogas serão escolhidos para mandato de 2 (dois) anos, na forma de regulamentação específica, observados os seguintes requisitos: I – idade superior a 18 anos; e II – residência na região geográfica abrangida pelo conselho de políticas sobre drogas para o qual foi indicado.
Art. 23-A	O tratamento do <u>usuário ou dependente de drogas</u> deverá ser ordenado em uma rede de atenção à saúde, com prioridade para as modalidades de tratamento ambulatorial, <u>incluindo excepcionalmente</u> formas de internação em unidades de saúde e hospitais gerais nos termos de normas dispostas pela União e articuladas com os serviços de assistência social e em etapas que permitam:
Art. 23-A, inciso II	Orientar-se por protocolos técnicos predefinidos, <u>baseados em evidências científicas</u> , oferecendo atendimento individualizado ao <u>usuário ou dependentes de drogas</u> com abordagem preventiva e, <u>sempre que indicado, ambulatorial</u> ;
Art. 23-A, §3º, inciso II	Internação involuntária: aquela que se dá, sem o consentimento do <u>dependente</u> , a pedido de familiar ou do responsável legal ou, na absoluta falta deste, de servidor público da área da saúde, da assistência social ou dos órgãos públicos integrantes do Sisnad, com exceção de servidores da área de segurança pública, que constate a existência de motivos que justifiquem a medida.
Art. 23-A, §4º, inciso III	[A internação involuntária] perdurará <u>apenas</u> pelo tempo necessário à desintoxicação, no <u>prazo máximo de 90 (noventa) dias</u> , tendo seu término determinado pelo médico responsável.
Art. 26-A	O acolhimento do <u>usuário ou dependente de drogas</u> na comunidade terapêutica <u>acolhedora</u> caracteriza-se por: I – oferta de projetos terapêuticos ao <u>usuário ou dependente de drogas</u> que visam à <u>abstinência</u> ; II – adesão e permanência voluntária, formalizadas por escrito, entendida como uma etapa transitória para a reinserção social e econômica do <u>usuário ou dependente de drogas</u> ; III – ambiente <u>residencial</u> , propício à formação de vínculos, com a convivência entre os pares, atividades práticas de valor educativo e a promoção do desenvolvimento pessoal, vocacionada para <u>acolhimento</u> ao <u>usuário ou dependente de drogas</u> em <u>vulnerabilidade social</u> ; IV – avaliação médica prévia; V – elaboração de plano individual de atendimento na forma do art. 23-B desta Lei; e VI – vedação de isolamento físico do <u>usuário ou dependente de drogas</u> .

2.4 Aspectos éticos

O estudo dispensa aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa segundo a Resolução CNS/MS 466/12 porque não envolve seres humanos e os documentos utilizados estão disponíveis em domínio público.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observa-se a presença de medidas de controle sobre a vida de pessoas que apresentam necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, e o distanciamento dos dispositivos de participação e controle social, conforme os princípios do Sistema Único de Saúde (Aguiar, 2015), em vista da concentração do poder de decisão na esfera do Poder Executivo. Destaca-se a ameaça dos dispositivos referentes a internação involuntária e ao acolhimento em comunidades terapêuticas às conquistas do MRPB, como a consideração dos direitos humanos e da cidadania da população assistida no âmbito das políticas de saúde mental.

O *vocabulário* utilizado no documento pode gerar insegurança na execução das políticas políticas sobre drogas, na medida em que abre margem para interpretações distintas e constrói uma identidade humanizada para propostas de tratamento que adotam características de instituições totais (Damas, 2013; Pacheco & Scisleski, 2013; Ribeiro & Minayo, 2015); sendo, ainda, opostas às privilegiadas pelo MRPB. Busca-se, assim, atenuar as divergências paradigmáticas. Dessa forma, a descrição da internação involuntária é semelhante a da Lei nº 10.216 (Brasil, 2001), mas o documento abre margem para que servidores públicos da área da saúde e assistência social possam solicitar este procedimento sem o consentimento da pessoa a ser internada e altera o tempo máximo de internação de 15 dias para até 90 dias, quando comparado com a Portaria nº 2.197 (Brasil, 2004).

Nessa perspectiva, as Comunidades Terapêuticas (CT), por sua vez, são adjetivadas como “acolhedoras” ao longo de todo o dispositivo e descritas como “ambiente residencial” de “adesão voluntária” precedida por “avaliação médica”, sendo uma “etapa transitória”, em vista da “reinserção social” e “abstinência”. Evita-se o termo “internação” e proíbe-se o “isolamento físico”. Ademais, o vocabulário impreciso também constrói identidades distintas quanto o público-alvo dessas modalidades de tratamento. Assim, a internação involuntária é destinada aos “dependentes” enquanto o público-alvo da CT inclui “usuários ou dependentes de drogas”.

A dimensão da *prática discursiva* reitera as inseguranças geradas pela Lei quanto à assistência. Enquanto documento normativo, observa-se que a *força* dos dispositivos assume um caráter imperativo: devem nortear a assistência. Contudo, contradizem os dispositivos de documentos precedentes (*intertextualidade*) que compõem a política sobre

drogas, principalmente no que diz respeito à distinção entre “usuário”, “pessoa em uso indevido”, “dependente” e “traficante” (Brasil, 2002), o reconhecimento da Redução de Danos (RD) como forma de ação e resultado desejável (Brasil, 2002, 2004, 2005, 2006, 2007, 2009, 2011), e a ênfase ao tratamento hospitalar ou em CT em detrimento dos serviços da atenção psicossocial especializada e os serviços residenciais de caráter transitório como a Unidade de Acolhimento (Brasil, 2011; BRASIL, 2012).

Dessa forma, a *coerência* do documento estudado reside na conformidade com o discurso de grupos que se opõem ao MRPB e almejam o recuo de suas conquistas: a expansão dos serviços substitutivos e da RD. O discurso construído na Lei nº 13.840 tem por público-alvo os grupos que se beneficiam com a ênfase ao tratamento ambulatorial, hospitalar ou em CT pautados por um paradigma proibicionista.

A *prática social* produzida pelo documento é a reprodução de elementos ideológicos alinhados com a lógica asilar em detrimento da psicossocial, os quais são manifestados na internação involuntária de dependentes de drogas e na CT como instrumentos de dominação e controle. Deve-se destacar que o documento estudado foi protocolado na Câmara como Projeto de Lei (PL) em 2010 e foi enviado ao Senado em 2013. Portanto, a aprovação do PL deve ser compreendida à luz da atual conjuntura política e a mobilização de alianças em vista de interesses comuns por parte dos atores envolvidos.

Apesar das conquistas do MRPB na mudança do modelo de assistência em saúde mental e na saúde pública de forma geral, observa-se a persistência de disputas paradigmáticas no campo das políticas sobre drogas ao longo do século XXI (Teixeira et al., 2017). A abertura à lógica da RD, sobretudo a partir de uma mudança no cenário político em 2002 (Fiore, 2005), e ao modelo de atenção psicossocial tem sido constantemente sabotada pela oposição contrarreformista. Destaca-se a inserção gradativa das CT nas políticas públicas, a criação de equipes ambulatoriais de média complexidade desvinculadas do cuidado territorial, a ampliação do financiamento para CT e leitos para internação, inclusive em hospitais psiquiátricos, a redução no cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad) e a condenação da RD (Delgado, 2019; Guimarães & Rosa, 2019; Nunes et al., 2019; Teixeira et al., 2017). É notável a ênfase em modelos patologizantes e moralizantes em detrimento do psicossocial.

Os dispositivos da Lei nº 13.840/2019 reiteram os ataques ao modelo psicossocial, evidenciando uma mudança discursiva de oposição ao MRPB. Nesse contexto, torna-se

oportuno o uso da ADC para evidenciar os elementos ideológicos de um discurso que se apresenta como anti-ideológico à medida que se esconde sob a premissa de ser pautado por evidências científicas. Contudo, reproduz um conjunto de crenças e de conhecimento que representa a pessoa com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas a partir do modelo médico/asilar e moral. As CT, por exemplo, são instituições pautadas por um modelo moral/religioso que demandam maior estudo, profissionalização e fiscalização, considerando relatos de violação dos direitos humanos (Perrone, 2014; CFP, 2018; Ribeiro & Minayo, 2015; Scaduto, Barbieri, & Santos, 2015).

O método de análise tridimensional de Fairclough (2006) e sua concepção de análise de discurso permitiu identificar os elementos ideológicos presentes em um documento elaborado e aprovado por grupos que procuram sustentar um discurso ideologicamente neutro. Assim, utiliza-se de recursos para atenuar a ruptura com a política anterior. Observa-se, por exemplo, que o vocabulário utilizado ao longo do documento tem por construir uma identidade humanizada da CT, afastando-a de suas características de instituição total, e se utiliza da intertextualidade para justificar a internação involuntária de “dependentes de drogas”.

Considerando o exposto acima, convém destacar que a interpretação do discurso construído na Lei analisada deve englobar o processo de construção de um documento normativo e a relação, seja de continuidade ou ruptura com outros dispositivos legais. Dessa forma, é necessário estar atento às articulações e relações no âmbito da política que se fazem necessárias em vista da aprovação de um projeto de lei no Congresso. Contudo, diante do contexto de mudança de governo, também torna-se oportuno analisar as alterações na forma de conceber os problemas que as políticas públicas visam responder (Resende, 2018).

Observa-se, então, que a mudança discursiva expressa pela Lei nº 13.840 está alinhada com um sistema de crenças e conhecimento – e, portanto, ideológico – que, sob a justificativa de ser pautado por evidências científicas, privilegia uma concepção proibicionista, quanto ao uso de drogas, asilar e moral, a respeito do tratamento, e autoritária, quanto ao modo de produção da política em detrimento de uma trajetória construída a partir da participação popular com ênfase no cuidado territorial e comunitário, considerando a cidadania e os direitos humanos (Nunes et al., 2019).

Ademais, considera-se que o método empregado fornece subsídios teórico-metodológicos amplos para analisar e compreender fenômenos complexos como a produção discursiva no âmbito da elaboração de documentos normativos.

4. CONCLUSÕES

A análise dos fragmentos da Lei nº 13.840 e da Mensagem nº 239 permitiu emergir as divergências discursivas entre o entendimento das políticas públicas do Brasil em relação ao que vinha sendo construído como linha de cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas no país. A inserção das CT e do modelo de intervenção focado na abstinência tem sido validado pelo discurso conservador e autoritário do atual governo brasileiro. Ao adjetivar as CT como “acolhedoras” de “etapa transitória” com vistas à “reinserção social” o eufemismo construído em torno de equipamentos reconhecidos por seu caráter autoritário tem levantado barreiras que a Reforma Psiquiátrica ao longo dos anos buscou reduzir. Salienta-se que a Análise de Discurso proposta por Fairclough foi essencial no processo de compreender a propriedade construtiva do discurso ao elucidar, através de sua metodologia, as relações de poder e validação construídas na letra da lei.

Agradecimentos. Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza pela iniciativa de organizar um curso de aperfeiçoamento na teoria de Análise de Discurso Crítica com a professora doutora Suely Ferreira Deslandes. Às professoras doutoras Aline Veras Moraes Brilhante e Christina César Praça Brasil pelas orientações na construção deste trabalho.

5. Referências

- Aguiar, Z. N. (2015). O Sistema Único de Saúde e as Leis Orgânicas da Saúde. In Z. N. Aguiar (Ed.), *SUS: Sistema Único de Saúde - antecedentes, percurso, perspectivas e desafios*. (2nd ed., pp. 41–69). São Paulo: Martinari.
- Bolonheis-Ramos, R. C. M., & Boarini, M. L. (2015). Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 22(4), 1231–1248. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702015000400005>
- Bosi, M. L. M., & Macedo, M. A. (2014). Anotações sobre a análise crítica de discurso em pesquisas qualitativas no campo da saúde. *Revista Brasileira de Saude Materno Infantil*, 14(4), 423–432. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292014000400012>
- Brasil. (2001). Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Retrieved from www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm
- Brasil. (2002). Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002. Retrieved from www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4345impressao.htm
- Brasil. (2004). Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004. Retrieved from bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197_14_10_2004.html
- Brasil. (2005). Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005. Retrieved from bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html

- Brasil. (2006). Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Retrieved from www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11343.htm
- Brasil. (2007). Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007. Retrieved from www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm
- Brasil. (2009). Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009. Retrieved from bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html
- Brasil. (2011). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Retrieved from bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Brasil. (2012). Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012. Retrieved November 5, 2019, from http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html
- Carneiro, H. (2005). Transformações do significado da palavra “droga”: das especiarias coloniais ao proibicionismo contemporâneo. In R. P. Venâncio & H. Carneiro (Eds.), *Álcool e drogas na história do Brasil*. (pp. 11–28). São Paulo: Alameda.
- Carneiro, H. (2018). *Drogas: a história do proibicionismo*. São Paulo: Autonomia Literária.
- Carvalho, J. C. de. (2014). A emergência da política mundial de drogas: o Brasil e as primeiras conferências internacionais do ópio. *Oficina Do Historiador*, 7(1), 153. <https://doi.org/10.15448/2178-3748.2014.1.15927>
- Chouliaraki, L., & Fairclough, N. (1999). *Discourse in late modernity: rethinking critical discourse analysis*. Edinburgh: Edinburgh University Press.
- Conselho Federal de Psicologia (2018). Relatório da inspeção nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017. Retrieved from <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>.
- Costa, J. F. (2006). *História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. (5th ed.). Rio de Janeiro: Garamond.
- Damas, F. B. (2013). Comunidades Terapêuticas no Brasil: Expansão, Institucionalização e Relevância Social. *Revista de Saúde Pública de Santa Catarina*; Vol. 6, No 1 (2013), 6(1), 50–65. Retrieved from <http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/view/173/201>
- Delgado, P. G. (2019). Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. *Trabalho, Educação e Saúde*, 17(2). <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00212>
- Fairclough, N. (2010). A dialética do discurso. *Revista Teias*, 11(22), 225–234.
- Fairclough, N. (2016). *Discurso e mudança social* (2nd ed.). Brasília: Universidade de Brasília.
- Fiore, M. (2005). A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. In R. P. Venâncio & H. Carneiro (Eds.), *Álcool e drogas na história do Brasil*. (pp. 257–290). São Paulo: Alameda.
- Gil, A. C. (2018). *Como elaborar projetos de pesquisa* (6th ed.). São Paulo: Atlas.
- Guimarães, T. de A. A., & Rosa, L. C. dos S. (2019). A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. *O Social Em Questão*, 22(44), 111–138.
- Magalhães, C. M. (Ed.). (2001). *Reflexões sobre a análise crítica do discurso*. Belo Horizonte: Faculdade de Letras, UFMG.
- Magalhães, I. (2005). Introdução: a análise de discurso crítica. *DELTA: Documentação de Estudos Em Lingüística Teórica e Aplicada*, 21(Especial), 1–9.
- Minayo, M. C. de S., & Deslandes, S. F. (1998). A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(1), 35–42. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x1998000100011>
- Neves, M. H. de M. (1997). *A gramática funcional*. São Paulo: Martins Fontes.
- Nunes, M. de O., Lima Júnior, J. M. de, Portugal, C. M., & Torrenté, M. de. (2019). Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional Psychiatric reform and counter-reform: an analysis of a socio-political and sanitary crisis at national and regional level. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(12), 4489–4498. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25252019>

- Pacheco, L. A., & Scisleski, A. (2013). Vivências em uma comunidade terapêutica. *Revista Psicologia e Saúde*, 5(2), 165–173.
- Perrone, P. A. K. (2014). A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2), 569–580. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.00382013>
- Resende, V. de M. (2018). Análise interdiscursiva de políticas públicas: reflexão epistemológica. *Ambitos: Revista Internacional de Comunicación*, (39), 57–70.
- Ribeiro, F. M. L., & Minayo, M. C. de S. (2015). As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19(54), 515–526. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0571>
- Santos, G. A. dos, & Queiroz, I. S. (2016). Internação psiquiátrica compulsória de usuários abusivos de drogas: uma falência ao SUS e um desuso da Política de Redução de Danos. *Gerais: Revista de Saúde Pública Do SUS/MG*, 4(1), 59–69.
- Scaduto, A. A., Barbieri, V., & Santos, M. A. dos. (2015). Adesão aos princípios da comunidade terapêutica e processo de mudança ao longo do tratamento. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(3), 781–796. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000792013>
- Silva, M. A. B., & Abrahão, A. L. (2020). Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas: uma análise guiada por narrativas. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 24, 1–14.
- Silva, M. B., & Delduque, M. C. (2015). Patologização e penalização do uso de drogas: uma análise socioantropológica de proposições legislativas (2007-2010). *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 25(1), 231–250. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000100013>
- Teixeira, M. B., Ramôa, M. de L., Engstrom, E., & Ribeiro, J. M. (2017). Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(5), 1455–1466. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.32772016>
- Vargas, A. de F. M., & Campos, M. M. (2019). A trajetória das políticas de saúde mental e de álcool e outras drogas no século XX. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(3), 1041–1050. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.34492016>

DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DAS/OS ADOLESCENTES: DISCURSOS DE USUÁRIAS/OS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Henny Luz Heredia¹ e Elizabeth Artmann²

¹Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldon”, Venezuela. hennyluzhm@hotmail.com

²Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca Fundação Oswaldo Cruz, Brasil. bethartmann@gmail.com

Resumo. O objetivo foi analisar os discursos de usuárias/os e profissionais de saúde sobre os direitos sexuais e reprodutivos das/os adolescentes, os desafios e as possíveis estratégias para enfrentá-los. Foi realizado um estudo qualitativo por meio de entrevistas com 12 adolescentes e 12 profissionais do estado Nueva Esparta da Venezuela. A amostra foi definida pelo método de saturação e para a interpretação dos dados foi utilizada a Análise de Discurso Crítica de Fairclough. Para a análise foram considerados três temas: O grande paradoxo entre tutela e autonomia; Contradições e desafios do sistema de saúde; Construindo pontes no desenho de estratégias. Discussão: as normas de gênero reforçam as desigualdades sistêmicas que vulneram os direitos sexuais e reprodutivos das meninas e das minorias de gênero que fogem do padrão da heteronormatividade. A ausência de estratégias para enfrentar as normas de gênero possivelmente denota que os discursos contra-hegemônicos ainda sejam incipientes. Conclusões. A Análise de Discurso Crítica como teoria permitiu dar voz a grupos minoritários (adolescentes), identificando estratégias para alcance dos direitos sexuais e reprodutivos. Através do discurso de profissionais e adolescentes foi possível captar a brecha social existente e analisá-los desde uma perspectiva complementar e não oposta.

Palavras chaves: Direitos Sexuais e Reprodutivos; Adolescência; Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde; Saúde Sexual; Gênero e Saúde.

SEXUAL AND REPRODUCTIVE RIGHTS OF ADOLESCENTS: DISCOURSES OF USERS AND HEALTH PROFESSIONALS

Abstract. The objective was to analyze the discourses of users/the health professionals on sexual and reproductive rights of/the adolescents and challenges and possible strategies to face them. A qualitative study was conducted through interviews with 12 adolescents and 12 professionals from the Nueva Esparta State of Venezuela. The sample was defined by the saturation method and for the interpretation of the data was used the Critical Discourse Analysis of Fairclough. For the analysis three themes were considered: The great paradox between guardianship and autonomy; contradictions and challenges of the health system; Building bridges in the design of strategies. Discussion: the gender norms reinforce the systemic inequalities that violate the sexual and reproductive rights of girls and of the gender minorities that escape the heteronormative pattern. The absence of strategies to address gender norms possibly denotes that counter-hegemonic discourses are still incipient. Conclusions: The Critical Discourse Analysis as a theory allows for the voice of minority groups (adolescents), identifying strategies for achieving sexual and reproductive rights. Through the discourse of professionals and adolescents it was possible to grasp the existing social gap and analyze them from a complementary rather than opposite perspective.

Keywords: Reproductive Rights; Adolescent; Equity in Access to Health Services; Sexual Health; Gender and Health

1. INTRODUÇÃO

A saúde sexual e reprodutiva (SSR) foi reconhecida como direito básico na Conferência Internacional de Direitos Humanos de Teerã (1968) (ONU, 1968), mas os direitos da SSR

na adolescência são destacados pela primeira vez em 1979, na Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher (*CEDAW* – siglas em inglês). Se reconhece que a falta de informação e o acesso a serviços apropriados de SSR afeta a crianças e adolescentes em muitos países, em contextos marcados por relações desiguais de poder ancoradas na categoria gênero (UNICEF, 2014).

Na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIDP – Cairo, 1994) incorpora-se a SSR como um direito humano que integra a saúde reprodutiva, o planejamento familiar, a educação, a igualdade e o gênero, superando a concepção restrita à fecundidade. Considera-se os adolescentes e jovens como sujeitos de direitos reprodutivos e a necessidade de contar com serviços adequados para trabalhar a SSR na adolescência, com ênfase na gravidez não desejada, no aborto em péssimas condições e nas doenças de transmissão sexual (ONU, 1994).

Em sessões da Assembleia Geral da ONU (“CIPD+5”) se reconhece o direito dos adolescentes ao acesso a altos níveis de provisão de serviços/informação, protegendo seus direitos à privacidade, confidencialidade e consentimento fundamentado (ONU, 1999).

Na Convenção dos Direitos da Criança 2003 (ONU, 2003) fundamenta-se a proteção integral, o reconhecimento como sujeitos de direitos, a participação das decisões sobre sua saúde e o acesso a serviços de saúde adequados às suas necessidades, priorizando três dimensões: disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade, assim como sua qualidade (ONU, 2003, Art. 4).

A SSR na adolescência foi um dos temas priorizados no terceiro Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS)⁴: assegurar a saúde e o bem-estar de todos, em todas as idades. Uma das metas visa garantir para 2030 acesso universal aos serviços de SSR, incluindo planejamento familiar, informação e educação e a integração da saúde reprodutiva nas estratégias e os programas nacionais (ONU, 2015).

Os avanços nos documentos jurídicos não se produziram linearmente e foram caracterizados por uma tensão nos debates entre as propostas de outorgar a autonomia às crianças/adolescentes e as de conter e controlar suas capacidades de ação (Gaitán, 2018). A complexidade da Convenção dos Direitos da Criança, além de “uma revisão exige uma materialização prática [*tradução nossa*]” (Picornell-Lucas, 2019:1188), para que se traduza em políticas e ações. Segundo Villagrasa (2015, p. 18):

Apesar do caráter universal e indivisível de suas normas, sua aplicação real e completa dista muito de ser uma constatação efetiva... Não só se evidencia uma carência na difusão, já que suas normas geralmente são desconhecidas pelos agentes que devem aplicá-las, como advogados ou juízes, se não porque sua incorporação às leis políticas e programas de infância, resulta todavia deficiente parcial e fragmentária [tradução nossa].

Na Venezuela a Lei Orgânica para a Proteção de Crianças e Adolescentes (LOPNA) outorga cidadania plena às crianças e aos adolescentes (os considera sujeitos de direitos) e obriga a gerar uma rede de entidades de atenção que garantam estes direitos (Venezuela, 2015). Segundo a LOPNA um adolescente é toda pessoa de doze até dezoito anos de idade.

Uma das inovações/avanços da LOPNA é o reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos, que, conjuntamente com o direito à saúde, à educação, à informação e à proteção da maternidade estabelecidos nos artigos 33, 41, 44, 45, 48, 50 e 124-D visam assegurar a aplicação destes (Venezuela, 2015).

Como em outros países, o dilema entre a realidade e os direitos que efetivamente as/os adolescentes podem exercer geram ainda barreiras e desafios. Apesar das leis/normas, há uma diversidade de obstáculos que emergem e impedem a plena efetivação destes direitos. O objetivo deste artigo foi analisar o discurso de usuárias/os e profissionais de saúde sobre os direitos sexuais e reprodutivos das/os adolescentes, os desafios dos serviços de saúde e as possíveis estratégias para enfrentá-los em um estado da Venezuela.

2. METODOLOGIA

Trata-se de estudo qualitativo que propicia o desenvolvimento de conceitos para uma melhor compreensão dos fenômenos sociais, considerando significados, pontos de vista, percepções e práticas dos diferentes grupos participantes. Tanto usuários como prestadores de serviços devem ser considerados na sua realidade pessoal, social e individual como seres únicos. Nesta abordagem, os atores, os valores das pesquisadoras, a subjetividade, os fatos e seus sentidos, sem desconsiderar o conflito, comparecem na análise (Minayo, 2010).

Representa um recorte de uma pesquisa sobre acesso das/dos adolescentes aos serviços de saúde, realizada no estado venezuelano de Nueva Esparta. Procurou-se compreender a articulação da produção discursiva sobre os direitos sexuais e reprodutivos das/os adolescentes, os desafios dos serviços de saúde e as possíveis estratégias para enfrentá-

los em seu contexto histórico-social, sob a perspectiva da Teoria Social do Discurso, utilizando a Análise Crítica do Discurso (ACD) de Fairclough (2001) e o quadro conceitual sobre acesso aos serviços de saúde de Thiede, Akweongo e McIntyre (2014) e Gilson (2014). Nesta análise crítica interessa-nos mostrar os problemas sociais como o poder e a desigualdade através do discurso (Van Dijk, 2013).

O núcleo central da ACD *“é saber como o discurso contribui para a reprodução da desigualdade e a injustiça social, determinando quem tem acesso a estruturas discursivas e de comunicação aceitáveis e legitimadas por parte da sociedade (tradução nossa)”* (Van Dijk; Athenea Digital, 2002, pp. 6-7). Procura-se compreender as relações entre desigualdades sociais e as formas como os textos são usados para denotar poder/dominação e ideologia (Iñiguez, 2004), analisar como opera a linguagem na forma como se constitui/transmite o conhecimento, na organização das instituições sociais e no exercício do poder. A ACD busca desvendar como através do discurso se (re)produzem as desigualdades sociais que afetam principalmente aos grupos minoritários, bem como as possibilidades de mudança social.

Nueva Esparta foi selecionado por ter delimitadas as áreas de responsabilidade de cada um dos estabelecimentos de saúde do primeiro nível de atendimento, além de contar com as equipes básicas de saúde organizadas, embora não completas. A amostra foi definida pelo método de saturação. Entre setembro/outubro de 2017 foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 12 adolescentes (duas entre 10 e 13 anos, cinco entre 14 e 16 anos e cinco entre 17 e 18 anos de ambos os sexos, usuários e não usuários dos serviços de saúde) e 12 profissionais (4 médicos, 4 enfermeiros/auxiliares de enfermagem e 4 promotores de saúde/trabalho social), de 12 estabelecimentos de saúde, 6 do primeiro nível de atenção, 3 do segundo e 3 do terceiro. Os sujeitos da pesquisa foram selecionados do banco de dados com 246 adolescentes e 35 profissionais de saúde que participaram na primeira fase da pesquisa. Não houve recusas. Os roteiros semiestruturados de entrevistas consideraram um conjunto de questões sobre os elementos que facilitam ou obstaculizam o acesso das/dos adolescentes aos serviços de saúde e sua relação com o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos desta população.

Utilizou-se o modelo de análise tridimensional do discurso de Fairclough (2001). Na primeira dimensão são incluídas as categorias de análise textual. A segunda diz respeito à prática discursiva, são analisadas as atividades cognitivas de produção, distribuição, consumo do

texto, bem como a coerência, a intertextualidade e a interdiscursividade. A terceira refere-se à prática social, relacionada com a ideologia e a hegemonia na instância discursiva analisada.

Os resultados foram estruturados por temas, tomando como eixos norteadores da análise a estrutura conceitual de acesso de Thiede, Akweongo e McIntyre (2014) que consideram três dimensões: disponibilidade (acesso físico), viabilidade financeira (acesso financeiro) e aceitabilidade (percepção de usuários e prestadores). Para os autores, as melhoras no acesso dependem da interação comunicativa entre o sistema de saúde e seus usuários. Com base nos elementos textuais, foram realizadas as análises de coerência e coesão. Identificaram-se a estrutura da argumentação dos enunciados, a forma de relação das orações e sua racionalidade.

Com o intuito de aproximar o objeto discursivo do processo social onde é produzido e passar do objeto discursivo para o processo discursivo, foram identificados dispositivos analíticos adicionais: metáfora, modalidade, ironia, interdiscursividade e polidez.

As questões norteadoras da pesquisa foram: como o discurso hegemônico construído sobre os adolescentes pode limitar ou facilitar o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos desta população? Quais os principais desafios dos serviços de saúde para contribuir na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes e quais as possíveis estratégias para enfrenta-los?

As entrevistas duraram em média 35 minutos e foram aplicadas, gravadas e transcritas por uma das pesquisadoras, mantendo-se a expressão fiel do espanhol falado para manter os sentidos produzidos na enunciação.

As referências às entrevistas foram codificadas: Entrevistas com Profissionais (EP), Entrevistas com Adolescentes (EA). Na análise das entrevistas participaram duas pesquisadoras.

O estudo seguiu os princípios éticos da pesquisa com seres humanos. Foi aprovado pelo Comitê de Ética da Direção de Investigação do Instituto de Altos Estudos “Dr. Arnaldo Gabaldon” Ministério da Saúde da Venezuela, no 03/04/17 sob o número 003/2017, como pela Direção Estadual Estado de Saúde Nueva Esparta em 12/04/17.

O consentimento livre e informado foi obtido de cada adolescente, com a prévia autorização dos pais ou representantes, bem como dos profissionais saúde que aceitaram participar na investigação.

2.1 Contexto Enunciativo

Com a promulgação da LOPNA estabeleceu-se o direito à informação, à educação e a serviços de SSR para os adolescentes (Venezuela, 2015). No entanto, neste grupo prevalece a prática limitada de exigência e atendimento de direitos sexuais e reprodutivos (UNFPA, 2015). As ações dos serviços são escassas, dispersas, fragmentadas e em muitas ocasiões centradas na atenção da adolescente grávida. Destaca-se a baixa cobertura, qualidade, aceitabilidade e acessibilidade destes. Ainda persistem obstáculos na atenção da SSR dos adolescentes (Venezuela, 2013).

As principais condições jurídicas das/dos adolescentes na Venezuela são: maioridade a partir dos 18 anos; responsabilidade legal perante delitos a partir de 12 anos; idade para atendimento nos serviços de SSR sem pais/representante, 15 anos; idade de consentimento para relações sexuais, 16 anos e matrimônio/união civil com o consentimento dos pais/tutores/juízes, 16 anos para meninos e 14 para meninas.

Várias políticas públicas nacionais para a atenção deste grupo utilizam as faixas entre 12 e 19 anos ou entre 10 e 19 anos. O aborto só é consentido quando há risco para a vida da mulher (Venezuela, 2000).

No período 2006 até 2017 a Venezuela estava entre os países com maiores taxas de fecundidade adolescente da América Latina e Caribe (95 por 1.000 adolescentes entre 15-19 anos) (UNFPA, 2019). A taxa de mortalidade por HIV e outras IST em adolescentes para 2014 foi de 2,19 por 100.000 pessoas entre 10-24 anos, atingindo mais aos meninos (3,02) que às meninas (1,33) (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2018).

Em 2017 estimou-se que 33% das novas infecções por HIV concentrou-se no grupo de 10 a 24 anos, atingindo mais às meninas (41%). Entretanto, as novas Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) excluindo o HIV afetam de forma similar a ambos os sexos (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2018).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As enunciações discursivas, organizadas por temas e trechos são apresentadas no quadro 1.

Quadro 1. Enunciações discursivas de adolescentes e profissionais sobre os direitos sexuais e reprodutivos das/os adolescentes. Nueva Esparta, Venezuela, 2017

Temas	Trechos Adolescentes	Trechos Profissionais
1. O grande paradoxo entre tutela e autonomia: “Sí, pueden tener el derecho pero depende de la edad que tengan”	[1] “Depende, si son adolescentes que no tienen la madurez suficiente, no... pero, por ejemplo yo estoy desde los 13 años con él, siempre me he controlado con el ginecólogo, uhhh siempre me he cuidado” (EA12). [4] “Sí, pueden tener el derecho, pero depende de la edad que tengan ...claro que sí porque uno como ser humano tiene que tener derecho a nivel de eso [la sexualidad], pero ahorita con esto hay jóvenes que salen embarazadas entre 10, 11 años...” (EA9). [5] “Sí estoy de acuerdo pero que tengan suficiente información como para no cometer un error... tienes que tener información para poder tener el derecho, como quien dice para tener derecho tienes que cumplir las normas pues” (EA3). [6] “...no puedes ser responsable, si ni siquiera sabes qué es, o sea, digamos que quieres hacer algo responsablemente y no tienes idea de qué es lo que vas a ejercer porque nadie te ha hablado del tema y lo que te han hablado son pocas cosas” (EA2).	[2] “Bueno deberían ser responsables, deberían, pero no, no, no porque éste más bien deberían encaminarse es en estudiar... Debería ya cuando sea una persona apta de verdad... como a partir de los 19 años, más o menos, pero es difícil, es difícil de llevarlos así pues, es difícil” (EP11). [3] “Sí, claro, porque ellos tienen que saber cuáles son sus riesgos, ventajas, desventajas... yo creo que a partir de los 15, 14 años, ya una persona está apta para asumir todo, sus problemas, para saber comprometerse” (EP10). [7] “...yo les dije a ellos “ustedes tienen derecho a decidir tanto los hombres como las niñas a decidir sobre su cuerpo y que hay que tener una buena información, porque después vienen las consecuencias” y les explico las consecuencias negativas que hay si no se lleva una sexualidad responsable” (EP9). [8] “Claro, eso es de vida, eso es innato, parte de la vida de todo ser humano, uno no puede prohibirla, tampoco incentivarla, sino explicarla, si van a tener actividad sexual que sea en forma segura pues” (EP12).
2. Contradições e desafios do sistema de saúde para garantir os direitos sexuais e reprodutivos dos/as adolescentes	[9] “Que reabastecieran un poco más, hay veces que se sabe que no hay insumos pero eso es más que todo porque, por una red de corrupción... por yo querer tener más dinero yo le voy a vender esto aparte ...siempre va a ver alguien que va a interrumpir eso, pues” (EA1). [12] “Bueno que seamos un poquito más prudentes al hablar con sus hijos, porque a veces les hablamos a manera de exhortación y no debemos ser así, más bien deberíamos hablarles bien, con amor, aunque exhortación es amor, pero no de manera de violencia o de imposición. Sería llevar a la prudencia, hablar con una opción de amor, con los jóvenes ¿entiende? para que lo tomen a bien” (EA11). [13] “Que hablen con sus hijos, lo más pronto posible porque no van a esperar que se descarrilen para hablar con ellos, no” (EA4). [15] “Y hacer que los padres entren en razón, porque siempre va a estar el padre ignorante que va a decir que no, que eso no es así, porque en su época era de esta manera y	[10] “...el sexo aquí es un tabú para las mujeres y los que son diferentes como homosexuales más que todo, pero porque la sociedad así lo impuso, porque en una relación sexual responsable no hay ningún inconveniente, es algo natural y necesario” (EP10). [11] “Tuve una conversación con una pediatra y me dijo: “¿tú estás loca?, ¿cómo tú le vas a ofrecer a las niñas pastillas anticonceptivas? Yo le dije ¿entonces qué vamos a tener niñas mamás? No, no, dígale que no lo hagan, ¿cómo le digo yo que no lo hagan?... mientras más yo se lo prohíbo, más lo hacen, acuérdate que la fruta prohibida es mucho más sabrosa” (EP1). [14] “Bueno mira, a los papás les da miedo hablar con los adolescentes, o si no es golpes... Y a veces ellos [los padres] tampoco tienen la educación efectiva para hablar sobre sexualidad... o no le dicen nada porque no saben o les dicen cosas que no son, entonces el muchacho queda más desorientado” (EP2). [16] “Yo creo que es necesario, que exista

Temas	Trechos Adolescentes	Trechos Profissionais
	ahorita está mal. Es muy difícil, yo he visto madres de amigos que después de explicarle mil veces que el aborto es algo totalmente razonable , ella va a decir que no, que está mal, porque es católica " (EA2).	una ley tal vez , que permita que se puedan examinar y atender a los pacientes, incluso en esa edad, sin necesidad de que los padres estén , eh hh siempre y cuando como digo yo , firmar un consentimiento informado o algo así, me parece que es básico y necesario " (EP4).
3. Pontes no desenho de estratégias: Diálogos possíveis entre adolescente e profissionais	[20] "Me gustaría que se diera más información, no que una cartelera ahí escueta, sino siempre hablarle sobre el tema y agregar adolescentes para que ellos rieguen el tema entre ellos mismos..." (EA5). [21] "Al adolescente se le puede llegar de manera interactiva y atrayendo su atención. Por ejemplo, exámenes de prevención de las enfermedades de transmisión sexual. Eso sí, hay que ofrecerle una recompensa por ir a enfrentar el miedo a eso" (EA2). [22] "A partir más o menos de los 8, 9, 10 años, tú no entras de una vez con el tema, pero sí que vayas ya abriéndote un poquito... a medida que vaya creciendo se vaya expandiendo más el tema, o sea la educación sexual, pues" (EA6).	[17] "...continuar trabajando con un círculo de padres y representantes" (EP12). [18] "Que inicien desde los colegios a quitar ese tabú de las palabras anticonceptivo, condón, preservativo y empiecen desde los niños de quinto y sexto grado... Y también desde las mismas familias" (EP10). [19] "...para dar la charla, no es nada más hablar, hablar, también lo que es la participación, porque entre ellos más participan es mejor porque van aprendiendo más, que estar uno mecánicamente bla, bla, bla" (EP8). [23] "...deberíamos estar capacitados... que el equipo esté sensibilizado, en cuanto al trato con adolescentes, no juzgarlos, sino escucharlos y que ellos sientan que tienen las puertas abiertas, una mano amiga... en ese momento, eh hh tendremos la batalla ganada" (EP3).

3.1 O grande paradoxo entre tutela e autonomia

As políticas públicas e de saúde destinadas à população adolescente na Venezuela têm um escopo de tutela e proteção, para ter garantidos seus direitos através da proteção do Estado. Mas, necessita ações que promovam o empoderamento/emancipação desta população, quer dizer, sua autonomia (Venezuela, 2015). Como em outros países (Ventura; Corrêa, 2006; Durán; Cabrera, 2018), a SSR como direito na população adolescente venezuelana transita no paradoxo de compreender quem deve estar sob tutela (em proteção), e quem tem a autonomia ou a liberdade de decisão.

Nos Trechos 1-4 emerge a idade como critério para demarcar se uma/um adolescente (seja ele 14 ou 15 ou 19) pode exercer sua sexualidade de forma responsável, com as frases "no tienen la madurez suficiente" (Trecho 1); "una persona apta de verdad" (Trecho 2). Assim todas as/os adolescentes de certa idade serão submetidos à mesma regra. Aos menores *"competentes ou precoces, se lhes nega o estatuto de decisão com base em considerações moralmente irrelevantes [tradução nossa]"* (Anderson; Claassen, 2012, p. 501). Emerge o discurso hegemônico sobre a identidade social das/dos adolescentes como imaturos, e incapazes (Chaves, 2005; Checa; Tapia, 2016; Gaitán, 2018), ou seja, sujeitos sem autonomia.

No Trecho 2 se utiliza a estratégia de consentimento aparente (Van Dijk, 2013) referente ao direito a uma SSR responsável, para em seguida negá-lo. O verbo “deveriam” é utilizado quatro vezes para salientar, o que segundo a/o profissional deve ser feito. As crenças e convicções dos profissionais influenciam a relação com o usuário, estereotipando certos grupos (como os adolescentes), julgando, demonstrando preconceitos ou imparcialidade (Gilson, 2014). Assim, se o profissional considera que a/o adolescente não “deveria” poder decidir quando iniciar-se sexualmente, provavelmente irá restringir o acesso à informação, aos preservativos ou aos métodos contraceptivos.

O enunciado do Trecho 1 ilustra o exercício da sexualidade responsável por uma adolescente de 13 anos que utiliza seu próprio exemplo para argumentar o que chama de “madurez suficiente” relacionada às medidas necessárias para evitar a gravidez ou IST. Em contraposição, no Trecho 4 ainda que haja um aparente reconhecimento do direito, se dá a negação deste ao relacioná-lo de forma sutil com a gravidez de meninas de 10 e 11 anos. O tom do enunciado é indireto para falar sobre a sexualidade referida como “a nivel de eso”; “con esto”. As normas restritivas de gênero são reforçadas (Heise et al., 2019) com o discurso hegemônico de que a iniciação sexual na adolescência (sobretudo nas meninas) traz como consequência a gravidez, reproduzindo as desigualdades de gênero.

Já nas enunciações discursivas dos meninos o acesso à informação sobre SSR é demandado. O adjetivo “suficiente” no Trecho 5 denota o imperativo de contar com a informação necessária para a tomada de decisões, caso contrário o direito não pode ser exercido de forma responsável. De forma categórica e em tom de denúncia salienta-se como a ausência de informação impossibilita o exercício do direito: “ni siquiera”; “no tienes idea”; “porque nadie te ha hablado del tema”. A evasão/silêncio são estratégias utilizadas pelos adultos (pais/profissionais de saúde/professores - Trecho 6) (Correa; Cubillán, 2009), e acredita-se no mito do conhecimento que pressupõe que a iniciação sexual será precoce se houver informação sobre o tema (Baccarat de Godoy Martins et al., 2012).

Persistem as barreiras no acesso dos adolescentes a serviços de saúde que respondam a suas necessidades, como acesso à informação oportuna e de qualidade (WHO, 2019). No CIPD+5 conclui-se que os “os adolescentes são particularmente vulneráveis por causa da insuficiente informação e do limitado acesso a serviços pertinentes na maioria dos países (parágrafo 7.3)” (Organización de las Naciones Unidas, 1994).

Há enunciações de profissionais que tentam fugir do discurso hegemônico e concordam que as/os adolescentes podem exercer o direito a uma sexualidade responsável. Em primeira pessoa o profissional do Trecho 7 os reconhece como sujeitos de direito, porém, ao se referir a meninos e meninas como “homens” e “meninas”, denota direito superior nos meninos. As consequências negativas de uma sexualidade não responsável são ressaltadas. De forma amena e valendo-se do recurso da polidez o Trecho 8 apresenta uma posição mais equilibrada que reconhece a sexualidade como parte da vida, contrariando o mito do conhecimento (Baccarat de Godoy Martins et al., 2012). A função da/do profissional é de orientar este processo, ao invés de proibi-lo ou incentivá-lo.

Para lidar com o dilema entre a idade e competência como critérios, Anderson & Claassen (2012, p. 495) propõem o que denominaram “regime da infância”, que inclui quatro dimensões: a tutela e a autoridade e responsabilidade limitada para a tomada de decisões pelos filhos; as responsabilidades de supervisão dos pais/representantes, o papel dos familiares para o desenvolvimento da autonomia. Esta visão destaca a emancipação da/do adolescente, que “ênfatiza fortemente a ideia de amadurecer como pessoa autônoma” (Anderson; Claassen, 2012, p. 521).

3.2 Contradições e desafios do sistema de saúde para garantir os direitos sexuais e reprodutivos das/dos adolescentes

A qualidade na prestação dos serviços de saúde tem sido um tema prioritário em várias iniciativas globais (UNFPA; IATT, 2008; OMS, 2014). No entanto, persistem: a desigualdade, a fragmentação, a escassa coordenação, em países de alta e baixa renda (Patton et al., 2014). Na maioria dos países os serviços de saúde não expressam o estabelecido no marco legal e necessitam de uma melhora significativa (Clifton; Hervish, 2013; OMS, 2014; Villagrasa, 2015).

No Trecho 9 é denunciada a venda de insumos/medicamentos nos serviços de saúde. O adverbio “sempre” é indicativo de que a situação se dá permanentemente y o verbo “interromper” utiliza-se para frisar a forma como o fluxo de insumos/medicamentos é desviado para outros fins. Na Venezuela a crise econômica aprofundou os problemas na dimensão do acesso “disponibilidade” por fatores como: escassez de medicamentos, contraceptivos e problemas de infraestrutura (Roa, 2018).

No Trecho 10, ainda que a/o profissional reconheça que as/os adolescentes podem ter relações sexuais, constata de forma categórica e contra hegemônica, como as normas de gênero presentes na Venezuela reforçam as desigualdades que vulnerabilizam os direitos sexuais e reprodutivos das meninas e das minorias de gênero que fogem do padrão da heteronormatividade (Heise et al., 2019).

Com a interdiscursividade direta exemplifica-se a forma como as barreiras no acesso a métodos anticoncepcionais operam nos serviços de saúde (Trecho 11). As convicções dos profissionais podem ampliar ou diminuir as desigualdades no acesso (Gilson, 2014; Thiede, Akweongo e McIntyre, 2014), apesar da normativa vigente para incluir as adolescentes (Venezuela, 2013). Contraditoriamente, recomenda-se a abstenção sexual. A metáfora da “fruta proibida” ilustra de forma irônica o efeito contrário que produz a proibição que pode despertar maior curiosidade. Em contrapartida, a/o profissional defende oferecer alternativas para as meninas que decidam se iniciar sexualmente.

As dificuldades de comunicação entre pais/representantes (responsáveis por criar uma rede de segurança/monitoramento) e as/os adolescentes aparece nos Trechos 12-15. Segundo Anderson & Claassen (2012) *“é necessário que haja não apenas comunicação suficiente, mas também um relacionamento contínuo que forneça um contexto de apoio à intervenção construtiva (p. 520)”*. No sentido habermasiano o uso da linguagem pressupõe integração social (agir comunicativo) e não apenas meio de transmissão de informações característico do agir estratégico (Habermas, 2012).

Em primeira pessoa e desde o lugar dos pais, o enunciado do Trecho 12 caracteriza possibilidades de um diálogo sem violência, nem imposição, baseado no amor. A audiência é convocada com o “¿entende?” ao final do Trecho. O verbo “descarrila” é utilizado no Trecho 13 no sentido figurado para assinalar que a/o adolescente poderia desviar-se do bom caminho. De forma taxativa se demanda uma comunicação oportuna com “lo más pronto posible”.

Embora o acesso à informação qualificada seja um aspecto fundamental desde a perspectiva dos direitos, nas famílias são escassos os diálogos sobre sexualidade, devido, entre outras, a limitações dos pais (medo, desconhecimento, convicções morais do entorno – Trecho 14) (Heilborn, 2012; Svanemyr et al., 2015). De forma categórica e com interdiscursividade direta, as diferenças geracionais e de critérios em temas controversos

como o aborto aparecem no Trecho 15, no surgimento de enunciações discursivas que tentam escapar do discurso predominante.

A fragilidade dos processos instaurados nos serviços de saúde, bem como do marco jurídico legal para garantir a atenção da população adolescente sem os pais/representantes aparece no Trecho 16. Para a LOPNA desde os 15 anos uma/um adolescente pode ser atendida/o nos serviços de SSR sem os pais (Venezuela, 2015). As outras modalidades de consultas não são consideradas o que deixa um vazio para os profissionais agirem por critérios próprios ou do estabelecimento onde laboram.

O discurso hegemônico das normas de gênero permeia os desafios do sistema de saúde venezuelano na construção do acesso dos adolescentes aos serviços de saúde e, consequente aos direitos sexuais.

3.3. Pontes no desenho de estratégias: Diálogos possíveis entre adolescentes e profissionais

Diversas são as estratégias propostas por profissionais e adolescentes para enfrentar os desafios acima analisados. O trabalho com os pais/representantes, sua inclusão em atividades como o círculo de pais é proposta no Trecho 17. Outra estratégia é a escola como fonte de informação sobre temas relacionados com a sexualidade (Trecho 18). As famílias e grupos de apoio, escolas e companhias positivas são fatores protetores cruciais para ajudar aos adolescentes a desenvolver seu potencial e alcançar saúde na transição à idade adulta (Svanemyr et al., 2015; Viner et al., 2012).

As abordagens utilizadas nas atividades com as/os adolescentes são um ponto importante e incluem a participação ativa destes (Tremos 19 e 20). Novas formas para incluir as/os adolescentes resgata-se no enunciado do Trecho 21, assim como, a necessidade de minimizar o temor que o contato com os serviços de saúde gera. Uma vinculação efetiva dos adolescentes com os serviços de saúde exige empoderamento (Heilborn, 2012; Svanemyr et al., 2015). Ao garantir sua participação na tomada de decisões sobre: sua saúde, a atenção que recebem, a avaliação dos serviços de saúde, entre outros, se fortalece o empoderamento e o protagonismo deles como sujeitos de direitos. Também é importante garantir espaços de participação dos adolescentes no desenvolvimento de políticas e serviços e na tomada de decisões políticas, assim como fortalecer a capacidade no pessoal

de saúde e dos sistemas de informação sobre a saúde da/do adolescente (Viner et al., 2012).

A aquisição gradual de competências pelas/pelos adolescentes (Anderson; Claassen, 2012), ou “autonomia progressiva” (Organización de las Naciones Unidas, 2003) é outra estratégia que pode ser usada nas famílias, na escola ou nos serviços de saúde (Trecho 22). Por fim, a capacitação dos profissionais de saúde é requerida. Com frequência as/os adolescentes não se identificam com os serviços de atenção primária em saúde, os encontram como inaceitáveis, devido à percepção de falta de respeito, carência de confidencialidade e privacidade, medo ao estigma, à discriminação, e à imposição dos valores morais dos profissionais da saúde. Enquanto as/os adolescentes valorizam a privacidade e confidencialidade, os profissionais nem sempre respeitam estes princípios (OMS, 2014; Viner et al., 2012). As frases “las puertas abiertas para una mano amiga, que no que te va a señalar” expressam a necessidade de construir essa relação próxima, de confiança entre os serviços de saúde, profissionais e adolescentes: seu alcance permitirá “ganar la batalla” (metáfora utilizada no Trecho 23) (Gilson, 2014).

A ausência de estratégias para enfrentar as normas de gênero possivelmente indique que os discursos contra hegemônicos ainda são incipientes.

4. CONCLUSÕES

Os discursos analisados são marcados pela escassa autonomia que a sociedade outorga às/aos adolescentes no exercício dos direitos sexuais tornando-os vulneráveis; pelas contradições nas concepções de diferentes atores e instituições sociais, pelos vazios políticos; pelas diferenças entre o discurso que reconhece as/os adolescentes como sujeitos de direito versus a concepção tradicional que os concebe como receptores passivos dos serviços/ações, objetos de políticas definidas por adultos competentes (Durán; Cabrera, 2018; Picornell-Lucas, 2019). Na legislação venezuelana específica é possível identificar o paradoxo entre tutela e autonomia ao tratar as esferas da reprodução ou sexualidade, situação presente em outros países (Ventura; Corrêa, 2006; Durán; Cabrera, 2018).

As escolhas metodológicas efetuadas podem contribuir na compreensão do objeto de estudo em outros contextos, desde que adaptadas, considerando os limites de uma pesquisa qualitativa. A estrutura triangular de Thiede; Akweongo; Di McIntyre (2014)

possibilitou abranger a complexidade do conceito do acesso como processo relacional e suas dimensões.

A ACD como teoria permitiu compreender como a prática nos sistemas de saúde está sendo influenciada pelas normas de gênero que reforçam as desigualdades no acesso dos adolescentes aos serviços de saúde afetando seus direitos a uma SSR, especialmente às meninas e minorias de gênero. Ao mesmo tempo foi possível identificar os discursos contra hegemônicos produzidos no cotidiano dos serviços de saúde por usuários e profissionais, que poderiam contribuir para modificar suas práticas. O discurso de profissionais e adolescentes permitiu captar a brecha social existente e analisá-los desde uma perspectiva complementar e não oposta. A ACD permite dar voz a grupos minoritários (adolescentes), identificando estratégias para alcance dos direitos sexuais e reprodutivos.

Nos discursos analisados o trabalho com os pais aparece como uma estratégia fundamental para construir/reforçar discursos não hegemônicos. O empoderamento dos próprios adolescentes é um caminho pouco explorado, mas os discursos dos adolescentes contra a discriminação, o aborto e outros temas, mostram que é possível fazer outras construções com e para eles. Os esforços do governo no desenho de políticas, ações e estratégias devem incluir estes e outros aspectos, para que o enfoque dos direitos destacado nos discursos dos diferentes instrumentos e políticas institucionais deixe de ser retórica e se constitua em uma prática cotidiana (Morlachetti, 2007; Rodríguez, 2009; Villagrasa, 2015), com o objetivo de diminuir as desigualdades em saúde e melhorar o exercício pleno dos direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes na Venezuela.

Agradecimentos. Este trabalho foi realizado como o apoio do Instituto de Altos Estudos “Dr. Arnoldo Gabaldon” do Ministério do Poder Popular para a Saúde da Venezuela; do Programa de Estudantes-Convênio de Pós-Graduação (PEC-PG), da Capes/CNPq/MRE-Brasil; da FAPERJ e o Projeto Inova da Fundação Oswaldo Cruz.

5. REFERÊNCIAS

- Anderson, J.; Claassen, R. Sailing Alone: Teenage Autonomy and Regimes of Childhood. *Law and Philosophy*, V. 31, N. 5, P. 495–522, Set. 2012.
- Baccarat De Godoy Martins, C. et al. Sexualidade na adolescência: mitos e tabus. *Ciencia y enfermería*, v. 18, n. 3, p. 25–37, 2012.
- Chaves, M. Juventud negada y negativizada: representaciones y formaciones discursivas vigentes en la Argentina contemporánea. *Última Década*, Valparaíso, v. 13, n. 23, p. 9-32, 2005.
- Checa, S.; Tapia, S. (Coord.). *Derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes: diálogos*

- posibles entre los jóvenes y los servicios de salud. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Pediatría, 2016. Disponível em: <<http://bit.ly/2zuc7xt>>. Acesso em: 01 mar. 2020.
- Clifton, D.; Hervish, A. The World's Youth: 2013 Data Sheet Population Reference Bureau, , 2013. Disponível em: <<https://www.prb.org/youth-datasheet-2013/>>. Acesso em: 11 fev. 2019
- Correa, C.; Cubillán, F. Manual de capacitación salud sexual y reproductiva: desde una mirada de género. Maracay: IAESP Dr. Arnoldo Gabaldon, 2009.
- Durán, Ernesto. "De menor a ciudadano: tránsitos en un entorno mancodiano". En Pereira, M^a F.; Picornell-Lucas, A. (Org.). Experiencias mundiales de ciudadanía de la infancia y adolescencia. João Pessoa: Editora Universidade Federal da Paraíba, 2018, p. 38-55.
- Fairclough, N. Teoria social do discurso. In: Fairclough, N. Discurso e mudança social. Brasília, DF: Editora UnB, 2001. p. 89-132.
- Gaitán, Lourdes. Los derechos humanos de los niños: ciudadanía más allá de las "3Ps". Sociedad e Infancias, v. 2, p. 17-37, 2018.
- Gilson, L. Aceitabilidade, confiança e equidade. In: McIntyre, D.; Mooney, G. (Org.). Aspectos econômicos da equidade em saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. p. 163-190.
- Habermas, J. Teoria do agir comunicativo. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2012. v. 1.
- Heilborn, M. L. Por uma agenda positiva dos direitos sexuais da adolescência. Psicologia Clínica, v. 24(1), p. 57–68, 2012.
- Heise, L. et al. Gender inequality and restrictive gender norms: framing the challenges to health. The Lancet, v. 393, n. 10189, p. 2440–2454, jun. 2019.
- Institute For Health Metrics And Evaluation (IHME). Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Results. Disponível em: <<http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>>. Acesso em: 16 mar. 2020.
- Iñiguez, L. A análise de discurso nas ciências sociais: variedades, tradições e práticas. In: IÑIGUEZ, L. Manual de análise do discurso em ciências sociais. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2005. p. 105-160.
- Minayo, M. C. De S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.
- Morlachetti, A. Políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes y jóvenes: un enfoque fundado en los derechos humanos. Notas de Población, Santiago, v. 34, n. 85, p. 63-96, 2007.
- OMS – Organización Mundial De La Salud. Salud para los adolescentes del mundo: una segunda oportunidad en la segunda década. Ginebra, 2014.
- ONU – Organización De Las Naciones Unidas. Proclamación de Teherán. ONU, 1968.
- ONU – Organización De Las Naciones Unidas. "Programa de Acción", Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. ONU, 1994.
- ONU – Organización De Las Naciones Unidas. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo ICPD+5. ONU, 1999.
- ONU – Organización De Las Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos del Niño. ONU, 2003.
- ONU – Organización De Las Naciones Unidas. Objetivos de desarrollo sostenible (ODS). Nova York, 2019. Disponível em: <<http://bit.ly/2ZAZSho>>. Acesso em: 29 ago. 2019.
- Patton, G. C. et al. Next steps for adolescent health: a Lancet Commission. The Lancet, v. 383, n. 9915, p. 385–386, fev. 2014.

- Picornell-Lucas, Antonia. La realidad de los derechos de los niños y de las niñas en un mundo en transformación. A 30 años de la Convención. *Rev. Direito Práx.*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 1176-1191, June 2019.
- Roa, A. C. Sistema de salud en Venezuela: ¿un paciente sin remedio? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, e00058517, 2018.
- Rodríguez, J. Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: un llamado a la reflexión y a la acción. Madrid: OIJ, 2009.
- Svanemyr, J. et al. Creating an Enabling Environment for Adolescent Sexual and Reproductive Health: A Framework and Promising Approaches. *Journal of Adolescent Health*, v. 56, n. 1, p. S7–S14, jan. 2015.
- Thiede, M.; Akweongo, P.; McIntyre, D. Explorando as dimensões do acesso. In: MCINTYRE, D.; MOONEY, G. (Org.). Aspectos econômicos da equidade em saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. p. 137-161.
- UNFPA – Fondo De Población De Las Naciones Unidas. Análisis sobre legislaciones y políticas que afectan el acceso de adolescentes y jóvenes a los servicios de SSR y VIH en América Latina. Nova York, 2015.
- UNFPA – Fondo De Población De Las Naciones Unidas. Estado de la Población Mundial 2019. UNFPA, 2019.
- UNFPA – United Nations Population Fund; IATT – Interagency Task Team On Hiv and Young People. Guidance brief: HIV Interventions in the Health Sector for Young People. United Nations Population Fund, , 2008. Disponível em: <https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/iatt_hivandyoungpeople/en/>. Acesso em: 11 fev. 2019
- UNICEF – Fondo De Naciones Unidas Para La Infancia. ¿Qué significa la CEDAW para los derechos de las niñas en América Latina y el Caribe?. UNICEF, 2014.
- Van Dijk, T.; Athenea Digital. El análisis crítico del discurso y el pensamiento social. *Athenea Digital*, v. 1, p. 18–24, 2002.
- Van Dijk, T. A. Discurso y poder. Barcelona: Gedisa, 2013.
- Venezuela. Extraordinario no 5.494, de 20 de octubre de 2000. *Gaceta Oficial de la República de Venezuela*, Caracas, 20 out. 2000.
- Venezuela. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Norma oficial para la atención integral en salud sexual y reproductiva. Caracas: UNFPA, 2013.
- Venezuela. Ley Orgánica para la Protección del Niño y el Adolescente (LOPNA). *Gaceta Oficial de la República de Venezuela*, Caracas, n. 6185, 8 jun. 2015.
- Villagrasa, Carlos. Derechos de la infancia y la adolescencia: hacia un sistema legal. *Anales de la Cátedra Francisco Suárez*, V. 49, P. 17-41, 2015.
- Ventura, M.; Corrêa, S. Adolescência, sexualidade e reprodução: construções culturais, controvérsias normativas, alternativas interpretativas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 7, p. 1505–1509, jul. 2006.
- Viner, R.M. et al Adolescence and the social determinants of health. *The Lancet*, v.379, n.9826, p.1641–1652, abr.2012.
- World Health Organization. Handbook for conducting an adolescent health services barriers assessment (AHSBA) with a focus on disadvantaged adolescents. World Health Organization, 2019.

DEFINIÇÃO DO CONTEÚDO DA MNEMÓNICA POSICIONAR

Cristina Lavareda Baixinho¹; Óscar Ferreira², Fátima Mendes Marques³, Maria Helena Presado⁴, Mário Cardoso⁴ e Helga Rafael⁶

¹Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, ciTechCare Portugal. crbaixinho@esel.pt

^{2,3,4}Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal. ²oferreira@esel.pt; ⁴fmarques@esel.pt; ⁴mhpresado@esel.pt; ⁵mmcardoso@esel.pt; ⁶hrafael@esel.pt

Resumo. Introdução: A Terapêutica de Posição é uma terapêutica essencial na prestação de cuidados de saúde, coadjuvante no tratamento de várias morbilidades, importante para a promoção do conforto e bem-estar em pessoas de maior fragilidade, auxiliando na prevenção de várias complicações decorrentes da doença e/ou tratamento. Objetivo: Definir os indicadores da Mnemónica – POSICIONAR, para futura validação por um painel de peritos. Método: Estudo de abordagem mista, desenvolvido em 3 fases. Apenas nos centramos na abordagem qualitativa do segundo estudo. Participaram 9 enfermeiros peritos que responderam, em duas rondas, a dois formulários, que foram sujeitos a análise temática de conteúdo segundo Bardin. Resultados: A análise de conteúdo permitiu a organização de um conjunto de intervenções para as 10 categorias definidas a priori e que são representativas da terapêutica de posição. Conclusões: O instrumento proposto, possibilita sistematizar um conjunto de critérios a utilizar na avaliação e promoção da segurança da pessoa a posicionar, bem como, facilitar a comunicação entre os profissionais de saúde e a continuidade de cuidados.

Palavras-chave: Posicionamento; Segurança do Doente; Cuidados de Enfermagem; Investigação Qualitativa.

CONTENT DEFINITION OF THE MNEMONIC POSITION

Abstract. Introduction: Position Therapy is an essential therapy to provide health care and to support the treatment of various morbidities, it's also important for the promotion of comfort and well-being in people of greater fragility, helping to prevent various complications resulting from the disease and / or treatment. Goal: To define the indicators for the Mnemonic - POSITION, for future validation by a panel of experts. Method: Study with a mixed approach, developed in 3 phases. We only focus on the qualitative approach of the second study. Participated 9 expert nurses who responded, in two rounds, to two forms, which were thematic content analysis according to Bardin. Results: Content analysis allowed the organization of a set of interventions for the 10 categories defined a priori and which are representative of the position therapy. Conclusions: The proposed instrument makes it possible to systematize a set of criteria to be used in assessing and promoting the safety of the person to be positioned, as well as facilitating communication between health professionals and continuity of care.

Keywords: Positioning of the Patient; Patient Safety; Nursing Care; Qualitative Research.

1. INTRODUÇÃO

Quando a pessoa não se consegue mover e posicionar na cama, é necessário garantir um posicionamento correto e para tal, usar técnicas de mobilização e de posicionamento específicos (Källman *et al.*, 2013; Santos, Ferreira, & Baixinho, 2017). Posicionar é uma intervenção que implica colocar o corpo numa posição diferente daquela em que se encontrava, de forma a redistribuir a pressão exercida sobre uma determinada parte do

corpo (Moore, Cowman & Conroy, 2011; Pickenbrock, Ludwig, & Zapf, 2017), respeitando os princípios da biomecânica, que incluem o alinhamento corporal, o equilíbrio, o movimento, a fricção/atrito e a força mecânica (OE, 2013; Prezado et al., 2015).

O posicionamento terapêutico é uma intervenção muito utilizada nos cuidados de saúde, que implica a apreciação complexa da situação clínica e da pessoa, e uma decisão direcionada para a(s) finalidade(s) terapêutica(s) (Pickenbrock, Ludwig, & Zapf, 2017). Apesar de ser frequente na clínica e dos seus efeitos serem complexos e importantes para a prestação de cuidados de saúde, partilhamos a opinião de que esta intervenção tem sido pouco valorizada na prática clínica, na formação e na investigação (Silva, & Nascimento, 2012; Baixinho & Ferreira, 2016; Schutt, Tarver, & Pezzani, 2018; Santos, Ferreira, & Baixinho, 2019).

Silva e Nascimento (2012) alegam que as mudanças de decúbito, realizadas pela equipa de enfermagem sob prescrição ou indicação do enfermeiro, envolve mais fatores do que simplesmente mudar a posição da pessoa na cama, já que a sua influência na mecânica pulmonar tem um efeito terapêutico importante.

A necessidade de avaliar uma multiplicidade de fatores e de antever as possíveis complicações decorrentes da não aplicação ou utilização incorreta desta terapia alerta para a necessidade de o plano terapêutico (programa de terapia de posição) ser individualizado, não apenas face ao desenvolvimento, ao grau de atividade e mobilidade da pessoa, mas também, face à forma como se posiciona ou é posicionada pelos cuidadores informais de modo a evitar consequências decorrentes de um posicionamento incorreto (Baixinho, Ferreira, Rafael & Ferraz, 2016).

A apreciação da pessoa para a implementação desta terapêutica é um processo rigoroso que implica avaliar o estado cognitivo, os sinais vitais, a motricidade, a amplitude articular, a postura e alinhamento, os antecedentes pessoais de saúde, a situação clínica atual, o nível de independência, o nível de conforto, o peso, a altura e a determinação do risco de desenvolver lesões por pressão (Spruce, & Van Wicklin, 2014; Pickenbrock, Zapf, & Dressler, 2015; Baixinho, Ferreira, Rafael & Ferraz, 2016). Todavia a avaliação da pessoa não esgota estes itens. Nas situações de saúde mais complexas pode haver necessidade de apreciar outros aspetos como a presença de feridas, drenos, dispositivos médicos, entre outros, que condicionem o posicionamento.

A análise da situação deve ainda prever o contexto e a disponibilidade de recursos materiais como superfícies de apoio, camas articulares, almofadas e outros dispositivos de posicionamento e de ajuda ao mesmo, bem como económicos e consequentemente a possibilidade e o interesse da pessoa e ou família em os adquirir (Pickenbrock, Ludwig, & Zapf, 2017; Schutt, Tarver, & Pezzani, 2018).

Sendo uma etapa complexa, que exige “gastos” em tempo para ser efetuada com uma determinada periodicidade – mudanças de decúbito de 2 em 2 horas (Schutt, Tarver, & Pezzani, 2018), não pode ser ultrapassada pelos riscos associados a uma má decisão na utilização desta terapêutica e aos consequentes custos que poderá acarretar para a pessoa cuidada, sua família e sociedade, nomeadamente pelo aparecimento de lesões por pressão (Källman et al., 2013; Santos, Ferreira, & Baixinho, 2017).

Por outro lado, a decisão sobre esta terapêutica deve prever a antecipação de um conjunto de complicações que podem surgir durante a sua aplicação. A mobilidade funcional pode estar alterada em consequência de determinadas patologias, lesões ou cirurgias e reveste-se de um carácter negativo com repercussões reconhecidas (OE, 2013).

Por isso, os compromissos funcionais presentes em muitas pessoas devem ser considerados na tomada de decisão sobre o decúbito a seleccionar e a sua finalidade, não devendo agravar as complicações decorrentes do processo de imobilidade tais como, entre outras, o encurtamento muscular e a rigidez articular (Källman et al., 2013; Santos, Ferreira, & Baixinho, 2019).

Enquanto intervenção, a terapêutica de posição deve responder às necessidades da pessoa a que se destina, devendo prever a heterogeneidade das características dos clientes dos cuidados de saúde, a etapa vital em que se encontram e a diversidade de contextos onde são prestados os cuidados (Baixinho, Ferreira, Rafael & Ferraz, 2016).

Pela importância de que se reveste e por ser uma área com pouca investigação, foi proposta a Mnemónica - POSICIONAR, para sistematizar um conjunto de critérios a utilizar na avaliação e promoção da segurança da pessoa e de forma a facilitar a comunicação entre os profissionais de saúde concretamente: a apreciação da individualidade da **Pessoa a posicionar**; a necessidade de **Observação da pele** de forma sistemática diariamente; a importância de **Selecionar superfícies de apoio** adequadas à pessoa a posicionar; de **Identificar objetivos da terapêutica de posição** adequando-os às necessidades do

cliente; a necessidade de **Capacitar** para o posicionamento não só a pessoa que necessita de TP, como também o familiar cuidador; o **Implementar medidas de conforto** com vista a manter e ou aumentar o bem-estar da pessoa a posicionar; **Obedecer aos princípios de biomecânica** no que respeita ao alinhamento corporal, à postura, à força e à fricção; **Negociar posições e decúbitos** com a pessoa a posicionar de acordo com as suas preferências e com o familiar cuidador conforme as suas capacidades; **Adequar as almofadas e os dispositivos de posicionamento** para garantir uma TP em segurança e com conforto e **Reavaliar a eficácia do posicionamento** de forma a adequar o programa de TP à pessoa que dele necessita (Baixinho, Ferreira, Rafael & Ferraz, 2016).

É objetivo deste estudo definir os indicadores da Mnemónica – POSICIONAR, para futura validação por um painel de peritos.

2. METODOLOGIA

A existência de instrumentos de apoio à avaliação e à tomada de decisão clínica tem-se revelado uma mais-valia na prática clínica dos profissionais de saúde suportando a decisão e trazendo para a clínica a evidência disponível.

Noutras áreas da clínica, têm sido criadas Mnemónicas [por exemplo a Mnemónica ISBAR utilizada na transmissão verbal para garantir uma comunicação eficaz] para auxiliar a memória, permitindo através de formas simples, memorizar construções complexas, em que cada letra corresponde a um conjunto de intervenções, atividades e/ou procedimentos.

A mnemónica proposta por Baixinho, Ferreira, Rafael e Ferraz, (2016) é um instrumento útil para a promoção da utilização da terapêutica de posição em segurança. No entanto, a multiplicidade de situações clínicas e de desenvolvimento onde pode ser utilizada e a diversidade de aspetos relacionados com a complexidade de cada ser humano dificulta, sintetizar num único instrumento todos os elementos que possam apoiar a decisão clínica (Baixinho, Ferreira, Rafael & Ferraz, 2016), o que justifica a validação de conteúdo desta mnemónica (Figura 1).

P	essoa a posicionar
O	bservar a pele
S	elecionar superfícies de apoio
I	dentificar objetivos da terapêutica de posição
C	apacitar
I	mplementar medidas de conforto
O	bedecer aos princípios da biomecânica
N	egociar posição e decúbitos
A	dequar as almofadas e dispositivos de
R	posicionamento
	evaliar a eficácia do posicionamento

Figura 1. Mnemónica POSICIONAR. Fonte: Baixinho, Ferreira, Rafael & Ferraz (2016).

Este estudo de abordagem mista tem por meta a validação da mnemónica e compreende três fases, com estudos complementares. A primeira fase correspondeu à revisão da literatura para a construção da Mnemónica (Baixinho, Ferreira, Rafael & Ferraz, 2016). A segunda fase inclui um estudo qualitativo com consulta a um grupo de peritos para a definição dos indicadores a incluir na mnemónica e cujos resultados apresentamos neste artigo.

Na terceira fase, os indicadores definidos vão ser submetidos a um painel, utilizando a Técnica de Delphi, para obter consenso entre os peritos, relativamente às proposições apresentadas.

Após a revisão da literatura ter possibilitado a indicação de um conjunto de intervenções a incluir em cada ação determinada pelas letras POSICIONAR, o grupo de investigação concluiu que estas não esgotavam a riqueza da prática clínica e que não se tinha conseguido nem a representatividade, nem a exaustividade para cada ação individualmente e para a mnemónica enquanto um todo. Para colmatar estas dificuldades solicitou-se a colaboração de 9 enfermeiros especialistas em enfermagem e reabilitação, com conhecimento e trabalho desenvolvido nesta área, de forma a obter subsídios.

Os profissionais foram contactados em outubro de 2018, foi-lhes explicado a importância que este instrumento pode ter para a formação e intervenção clínica, a finalidade da sua participação, a duração prevista de resposta e a metodologia. Este contacto prévio serviu ainda para prevenir a abstenção dos participantes.

Esta opção metodológica segue as orientações de autores que observam que a consulta de peritos permite consenso entre especialistas e é útil quando as evidências em uma área são

limitadas ou contraditórias e as questões são inexploradas ou difíceis de definir (Fletcher & Marchildon, 2014; Waltz, Strickland & Lenz, 2016). Por outro lado, outros investigadores argumentam que a obtenção de consenso entre um grupo de indivíduos com experiência num tópico específico é um método particularmente bom de pesquisa (Waltz et al., 2016). Este grupo de peritos não será o mesmo do terceiro estudo, onde pretendemos validar o conteúdo da mnemónica com um painel heterogéneo constituído por clínicos e investigadores.

Foram construídos e enviados dois formulários através do Google Drive®, em momentos diferentes. O primeiro incluía uma única questão em que se solicitava aos colegas que enumerassem TODAS as intervenções associadas ao posicionamento terapêutico, dando-se 15 dias úteis para a sua resposta. No corpo do formulário explicou-se a finalidade do estudo e solicitava-se que a resposta fosse desenvolvida para incluir todas as intervenções que os enfermeiros planeiam e executam antes, durante e após o posicionamento terapêutico.

O segundo formulário enviado no mês seguinte solicitava que os profissionais enumerassem as intervenções para cada um dos itens da mnemónica (Pessoa a posicionar; Observação da pele Seleccionar superfícies de apoio; Identificar objetivos da terapêutica de posição; Capacitar para o posicionamento; Implementar medidas de conforto; Obedecer aos princípios de biomecânica; Negociar posições e decúbitos; Adequar as almofadas e os dispositivos de posicionamento e Reavaliar a eficácia do posicionamento).

A opção por duas rondas, com estratégias diferentes, teve por intuito na primeira volta explorar as intervenções e na segunda organizá-las por categorias. Concomitantemente, possibilitou que surgissem outras categorias dado que, após a primeira ronda, os profissionais estavam mais despertos no decurso da sua atividade clínica para as 'relembrem' e identificarem.

As respostas dos participantes foram sujeitas a análise temática de conteúdo segundo Bardin (2011), tendo sido auxiliada pela codificação dos instrumentos e das categorias pré-definidas. Analisaram-se em simultâneo as respostas obtidas na primeira e na segunda ronda.

A opção pela categorização a priori é justificada pelo objetivo do estudo. Na sua formulação obedeceram-se aos critérios de validade, exaustividade e homogeneidade, garantindo que a

classificação de qualquer elemento do conteúdo deve ser mutuamente exclusiva, tanto para as categorias como para as subcategorias.

O contacto prévio para obter a autorização dos profissionais e o reenvio do instrumento pelos participantes pressupôs a intenção de participação e por esse motivo não foi solicitado a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Os participantes foram informados de que as suas respostas eram confidenciais e anónimas e que apenas seriam utilizadas neste âmbito, podendo desistir de participar a qualquer momento, respeitando assim o princípio da Confidencialidade e Anonimato das informações pessoais e do respeito pela vida privada.

3. RESULTADOS

Os nove enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação que colaboraram no estudo, trabalham em média há 21,3 anos. A análise das respostas desses especialistas permitiu definir os indicadores a serem colocados em cada categoria previamente definida (Tabela 1). Os 9 enfermeiros especialistas têm média de idade de 42,4 anos, 55,5% possuem mestrado e 45,5% tem curso de especialização em enfermagem de reabilitação.

Tabela 1. Indicadores da Mnemónica POSICIONAR. Lisboa, 2020

Categoria	Sub-Categoria	Unidades de Enumeração
Pessoa a posicionar	Individualizar o posicionamento terapêutico em função da condição clínica e do risco de lesão por pressão;	13
	Avaliar função músculo esquelética (força muscular, amplitude articular, mobilidade e sensibilidade);	11
	Avaliar estado cognitivo;	7
	Determinar as preferências da pessoa em relação ao posicionamento;	5
	Avaliar dor nos diferentes decúbitos;	3
	Determinar condições económicas para a aquisição de superfícies de apoio.	2
	Subtotal	41
Observar a pele	Avaliar as características da pele na 1ª avaliação clínica;	14
	Avaliar diariamente a pele;	8
	Avaliar a pele sempre que se verifique alterações clínicas;	6
	A cada mudança de posicionamento avaliar a pele nas áreas cutâneas sobrejacentes às proeminências ósseas;	6
	O Exame físico da pele deve incluir: cor, humidade, odor, temperatura, turgor, textura, integridade e pilosidade.	5
	Subtotal	39
Selecionar superfícies de apoio	Avaliar necessidade de material de redistribuição de pressão;	12
	Gerir superfícies de apoio disponíveis;	6
	Adequar a superfície de apoio à pessoa (risco individual);	5
	Ajustar periodicidade do posicionamento (tipo de Superfície de Apoio)	1
	Subtotal	24

Categoria	Sub-Categoria	Unidades de Enumeração
Identificar os objetivos da terapêutica de posição	Listar as condições de saúde que beneficiam com o uso da terapêutica de posição;	6
	Antecipar benefícios;	4
	Adequar o posicionamento à condição clínica.	3
	Subtotal	13
Capacitar	Informar a pessoa sobre o objetivo terapêutico do posicionamento;	15
	Informar a família sobre as finalidades do posicionamento;	10
	Ensinar os cuidadores a posicionar corretamente;	9
	Incentivar o autoposicionamento nas pessoas com independência para tal;	7
	Treinar a família para dar continuidade a esta terapêutica.	5
	Subtotal	46
Implementar medidas de conforto	Manter alinhamento corporal;	8
	Garantir que a roupa está 'esticada';	8
	Manter roupa seca;	7
	Escolher dispositivos de posicionamento confortáveis;	4
	Verificar superfícies de contacto do material com a pele.	1
	Subtotal	28
Obedecer aos princípios da biomecânica	Manter alinhamento corporal;	8
	Redistribuir adequadamente a pressão;	7
	Respeitar simetria dos hemicorpos nas diferentes posições;	3
	Eliminar forças de fricção no (re)posicionamento	3
	Subtotal	21
Negociar posição e decúbitos	Identificar posições da preferência da pessoa;	9
	Respeitar posição usual de descanso (dormir);	4
	Determinar capacidade (física) do cuidador para realizar determinados decúbitos;	2
	Promover a interação social;	2
	Negociar tempo em cada posição.	1
	Subtotal	18
Adequar as almofadas e os dispositivos de posicionamento	Selecionar almofadas que favoreçam a redistribuição da pressão nos segmentos corporais que estão a apoiar/suportar;	7
	Verificar a adequabilidade (características e segurança) dos materiais;	5
	Adequar às características antropométricas da pessoa;	3
	Garantir que o material é seguro.	1
	Subtotal	16
Reavaliar a eficácia do posicionamento	Avaliar pele em contacto com superfície de posicionamento;	14
	Avaliar alívio da sintomatologia (edema, eritema, dispneia, taquicardia, dor);	12
	Questionar a pessoa quanto ao conforto.	6
	Subtotal	32
	Total	278

Como se percebe pela leitura da tabela emergiram várias intervenções para sustentar o conteúdo dos diferentes itens da mnemónica. As categorias são heterogêneas do ponto de vista das intervenções, número, complexidade e com diferentes unidades de enumeração.

4. DISCUSSÃO

Como referido anteriormente a terapêutica de posição, amplamente usada nos contextos clínicos, é uma área com pouca investigação e com necessidade de mais evidência para suportar a tomada de decisão e a intervenção dos profissionais de saúde que a aplicam. Concordamos com Silva e Nascimento (2012) quando defendem a necessidade de mais estudos acerca deste tema, de forma a visualizar o cuidado de enfermagem sob o ponto de vista clínico, criando evidências que possam baseá-lo num cuidado crítico, prescrito individualmente, conforme a clínica do doente, mesmo na vigência de protocolos.

O desenho da mnemónica POSICIONAR e posterior validação vai contribuir para a existência de um instrumento simples e de rápida aplicação para auxiliar a tomada de decisão clínica e aumentar a segurança na prestação de cuidados.

Como em qualquer área dos cuidados a decisão sobre a implementação desta terapêutica tem de ser tomada pelo profissional de saúde tendo em conta a avaliação da pessoa de acordo com o objetivo do posicionamento, a função, a avaliação da maturidade músculo esquelética e da força muscular, da amplitude articular e da mobilidade, a integração das preferências da pessoa assistida, a avaliação da sua utilização como uma estratégia para o controlo da dor, pela adoção de posições antiálgicas, a promoção da interação social, o risco de úlcera por pressão e de outras potenciais complicações, decorrentes da utilização dos diferentes decúbitos e da própria situação clínica, a avaliação do estado mental, entre outros (Baixinho, Ferreira, Rafael & Ferraz, 2016; Schutt, Tarver, & Pezzani, 2018; Santos, Ferreira, & Baixinho, 2019).

A este respeito Spruce e Van Wicklin (2014) advogam que no caso dos doentes cirúrgicos a sua apreciação deva incluir a avaliação das estruturas circulatória, respiratória, tegumentar, músculo-esquelética e neurológica para garantir que a pessoa é adequadamente posicionada e de modo seguro, prevenindo complicações.

Na apreciação da pessoa a avaliação da pele assume um papel importante. Esta categoria obteve 39 unidades de enumeração, o que de certa forma é representativo da importância que os profissionais lhe atribuem, porque uma das principais indicações para o (re)posicionamento está associada à prevenção de lesões por pressão, que têm uma elevada prevalência na população idosa, com períodos de imobilidade na cama. Além disso a pele vai estar sempre em contacto ou com a cama, almofadas, ou outro tipo de dispositivo

auxiliar do posicionamento e consequentemente a sua avaliação vai determinar a própria adequação e a funcionalidade da superfície escolhida em cada contacto estabelecido com a pessoa (NPUAP, EPUAP & PPPIA, 2014).

Na identificação dos objetivos os participantes valorizaram listar as condições de saúde que beneficiam com o uso da terapêutica de posição; o antecipar benefícios e a adequação do posicionamento à condição clínica. Tradicionalmente associada à prevenção de úlceras por pressão (Silva & Nascimento, 2012), esta terapêutica assume-se como crucial para a manutenção da saúde, promoção do conforto, recuperação da doença, prevenção de complicações ao longo de todo o ciclo vital, nomeadamente de lesões músculo-esqueléticas, prevenção da asfixia e prevenção das complicações associadas à imobilidade.

De salientar que as comorbilidades presentes em muitos dos clientes dos cuidados de saúde implicam uma clara antecipação dos benefícios versus malefícios na aplicação desta terapêutica. Por exemplo uma pessoa com dificuldades respiratórias e alto risco de lesão por pressão, em princípio, não poderá efetuar, exclusivamente, as posições descritas pelas associações de referência (NPUAP, EPUAP & PPPIA, 2014) como as mais eficazes para prevenir as feridas por pressão (semi-dorsal e semi-ventral).

Capacitar (n=46) foi a categoria com maior representatividade, o que aponta para a preocupação dos profissionais em garantir que na sua ausência, por alta hospitalar ou fim da visita domiciliária, a pessoa se tiver potencial físico para se autoposicionar o faça, ou então, que seja auxiliada pelo cuidador.

Esta precaução vai de encontro às recomendações de outros autores que advogam que a pessoa deve ser incentivada a (re)posicionar-se regularmente enquanto estiver deitada ou sentada, sempre que tenha a sua autonomia desenvolvida/preservada, devendo ter acesso a dispositivos de assistência adequados para a promoção da mobilidade (NPUAP, EPUAP & PPPIA, 2014; Baixinho, Ferreira, Rafael & Ferraz, 2016).

Outra medida para atingir esta finalidade é a identificação de métodos eficazes de alívio da pressão e educar para a realização dos métodos compatíveis com a capacidade individual, por exemplo ensinar a fazer “elevações” para o alívio da pressão (NPUAP, EPUAP & PPPIA, 2014).

O 'O' na mnemónica representa o obedecer aos princípios da biomecânica. Na análise do discurso escrito dos participantes emerge a manutenção do alinhamento corporal e a redistribuição da pressão, o que vai de encontro a estes princípios (Moore, Cowman, & Conroy, 2011; Presado et al., 2015). Estudos recentes defendem o alinhamento dos diferentes segmentos corporais mantendo a articulação numa posição 'tão neutra' quanto o possível para diminuir a pressão (Pickenbrock, Ludwig, & Zapf, 2017).

Consideramos que existe a necessidade de mais investigação que associe os diferentes decúbitos, respeitando a biomecânica com os efeitos na pressão, conforto e prevenção de complicações associadas à manutenção desta terapêutica por longos períodos. Esta recomendação é suportada pelo estudo de Pickenbrock, Zapf, e Dressler (2015) que observam que o posicionamento pode ser feito de maneira convencional ou em 'posição neutra', referindo que esta última opção demonstrou ter melhores efeitos na amplitude de movimento e conforto.

5. CONCLUSÕES

A complexidade dos processos de saúde doença que as pessoas vivenciam ao longo do ciclo vital tem orientado os profissionais de saúde para a necessidade de implementar terapêuticas diversificadas e não só farmacológicas, com o intuito de promover ou recuperar a saúde, prevenir complicações decorrentes dos períodos, mais ou menos prolongados de hospitalização e/ou institucionalização e garantir qualidade de vida aos clientes dos cuidados de saúde.

Em termos de prática clínica, importa identificar um conjunto de indicadores que facilitem e permitam sistematizar a avaliação da pessoa e a tomada de decisão dos profissionais, sobre a implementação desta terapêutica.

Este estudo, possibilitou a definição de um conjunto de indicadores para cada uma das ações contidas na Mnemónica POSICIONAR: Pessoa a posicionar; Observação da pele; Selecionar superfícies de apoio; Identificar objetivos da terapêutica de posição; Capacitar para o posicionamento; Implementar medidas de conforto;

Obedecer aos princípios de biomecânica; Negociar posições e decúbitos; Adequar as almofadas e os dispositivos de posicionamento e Reavaliar a eficácia do posicionamento.

Este é um estudo preliminar para ajudar na definição de um conjunto de indicadores a serem submetidos a avaliação por um painel de peritos. Tem pois limitações associadas ao objetivo do estudo, ao tamanho e às características dos participantes, não podendo ser generalizado. Todavia os resultados são consistentes com a revisão da literatura (efetuada num primeiro momento) e aumentam a consistência do instrumento a enviar ao painel de peritos, só possível com o contributo da abordagem qualitativa.

Terminamos, crentes que o instrumento proposto tem potencialidades para a formação dos profissionais de saúde e para a segurança clínica dos clientes dos cuidados de saúde, e que, nos coloca desafios para a investigação.

Agradecimentos. Agradecemos aos participantes deste estudo o seu contributo para a definição do conteúdo da Mnemónica POSICIONAR.

6. REFERÊNCIAS

- Baixinho C. L., & Ferreira, Ó. (2016). Terapêutica de Posição nas transições de vida. In: Lourenço M. J., Ferreira Ó, Baixinho C. L. (Coord.). *Terapêutica de Posição: contributo para um cuidado de saúde seguro*. Loures: Lusociência; 2016. p.3-13
- Baixinho, C. L., Ferreira, Ó., Rafael, H., & Ferraz, I. (2016). POSICIONAR: uma Mnemónica para a Terapêutica de Posição. In: Lourenço, M. J., Ferreira, Ó, Baixinho, C.L. (2016). *Terapêutica de Posição: um contributo para um cuidado de saúde seguro*. Loures: Lusodidacta, p.127-137.
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. 5ª ed. Lisboa: Edições 70.
- Fletcher AJ, Marchildon GP. (2014). Using the Delphi Method for qualitative, participatory action research in health leadership. *IJQM*, 13(1), 1-18. <https://doi.org/10.1177/160940691401300101>
- Källman, U., Bergstrand, S., Ek, A.-C., Engström, M., Lindberg, L.-G., & Lindgren, M. (2013). Different lying positions and their effects on tissue blood flow and skin temperature in older adult patients. *J Adv Nurs*, 69, 133-144. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.06000.x
- Moore, Z., Cowman, S., & Conroy, R. M. (2011). A randomized controlled clinical trial of repositioning, using the 30° tilt, for the prevention of pressure ulcers. *J Clin Nurs*, 20(17-18), 2633-2644. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03736.x. Epub 2011 Jun 27
- National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance (NPUAP, EPUAP & PPPIA). (2014). *Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide*. Perth: Cambridge Media.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Cuidados à Pessoa com alterações da Mobilidade – Posicionamentos, transferências e treino de deambulação. Guia Orientador da Prática. *Cadernos OE*, Série 1, n.º7.
- Pickenbrock, H. M., Zapf, A., & Dressler, D. (2015). Effects of therapeutic positioning on vital parameters in patients with central neurological disorders: a randomised controlled trial. *J Clin Nurs*, 24, 3681-3690. doi:10.1111/jocn.12990

- Pickenbrock, H., Ludwig, V. U., & Zapf, A. (2017). Support pressure distribution for positioning in neutral versus conventional positioning in the prevention of decubitus ulcers: a pilot study in healthy participants. *BMC nurs*, 16, 60. <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0253-z>
- Presado, M. H. Marques, F. M., Baixinho C. L., Cardoso, M. (2015). Lesões músculo-esqueléticas nos enfermeiros especialistas em saúde maternal: autopercepção dos fatores de risco. In: Costa *et al. Atas do 4º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa e do 6º Simpósio Internacional de Educação e Comunicação: Investigação Qualitativa na saúde*, vol 1., pp.193-98.
- Santos, L. L., Ferreira, O., & Baixinho, C. L. (2017). History of therapeutic positioning in nursing care in Portugal (century XIV-XIX). *Hist enferm Rev eletrônica*, 8 (1), 27-35.
- Santos, L. L., Ferreira, O., & Baixinho, C. L. (2019). From the positioning task to the position therapy, a change announced by the history (1900-1953). *Hist enferm Rev eletrônica*, 10(1), 21-30.
- Schutt, S. C., Tarver, C., & Pezzani, M. (2018). Pilot study: Assessing the effect of continual position monitoring technology on compliance with patient turning protocols. *Nurs Open*, 5, 21-28. doi: <https://doi.org/10.1002/nop2.105>
- Silva, R. F., & Nascimento, M. A. (2012). Mobilização terapêutica como cuidado de enfermagem: evidência surgida da prática. *Rev Esc Enferm USP*, 46(2), 413-419. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000200020>
- Spruce, L., & Van Wicklin, S.A. (2014). Back to Basics: Positioning the Patient. *AORN Journal*, 100, 298-305. doi:10.1016/j.aorn.2014.06.004
- Swann J. (2019). Good positioning: the importance of posture. *Nurs Res Care*, 11(9), 467-9.
- Waltz, C., Strickland, O., & Lenz, E. (2016). *Measurement in Nursing and Health Research* (5th. Ed.). New York: Springer Publishing Company.

O AGEÍSMO NOS CUIDADOS DE SAÚDE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Sheyla Fernandes¹, Nycolas Emanuel Tavares de Lira² e Alanda Maria Ferro³

^{1,2,3}Universidade Federal de Alagoas, Brasil. sheyla.fernandes@ip.ufal.br, nycolas.tavares@hotmail.com
maria@outlook.com

Resumo. Em meio ao crescente envelhecimento natural da população mundial e a falta de distinção entre o processo natural e o patológico do envelhecer surge o ageísmo. O objetivo deste estudo é analisar a expressão do ageísmo nos cuidados em saúde, bem como vem sendo investigado pela literatura e seu desfecho para a saúde do idoso. Os dados foram buscados nas bases: Scielo, Lilacs, PsycINFO, Scopus, Web of Science e Pubmed com a chave de busca: “ageismo AND idoso AND Assistência à saúde” e “ageism AND aged AND healthcare”. De 342 artigos, 64 foram selecionados, sendo extraídas as introduções e conclusões dos estudos e criados dois *corpus* textuais, analisados pela Classificação Hierárquica Descendente (CHD) do *software* Iramuteq. O primeiro *corpus* indicou 2 classes, a primeira ligada ao conceito de ageísmo e ocorrência no ambiente de saúde. A segunda, relacionou-se com as formas de investigação desse preconceito. O segundo *corpus* também resultou em duas, a primeira relacionada às sugestões para novos estudos, a segunda apresentou os aspectos negativos. Diante do exposto, é evidente a presença do ageísmo e suas consequências à saúde dos idosos. Por fim, os estudos apontam estratégias educacionais sobre o ageísmo e envelhecimento como forma de combater esse preconceito.

Palavras-chave: Ageísmo; Assistência à Saúde; Envelhecimento; Idoso; Preconceito.

AGEISM IN HEALTH CARE: A SYSTEMATIC REVIEW

Abstract. Amidst the growing natural aging the world population and the lack of distinction between the natural and pathological processes of aging, ageism arises. The aim this study is to analyze the expression of ageism in health care, as well as being investigated in the literature and its outcome for health of the elderly. The data were searched in the bases: Scielo, Lilacs, PsycINFO, Scopus, Web of Science and Pubmed with the search key: “ageism AND aged AND healthcare” and “ageism AND aged AND healthcare”. Of 342 articles, 64 were selected, the introductions and conclusions the studies were extracted and two textual *corpus* were created, analyzed by the Descending Hierarchical Classification (CHD) of the Iramuteq software. The corpus indicated 2 classes, the first linked to the concept ageism and occurrence in the health environment. The second was related to the forms of investigation of this prejudice. The second corpus also resulted in two, the first related to suggestions for further studies, the second presented the negative aspects. Given the above, the presence ageism and its consequences for the health of the elderly is evident. Finally, studies point to educational strategies on ageism and aging as a way to combat this prejudice.

Keywords: Ageism; Health Care; Aging; Old Man; Preconception.

1. INTRODUÇÃO

O século XXI é marcado por um fenômeno a nível mundial: o envelhecimento da sociedade, em especial, do público feminino (Sousa *et al.*, 2018). No Brasil, essa mudança sociodemográfica mostrou uma singularidade, haja vista que, diferente de outros países, ocorreu de forma acelerada em curto espaço de tempo. Nesse sentido, a população

brasileira deverá atingir, em 2030, o quantitativo de 41,5 milhões de pessoas com idade acima de 64 anos. Essa situação acarretou em novas demandas aos órgãos públicos, à sociedade e aos serviços de saúde. Envelhecer é um processo dinâmico, natural e inevitável, sendo influenciado por diferentes fatores ambientais, sociais e genéticos (Castro *et al.*, 2018).

O processo normal de envelhecimento é denominado senescência, sendo inerente à vida. O patológico é definido como senilidade, este envolve em menor ou maior grau a presença de doenças crônicas (Oliveira & Corradi, 2018). Apesar dessa ambivalência, é comum uma homogeneização do contingente sênior como portador de doenças crônicas, incapacidades físicas e alterações cognitivas. Essa visão errônea da velhice e do velho são exemplificadas por crenças e comportamentos negativos. O preconceito e a discriminação de idade são inerentes às diferentes culturas, sociedades e tempo. No entanto, somente em 1969 o conceito de ageism (ageísmo) foi cunhado e descrito, por Robert N. Butler, psiquiatra e gerontologista, como um processo de discriminação e de estereótipos de idade (Butler, 1969). Nos dias atuais, decorrente do aumento do número de idosos e da necessidade de compreender o envelhecimento como fenômeno social, pesquisas sobre o ageísmo são pertinentes, no entanto, estudos investigando essa temática ainda são escassos, quando comparados ao racismo e sexismo. Consoante Butler (2008), o ageísmo ocorre em três principais contextos: meio social, local de trabalho e no sistema de saúde.

O presente estudo tem como foco a presença do ageísmo nos ambientes de saúde, principalmente no momento da assistência à saúde. A relação entre ageísmo e saúde evidenciando sua influência negativa em várias facetas do tratamento prestado, desempenho físico, cognitivo, participação social e como variável preditora de doenças na população idosa, encontra-se bem estabelecida na literatura, sendo sustentada por estudos experimentais, longitudinais e meta-análises (Rucker *et al.*, 2018). Nessa perspectiva, o cuidado com o paciente idoso deve ser efetuado de forma integrada, acolhendo o idoso em todas as suas singularidades (Veras & Oliveira, 2018). Em contrapartida, o ageísmo é citado como um dos principais desafios enfrentados pela terceira idade na busca por atendimento (Walker, Dissanayaka, Scott, Manchha, & Pachana, 2019). A partir dessa problemática a seguinte questão de pesquisa emergiu: “Como o ageísmo se expressa e é investigado na assistência à saúde do idoso e quais os desfechos apresentados pela literatura?” Diante disso, o objetivo desse estudo é analisar a expressão do ageísmo nos cuidados em saúde, bem como vem sendo investigado pela literatura e seu desfecho para à saúde do idoso.

2. METODOLOGIA

O presente estudo trata de uma revisão sistemática de literatura realizada nas bases de dados: Scientific Electronic Library – SciELO, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS, PsycINFO, Pubmed Central, Web Of Science e Scopus. A busca nos periódicos abrangeu artigos em inglês e português, sendo selecionados artigos publicados no período de janeiro de 2010 a julho de 2019. No tocante ao foco dos estudos, pesquisas que investigassem a presença do ageísmo nos serviços de saúde, as atitudes dos profissionais e estudantes de saúde, as percepções dos idosos sobre os serviços prestados por profissionais de saúde. Foram incluídos artigos que utilizassem um dos seguintes termos: “discriminação de idade”, “preconceito etário”, “ageísmo”, “estereótipos de idade” e seus correspondentes em inglês “*ageism*”, “*ageist*”, “*old stereotypes*” nos seus títulos, resumos e/ou objetivos. Sendo excluídos estudos que apesar de terem como tema central o ageísmo, não tivessem como contexto a assistência à saúde da população idosa.

Os termos de busca foram estabelecidos conforme o objetivo e as questões norteadoras, sendo obtidos a partir de consulta aos Descritores de Ciências da Saúde (decs.bvs.br) os termos: “Ageísmo”, “Idoso” e “Assistência à saúde” e seus correspondentes em inglês “*Ageism*”, “*Aged*” e “*Healthcare*”.

A busca nas bases de dados foi realizada em agosto de 2019. Sendo realizada por 2 pesquisadores, e um 3 analisou os artigos divergentes. Foram agrupando os termos com operadores booleanos conforme a chave de busca: (Ageísmo AND idoso AND assistência à saúde) e (Ageism AND Aged AND Healthcare). A seleção dos artigos seguiu as recomendações conforme descritas no checklist Preferred Reporting items for Systematic Reviews and Meta-Analyses – PRISMA que segundo Galvão, Pansani e Harrad (2015) e Moher *et al.* (2015) que compreende as etapas de identificação do material nas bases de dados, seleção, elegibilidade e Inclusão, como descrito na Figura 1. Inicialmente, foi encontrado um total de 342 artigos. Seguindo com o processo de seleção, foram excluídos os repetidos (n=43) entre as bases de dados. Realizada essa etapa, seguiu-se com a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, sendo eliminados após a leitura dos títulos (n=141) e resumos (n=57), respectivamente. Após a triagem para leitura dos artigos na íntegra, mais 39 estudos foram excluídos por não se adequarem aos critérios. Por fim, 64 estudos constituíram o banco de dados final para análise (Figura1).

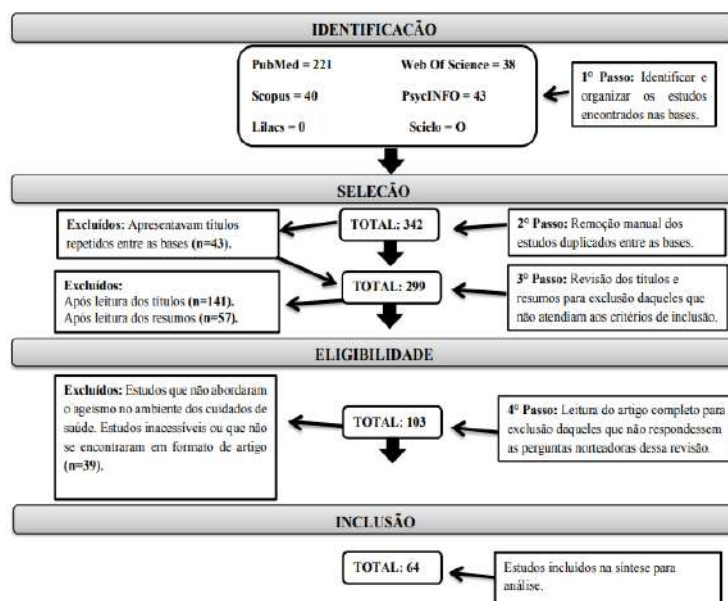


Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos artigos adaptado do PRISMA.

3. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Finalizado o processo de seleção dos artigos, foi realizada a organização do banco de dados em dois *corpus* textuais monotemáticos. Para criação do primeiro *corpus* foram extraídos dos artigos as introduções e objetivos. Em estudos teóricos foi considerado como introdução todo o texto até o tópico considerações finais ou conclusão.

O segundo, foi composto pelas conclusões ou considerações finais dos estudos. Posteriormente a criação de ambos os *corpus*, seguiu-se com um processamento textual dos dados, pelo *Iramuteq* (*Software Interface de R Analyzes Multidimensionais de Textos e Questionários*) versão 0,7 alpha 2. Consiste em um software gratuito, de fácil acesso, disponível em vários idiomas, utilizado em diferentes pesquisas qualitativas e possibilita a realização de análises textuais básicas e multivariadas, como a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e similitude (Camargo & Justo, 2013).

Arelado a isso, a utilização desse software vem crescendo no Brasil, nos últimos anos, devido às possibilidades da realização de diferentes tipos de análises lexicais, por possuir um rigor estatístico e com isso permitir a realização de análises mais consistentes e fidedignas (Camargo & Justo, 2013).

Optou-se por analisar os dois arquivos textuais de forma individualizada, por intermédio da CHD. O referido método permite identificar a relação entre os vocabulários e seus contextos

lexicais, associado ao fato de identificar qual segmento de texto eles estão relacionados. Além disso, por meio de uma Análise Pós-Fatorial são apresentadas as palavras e variáveis relacionadas a cada uma das classes emergentes da CHD (Camargo & Justo, 2013). A análise da CHD de ambos os *corpus* resultou em uma retenção de segmentos de texto superior a 75% dessa forma garantindo o adequado processamento do arquivo textual (Camargo & Justo, 2013). A classe pode ser entendida como um aglomerado de palavras que compõem um segmento específico. Essas palavras possuem aproximação entre si, e a partir delas pontos chaves do texto podem ser identificados, além disso é possível compreender como esses termos se relacionam entre si (Camargo & Justo, 2013).

A partir da CHD, o software IRAMUTEQ cria um dendograma que representa a composição e quantitativo lexical de cada classe, bem com a relação entre elas (Camargo & Justo, 2013). No tocante a composição das classes, somente formas lexicais com frequência superior ao dobro da média de ocorrências associadas a um qui-quadrado (χ^2) com valores mais altos ($\chi^2 \geq 11,52$), ou seja, três vezes o valor mínimo de 3,84 foram selecionadas. Estando descritas no dendograma as palavras, χ^2 e sua frequência de ocorrência por segmento de texto. Estas especificações têm como perspectiva diminuir a margem de falha na associação de cada palavra ou vocábulo com sua classe correspondente.

4. RESULTADOS

Em relação ao quantitativo por ano, a análise temporal evidenciou uma baixa produtividade com formação de patamar entre o período de 2010 a 2012 (n:2), seguido de um crescimento ascendente entre 2012 a 2014 (n:9), após esse período o número de publicações se manteve estável com uma média 8,25 publicações entre o período de 2014 a 2017, retomando o crescimento em 2018 (n:16) que alcançou o maior índice nos últimos 10 anos. Uma das possíveis causas do decréscimo aparente no ano de 2019 (n:5) pode ser resultante da busca ter sido realizada até metade do ano em questão.

O *corpus* 1 “Aspectos teóricos e objetivos” apresentou 47.712 ocorrências com 5440 palavras distintas, alcançando uma média de 8,77 ocorrência por palavra e um aproveitamento de 86,82% (1192 segmentos de texto). A partir da análise pela CHD, emergiram 2 classes pelo *software* (Figura2).

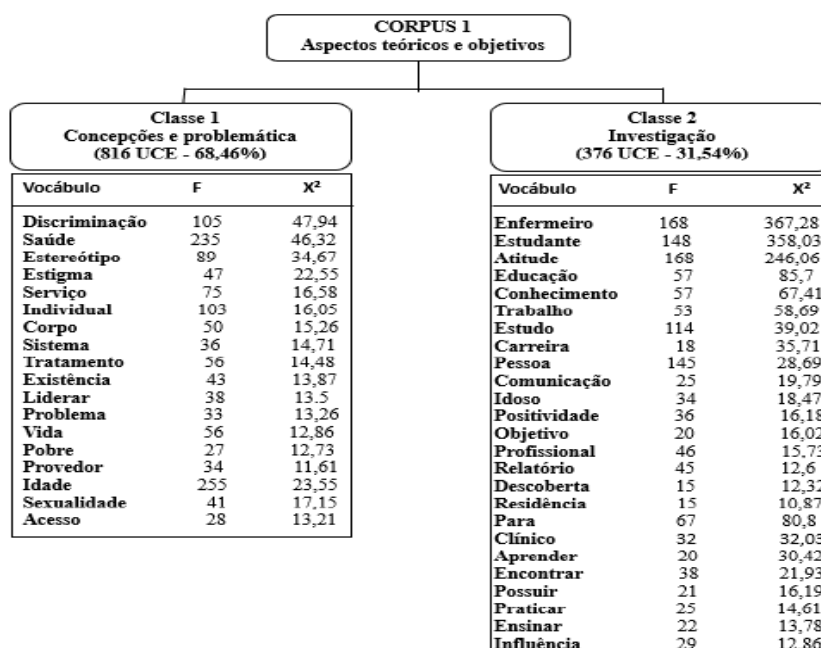


Figura 2. Dendrograma do *Corpus 1* - Aspectos teóricos e objetivos.

Classe 1 “Concepções e problemática” refere-se aos problemas de pesquisa e a conceitualização do ageísmo no âmbito da saúde. Resultou de um aproveitamento de 68,46% do *corpus* com 816 Unidades de contexto elementar (UCE,s). As palavras “Discriminação” “Saúde” “Estereótipo” e “Estigma” tiveram maior expressão. Como por exemplo, nos seguintes segmentos de texto: “Discriminação de idade positiva tem sido usada para resolver algumas desigualdades na saúde, mas a discriminação de idade negativa tem implicações na própria saúde” (Collier & Foster, 2013). “Ageísmo é um conceito multifatorial que envolve estereotipar idosos em relação a construções sociais que podem levar a estigma, preconceito e comportamento discriminatório” (Banister, 2018). A classe 2 “Investigação” relacionada principalmente com os objetivos dos estudos e o cenário de investigação, com um aproveitamento de 31,54%, os vocábulos com maior destaque foram “Enfermagem” “Estudantes” “Atitudes” e “Educação”. Além disso, os valores elevados do qui-quadrado evidenciaram uma forte associação entre as três primeiras palavras e a classe correspondente. A utilização dessas palavras se deu conforme os segmentos de texto a seguir: “Os estudantes de enfermagem atribuíam sua falta de interesse à natureza do trabalho a um medo de lidar com a morte, o sofrimento e dificuldades na comunicação com idosos” (Bahadir-Yilmaz, 2018). “Os enfermeiros tinham atitudes negativas em relação aos idosos, portanto, medidas devem ser tomadas para melhorar as atitudes dos

enfermeiros em relação aos cuidados com os idosos, especialmente em contextos educacionais em saúde” (Gholamzadeh, Khastavaneh, Khademian & Ghadakpour, 2018).

O *corpus* 2 “Aspectos conclusivos” com um aproveitamento de 96,38%, apresentou 2237 palavras, 1216 segmentos de texto, resultando em 44801 ocorrências, com uma média 20,02 ocorrências por palavra. Decorrente à análise da CHD pelo *software* emergiram duas classes (Figura 3).

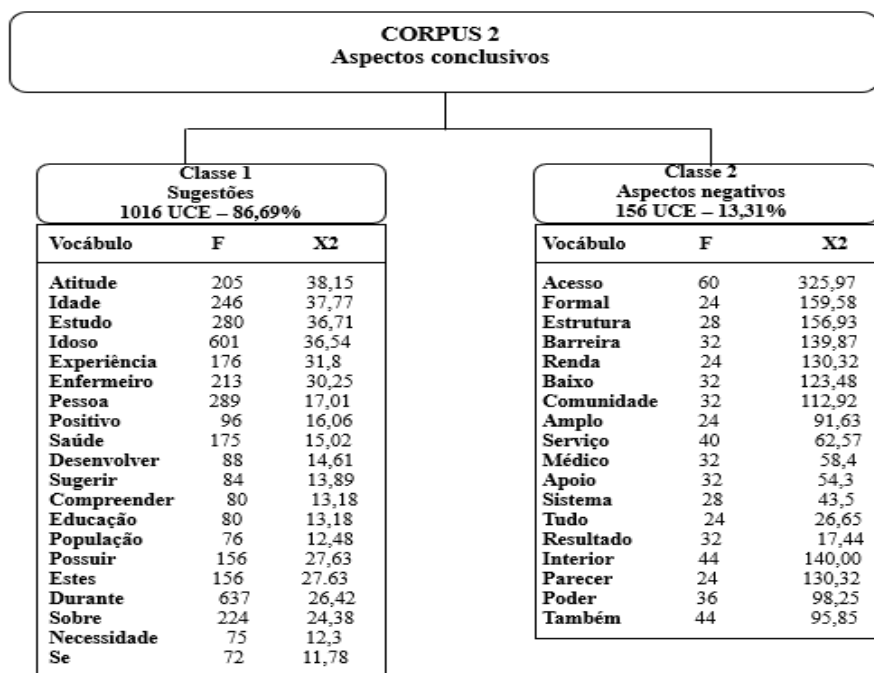


Figura 3. Dendrograma do *Corpus* 2 - Aspectos conclusivos.

Classe 1 “Sugestões” apresenta os resultados com sugestões para novos estudos e a importância do conhecimento e educação sobre o envelhecimento e ageísmo como forma de combater esse preconceito, obteve um aproveitamento de 86,69% e 1016 UCE, s com as seguintes palavras em evidência “Atitude”, “Idade”, “Estudo” e “Idoso”. Conforme exemplificado nos segmentos de texto a seguir: “é necessária pesquisa para examinar as atitudes que os estudantes de enfermagem têm em relação às pessoas idosas. Além disso, é importante determinar se as experiências de aprendizado clínico estão influenciando suas atitudes” Hovey, Dyck, Kim e Reese (2018). “entretanto, este estudo revelou que existe uma correlação entre os valores ocupacionais dos estudantes de enfermagem e suas atitudes em relação ao ageísmo” (Bahadir-Yilmaz, 2018). Classe 2 “Aspectos negativos” relacionado às consequências negativas e dificuldades de combater, obteve um aproveitamento de 13,31%, 156 UCE,s as palavras com maior expressão são “Acesso” “Formal” “Estrutura” “Barreira”.

As palavras são exemplificadas nos seguintes segmentos de texto: “No escopo de idosos frágeis que vivem na comunidade, este estudo destaca que apesar de todas as medidas políticas o acesso a um amplo espectro de serviços de assistência e apoio continua sendo um desafio” (Fret *et al.*, 2019). “Ainda, a necessidade de mais trabalho e – estruturas mais amplas e abordagens – é evidente, dada a dinâmica da mudança de idade” (North & Fiske, 2012).

5. DISCUSSÃO

Os aspectos teóricos e objetivos dos estudos apresentaram como os idosos são vítimas de discriminação em vários contextos socioculturais, resultante de atitudes negativas frente ao envelhecimento e a pessoa idosa, esse cenário favorece o surgimento do ageísmo. Esse tipo de preconceito ocorre de forma recorrente nos serviços de saúde, principalmente nos ambientes de cuidados médicos (Walker *et al.*, 2019). Em comparação com os outros tipos de preconceito o ageísmo é o menos estudado, socialmente aceito, de difícil investigação e camuflado por atitudes pseudo-positivas, em diversas cenários (França, Siqueira-Brito, Valentin, Vasques-Menezes, & Torres, 2017).

Dentre os vocábulos a palavra “serviço” compreende o ambiente dos cuidados de saúde. Nessa perspectiva, Başer e Cingil (2018) classificam os serviços de saúde voltados aos idosos em três categorias: atendimento institucional, domiciliar e cuidados diários. A palavra “acesso” remete a porta de entrada, acolhimento e localização. Fret *et al.*, (2019) referem-se a acesso como um elo entre o paciente e o sistema de saúde, sendo formado por cinco dimensões (acessibilidade, disponibilidade, acessibilidade geográfica, acomodação e aceitabilidade), atrelado a isso investigou a presença de barreiras que os idosos vivenciam no momento da procura para ter acesso aos serviços formais de saúde.

Nesse sentido, é necessário compreender as possíveis transformações necessárias nos serviços de saúde para promover um acesso igualitário aos idosos de diferentes regiões aos cuidados de saúde (Błachnio & Buliński, 2019). Nesse contexto, idosos portadores de doenças, como HIV e o Câncer, relataram mais experiências com o estigma social. Atrelado a isso, podem ser alvos de uma dupla estigmatização ou duplo risco (ageísmo e ao preconceito pela doença) (Schroyen *et al.*, 2017). Ainda nesse sentido, resultados empíricos relacionam o ageísmo a presença de doenças crônicas, ou seja, o processo de senilidade (Demarco *et al.*, 2016). A palavra “sexualidade” apresentou nos estudos problematização em diversos aspectos: Invisibilidade nas campanhas de prevenção e promoção sobre saúde

sexual, discriminação por orientação sexual no ambiente de saúde e abuso sexual (Gewirtz-Meydan & Ayalon, 2017). Já a palavra “estudante” teve relação direta com o público mais investigado nos artigos, alcançando o total de 25 artigos desta revisão, sendo 18 com acadêmicos de enfermagem, 5 de medicina e 2 de odontologia. Os acadêmicos de enfermagem apresentaram baixo conhecimento sobre o processo de envelhecimento e não possuem interesse em trabalhar com os idosos (Gholamzadeh *et al.*, 2018). A “atitude” foi a variável comportamental mais estudada, estando presente nos objetivos de 30 artigos desta revisão. Ela é formada por três componentes: cognitivo, afetivo e o comportamental, que se relaciona com as intenções, sendo formado pelos dois construtos anteriores. Uma prevalência de pesquisas estudando principalmente as atitudes tendenciosas relacionadas a idade, por intermédio de questionários, sem levar em consideração o ambiente de cuidados de saúde foi encontrada nesta revisão, somado a isso, poucos estudos investigam os comportamentos discriminatórios de idade, que representam outro componente do ageísmo (Ben-Harush *et al.*, 2017).

Já os aspectos conclusivos das pesquisas mostram, que apesar da existência de estudos avaliando as atitudes dos estudantes e profissionais de saúde no âmbito dos cuidados ao paciente idoso, os resultados encontrados são dicotômicos, divergindo na presença de atitudes negativas e positivas (Wilson, Kurrle & Wilson, 2018). Além disso, mais pesquisas são necessárias para comprovar se a mudança positiva nas atitudes tem influência nos comportamentos e consequente cuidado prestado aos idosos (Leung, Logiudice, Schwarz & Brandl, 2011). Polat *et al.*, (2014) apesar de identificar a presença de atitudes positivas em seu estudo, reforça a importância em se ter cautela na alocação de recursos em saúde não ser baseada por um viés de idade. Collier e Foster, (2013) identificaram a influência das crenças e valores no cuidado prestado ao idoso por profissionais de saúde. Samra *et al.*, (2015) apontam a existência de diferenças entre crenças e estereótipos sobre idosos hospitalizados e saudáveis, e, que os estudos com foco no idoso paciente ainda são escassos quando comparados a pesquisas com idosos fora do ambiente de saúde. Outro ponto, é a importância da instituição de estratégias educacionais na graduação e nos cursos de especializações, com aulas abordando o envelhecimento e o ageísmo com o objetivo de promover mudanças nas atitudes (Dobrowolska *et al.*, 2017).

Nessa perspectiva, Gholamzadeh *et al.*, (2018) identificaram que um único workshop sobre empatia foi capaz de modificar as atitudes dos acadêmicos de enfermagem sobre idosos. Nesse sentido, as experiências durante a graduação podem refletir de forma positiva e

negativa nos comportamentos e atitudes dos acadêmicos e profissionais de saúde, diante disso, é salutar um cuidado na forma que os alunos são expostos a ambientes teórico-práticos com os idosos (Banister, 2018). Durante a graduação, os estágios devem ser ambientes de novas experiências e servir de inspiração, resultando em um elo entre teoria e prática no âmbito do envelhecimento. A partir do exposto, uma melhora na conscientização sobre o ageísmo resultaria em uma melhor satisfação dos pacientes e melhores resultados clínicos, os pontos-chaves são educar a equipe de saúde e população sobre o fenômeno do envelhecimento e da existência desse preconceito (Karahana *et al.*, 2016). A presença do ageísmo no acesso aos cuidados de saúde apresentou-se como uma barreira a população idosa na busca por atendimento (Fret *et al.*, 2019). Segundo Schroyen *et al.*, (2017b), no momento da explicação do quadro clínico estudantes de medicina e médicos alteram sua fala o que reverbera na informação fornecida ao paciente sobre sua saúde, essa prática evidencia o preconceito durante a comunicação. Levy *et al.*, (2018), aponta outra faceta negativa desse preconceito no âmbito da saúde: o impacto financeiro. Idosos que são vítimas de ageísmo apresentam mais gastos com cuidados médicos e prevalência de doenças crônicas, segundo o referido autor. Diante disso, combater esse preconceito poderá trazer benefício econômico, com diminuição de gastos e otimização da renda familiar, associado a um impacto positivo na situação monetária do país.

6. CONCLUSÃO

A partir da utilização do *software iramuteq*, por intermédio da CHD, foi possível organizar os dados desta revisão sistemática de forma mais precisa, facilitando a interpretação e análise. Em síntese, essa revisão identificou a enfermagem como a área que mais realiza estudos sobre o ageísmo. Os estudantes alcançaram maior prevalência nas pesquisas em comparação aos profissionais, sendo a atitude o determinante comportamental mais investigado. Devido à relevância de estudar esse fenômeno, novas pesquisas que investiguem formas de enfrentamento desse preconceito pelos idosos. Bem como, a implementação e avaliação de estratégias educacionais para estudantes e profissionais de saúde sobre o preconceito de idade e o envelhecimento humano. Uma limitação deste estudo reside na limitação temporal estabelecida na busca, bem como de ter sido realizado até a metade do ano de 2019.

7. REFERÊNCIAS

- Ahmadi, P., Alavi, N. M., Gilasi, H. R., Safa, A., & Aghajani, M. (2019). Developing a Tool for Evaluating Ageism in Nursing Care of Older People in Kashan/Iran. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 34(1), 25–33. <https://doi.org/10.1007/s10823-019-09364-w>
- Bahadir-Yilmaz, E. (2018). The relationship between nursing students' professional values and their attitudes towards the elderly people: A cross-sectional study. *Nurse education today*, 70, 8-12. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.08.007>
- Banister, C. (2018). The effect of ageism on older people and implications for nursing practice. *Nursing Older People*, 30(5), 34–37. <https://doi.org/10.7748/nop.2018.e1056>
- Başer, G., & Cingil, D. (2018). Attitudes toward the older persons and ageism attitudes of healthcare assistants working in nursing homes. *Türk Geriatri Dergisi*, 21(3), 446–455. <https://doi.org/10.31086/tjgeri.2018344060>
- Ben-Harush, A., Shiovitz-Ezra, S., Doron, I., Alon, S., Leibovitz, A., Golander, H., Haron, Y., & Ayalon, L. (2017). Ageism among physicians, nurses, and social workers: findings from a qualitative study. *European Journal of Ageing*, 14(1), 39–48. <https://doi.org/10.1007/s10433-016-0389-9>
- Blachnio, A., & Buliński, L. (2019). Wellbeing and older adults in primary health care in Poland. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 26(1), 55–61. <https://doi.org/10.26444/aaem/85711>
- Butler, R. N. (1969). Age-ism: another form of bigotry. *Gerontologist*, 9(4), 243–246.
- Butler, R.N. (2008). *A Revolução da Longevidade: Os Benefícios e Desafios de Viver uma Vida Longa*. Nova York: PublicAffairs.
- Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2013). IRAMUTEQ: Um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas Em Psicologia*, 21(2), 513–518. <https://doi.org/10.9788/tp2013.2-16>
- Castro, A. P. R. de, Vidal, E. C. F., Saraiva, A. R. B., Arnaldo, S. de M., Borges, A. M. M., & Almeida, M. I. de. (2018). Promoção da saúde da pessoa idosa: ações realizadas na atenção primária à saúde. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. (Online)*, 21(2), 155–163. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232018000200155
- Collier, E., & Foster, C. (2013). Teaching age and discrimination: a life course perspective. *Nurse Education in Practice*, 14(4), 333–337. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2013.12.001>
- Demarco, R. F., Brennan-Ing, M., Sprague, C., & Brown, S. M. (2016). Ageism, Aging and HIV: Community Responses to Prevention, Treatment, Care and Support. *Interdisciplinary Topics in Gerontology and Geriatrics*, 42, 234–239. <https://doi.org/10.1159/000448567>
- Dobrowolska, B., Jędrzejkiewicz, B., Pilewska-Kozak, A., Zarzycka, D., Ślusarska, B., Deluga, A., Kościółek, A., & Palese, A. (2017). Age discrimination in healthcare institutions perceived by seniors and students. *Nursing Ethics*, 26(2), 443–459. <https://doi.org/10.1177/0969733017718392>
- França, L. H. de F. P., Siqueira-Brito, A. da R., Valentin, F., Vasques-Menezes, O., & Torres, C. V. (2017). Ageismo no contexto organizacional: a percepção de trabalhadores brasileiros. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, 20(6), 765–777.
- Fret, B., De Donder, L., Lambotte, D., Dury, S., Van der Elst, M., De Witte, N., Switers, L., Hoens, S., Van Regenmortel, S., & Verté, D. (2019). Access to care of frail community-dwelling older adults in Belgium: a qualitative study. *Primary Health Care Research & Development*, 20. <https://doi.org/10.1017/s1463423619000100>
- Galvão, T. F., Pansani, T. de S. A., & Harrad, D. (2015). Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24(2), 335–342. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742015000200017>
- Gewirtz-Meydan, A., & Ayalon, L. (2017). Physicians' response to sexual dysfunction presented by a younger vs. An older adult. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(12), 1476–1483.

<https://doi.org/10.1002/gps.4638>

- Gholamzadeh, S., Khastavaneh, M., Khademian, Z., & Ghadakpour, S. (2018). The effects of empathy skills training on nursing students' empathy and attitudes toward elderly people. *BMC Medical Education*, 18(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1297-9>
- Hovey, S. L., Dyck, M. J., Kim, M. J., & Reese, C. (2018). The effect of first clinical assignments on prelicensure nursing students' attitudes toward older people: An observational study. *Contemporary Nurse*, 54(2), 139–149. <https://doi.org/10.1080/10376178.2018.1459759>
- Karahan, F. S., Hamarta, E., & Karahan, A. Y. (2016). An anthropological contribution about ageism: Attitudes of elder care and nursing students in Turkey towards ageism. *Studies on Ethno-Medicine*, 10(1), 59–64. <https://doi.org/10.1080/09735070.2016.11905472>
- Leung, S., Logiudice, D., Schwarz, J., & Brand, C. (2011). Hospital doctors' attitudes towards older people. *Internal Medicine Journal*, 41(4), 308–314. <https://doi.org/10.1111/j.1445-5994.2009.02140.x>
- LEVY, B. R., Slade, M.D., Chang, E.S., Kanno, S., Wang, S.Y. (2020). Ageism Amplifies Cost and Prevalence of Health Conditions. *The Gerontologist*. 60 (1): 174-181. doi: 10.1093 / geront / gny131.
- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., Shekelle, P., Stewart, L., & PRISMA-P. (2015). Evaluation of ASTM Standard Test Method E 2177, 6 Retroreflectivity of Pavement Markings in a Condition of 7 Wetness. *Systematic Reviews*, January, 1–9. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-4-1>
- North, M. S., & Fiske, S. T. (2012). An inconvenienced youth? Ageism and its potential intergenerational roots. *Psychological Bulletin*, 138(5), 982–997. <https://doi.org/10.1037/a0027843>
- Oliveira, H. S. B. de, & Corradi, M. L. G. (2018). Aspectos farmacológicos do idoso: uma revisão integrativa de literatura. *Revista de Medicina*, 97(2), 165. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v97i2p165-176>
- Potter, G., Clarke, T., Hackett, S., & Little, M. (2013). Nursing students and geriatric care: The influence of specific knowledge on evolving values, attitudes, and actions. *Nurse Education in Practice*, 13(5), 449–453. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2013.02.007>
- Polat, U., Karadag, A., Demir, N. (2014). Nurses' and physicians' perceptions of older people and attitudes towards older people: Ageism in a hospital in Turkey. *Contemp Nurse*. 48(1):88-97. doi: 10.5172/conu.2014.48.1.88.
- Rucker, R., Barlow, P. B., Hartshorn, J., Kaufman, L., Smith, B., Kossioni, A., & Marchini, L. (2018). Dual institution validation of an ageism scale for dental students. *Special Care in Dentistry*, 39(1), 28–33. <https://doi.org/10.1111/scd.12341>
- Samra, R., Griffiths, A., Cox T., Conroy, S., Gordon, A., Gladman, J.R. (2015). Medical students' and doctors' attitudes towards older patients and their care in hospital settings: A conceptualisation. *Age and Ageing*, v. 44, n. 5, p. 776–783. <https://doi.org/10.1093/ageing/afv082>
- Sousa, D., de Jesus, F., Takase Gonçalves, L. H., Paskulin, M., Girard, L., & Antar Gamba, M. (2018). SOCIODEMOGRAPHIC PROFILE AND SOCIAL SUPPORT OF ELDERLY PERSONS IN PRIMARY CARE. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, 12(4).
- Schroyen, S., Missotten, P., Jerusalem, G., Van den Akker, M., Buntinx, F., & Adam, S. (2017). Association between self-perception of aging, view of cancer and health of older patients in oncology: A one-year longitudinal study. *BMC Cancer*, 17(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12885-017-3607-8>
- Veras, R. P., & Oliveira, M. (2018). Aging in Brazil: The building of a healthcare model. *Ciencia e Saude Coletiva*, 23(6), 1929–1936. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>
- Walker, N., Dissanayaka, N. N., Scott, T., Manchha, A., & Pachana, N. A. (2019). Shaping attitudes: The association between prior contact with residential aged care and resistance to enter residential aged care. *International Journal of Older People Nursing*, April, 1–10. <https://doi.org/10.1111/opn.12268>
- Wilson, M. A. G., Kurrle, S. E., & Wilson, I. (2018). Understanding Australian medical student attitudes towards older people. *Australasian Journal on Ageing*, 37(2), 93–98. <https://doi.org/10.1111/ajag.12495>

PERCEPÇÃO DA ENFERMAGEM SOBRE A HIGIENE ORAL AO PACIENTE HOSPITALIZADO

Rodolfo de Oliveira Medeiros¹, Márcia Renata Rodrigues¹, Márcia Aparecida Padovan Otani¹
Elza de Fátima Ribeiro Higa¹

¹Faculdade de Medicina de Marília, Brasil. rodolfo.famema@hotmail.com; marcia.renatarodrigues@gmail.com
mpadovanotani@gmail.com; hirifael@gmail.com

Resumo. Objetivo: analisar a percepção, a importância e os fatores que interferem na higiene oral adequada ao paciente hospitalizado, na visão de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Método: Pesquisa de campo qualitativa, realizada em um hospital do centro-oeste paulista com 16 participantes. A coleta de dados foi por meio de entrevista semiestruturada com duas perguntas direcionadoras sobre a percepção, importância e fatores que interferem na realização desse cuidado. Os dados foram analisados por meio da Técnica de Análise de Conteúdo na modalidade temática. Resultados: da análise emergiram duas categorias temáticas: 1. Relevância da higiene oral - apontam a organização e rotina e os materiais utilizados nesse cuidado e 2. Fatores que interferem na realização da higiene oral – alegam prioritariamente, falta de material e de recursos humanos para realização da higiene oral. Conclusões: os profissionais reconhecem a importância da higiene oral para manutenção da saúde e apontam a precarização do trabalho da enfermagem.

Palavras-chave: Higiene Bucal; Integralidade em Saúde; Equipe de Enfermagem.

PERCEPTION OF NURSING ABOUT ORAL HYGIENE TO HOSPITALIZED PATIENTS

Abstract. Objective: to analyze the perception, importance and factors that interfere with adequate oral hygiene for hospitalized patients, in the view of nurses, technicians and nursing assistants. Method: Field and qualitative research, carried out in a hospital in the Midwest of São Paulo with 16 participants. Data collection was carried out through a semi-structured interview with two guiding questions about the perception, importance and factors that interfere with this care. The data were analyzed using the Content Analysis Technique in the thematic modality. Results: two thematic categories emerged from the analysis: 1. Relevance of oral hygiene - points out the organization and routine and the materials used in this care and 2. Factors that interfere in the performance of oral hygiene - they claim, primarily, lack of material and human resources to oral hygiene. Conclusions: professionals recognize the importance of oral hygiene for health maintenance and point out the precariousness of nursing work.

Keywords: Oral hygiene; Comprehensiveness in Health; Nursing Team.

1. INTRODUÇÃO

A higiene oral é um importante cuidado para a manutenção do conforto e integridade da mucosa da cavidade oral, além do controle de doenças bucais (MacNeill & Sorenson, 2009). Pessoas com saúde bucal fragilizada podem sofrer impactos em seu estado de saúde geral, além de aspectos psicossociais como baixa autoestima e aceitabilidade social (Jerreat, Youssouf, Barker, & Jagger, 2007).

Além de sua relevância no indivíduo saudável, práticas de higiene oral são de extrema importância no ambiente hospitalar. No indivíduo hospitalizado, cerca de 48 horas após sua

admissão, sua flora oral é substituída por alguns microrganismos com alto potencial de virulência (Estaji, Alinejad, Hassan, & Hackshani, 2015). A higiene oral inadequada pode resultar na formação de placas bacterianas, inflamação, dor e infecção (MacNeill & Sorenson, 2009). Diante deste panorama, por manter contato direto com os pacientes, a equipe de enfermagem tem importante papel na saúde bucal do indivíduo hospitalizado, seja de forma educativa ou na execução de técnicas de higiene oral. Ressalta-se que a maioria das pesquisas relacionadas à temática higiene oral são realizadas em Unidades de Terapia Intensiva, sendo relevantes estudos relacionados à higiene oral em unidades de clínica médica (Scalco, Fernandes, Scalco, Ribeiro, Shiguematsu, & Poleti, 2019; Teixeira, Santos, & Azambuja, 2019; Konuk, Aydin, Cangur, & Ayen, 2019).

Ao se observar a rotina dos cuidados de enfermagem e, mais especificamente, às práticas de higiene oral, nos deparamos com um cuidado fragmentado (Chaves, Mininel, Silva, Alves, Silva, & Camelo, 2017), evidenciando a pouca relevância dada pela equipe de enfermagem à esse aspecto como parte do cuidado integral. Diante do exposto e da compreensão do cuidado na perspectiva da integralidade, a relevância deste estudo se pauta na necessidade de compreender essa temática a partir da percepção dos profissionais de enfermagem, contribuindo, assim, para maior discussão e reflexão sobre a prática de enfermagem nos serviços hospitalares, além de estimular a busca de soluções para os fatores que dificultam esse cuidado. A pergunta que norteou essa pesquisa foi: Qual a importância da higiene oral como parte do cuidado integral ao indivíduo hospitalizado? Constituiu-se, portanto, como objetivo: Compreender a percepção, a importância e os fatores que interferem na higiene oral adequada ao paciente hospitalizado, na visão de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

2. MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de campo qualitativa. Para Minayo a pesquisa qualitativa permite que o pesquisador alcance elementos relevantes de uma determinada realidade: desejos, aspirações, valores, dentre outros, tendo em vista a compreensão do objeto investigado. Nesse sentido, busca nitidez no ordenamento, coordenação e análise dos dados de processos ou fenômenos orientados por uma teoria. Suas principais características são: eficiência para indicar demandas reais; compreensíveis e relacionar-se contemplativamente entre fenômenos, fatos e coisas da realidade. O preparo da teoria tem como finalidade conseguir a compreensão do grupo de pensadores em uma determinada direção (Minayo,

2016). A pesquisa foi realizada em três enfermarias de um hospital escola de uma cidade do oeste paulista, localizada a 450 km da capital. Essas enfermarias somam um total de 62 leitos operacionais. Para esta pesquisa, foram considerados participantes os profissionais de enfermagem, ou seja, Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, que atuavam nessas três enfermarias. A população do estudo foi composta por 16 profissionais de enfermagem, das diferentes categorias, assim distribuídos: sete auxiliares de enfermagem, seis técnicos e três enfermeiros. As entrevistas tiveram duração média de 10 minutos. Foram excluídos os profissionais que trabalhavam há menos de 6 meses nas enfermarias. A coleta de dados foi realizada no local de trabalho dos participantes, após contato prévio com os mesmos, por meio de entrevistas semiestruturadas. A entrevista semiestruturada é a técnica mais utilizada no processo de trabalho de campo (Minayo, 2013). O roteiro elaborado para entrevista contém dados sócio-demográficos e perguntas abertas com a finalidade de investigar a percepção que possuem sobre a importância da higiene oral e como realizam essa prática no paciente hospitalizado. As entrevistas foram gravadas e transcritas pelo próprio pesquisador objetivando assegurar o sigilo acordado. O período da coleta de dados foi entre os meses de abril e maio de 2018. A coleta de dados foi interrompida por meio da estratégia de saturação teórica, que cumpre a função operacional, que indica o momento do pesquisador parar a coleta de dados evitando custos e prolongamentos de tempo da pesquisa (Sousa, Erdmann, & Magalhães, 2016).

Dentre as várias modalidades de análise de conteúdo, optou-se pela técnica de Análise de Conteúdo na modalidade Temática, constituída pelas fases Pré análise, Exploração do material e Interpretação dos resultados (Bardin, 2012). Na primeira fase é realizada leitura exaustiva dos dados obtidos, com a finalidade de aprofundar o conteúdo, elaborar pressupostos para sustentação da análise e a interpretação do material. As ideias iniciais organizam um plano de análise, a partir de pressupostos, da leitura flutuante, tendo em vista os objetivos a serem alcançados, constituindo-se um corpus de análise (Bardin, 2012). Na fase de Exploração do material é realizada a categorização dos dados, recortando no texto as unidades de registro, que podem ser palavras, frases, expressões significativas, personagem, temas considerados relevantes para o pesquisador, a partir das unidades de registro e de contexto. Em seguida, a codificação das unidades de registro, a classificação e a organização dos dados, delimitando as categorias teóricas ou empíricas a serem utilizadas (Bardin, 2012). A exploração do material visa alcançar o núcleo de compreensão do texto. Os núcleos de núcleos de sentidos são alinhados aos objetivos da pesquisa. As categorias

temáticas são estruturadas segundo os critérios: 1- exaustão, estas devem conter todo material; 2- Representatividade, a porção analisada necessita ser representativa da natureza da pesquisa; 3- exclusão mútua, cada tema não pode existir em mais de uma categoria; 4- homogeneidade, organiza-se, num mesmo conjunto categorial; 5- pertinência, dados pertencentes ao quadro teórico; 6- objetividade e 7- fidedignidade para que não sobreponha a subjetividade do pesquisador; 8- Concretude, não serem expressas de forma abstrata que podem sugerir muitos significados, e 9- produtividade, ao proporcionar resultados relevantes (Minayo, 2013, Bardin, 2012).

Na última fase, interpretativa, ocorre a análise aprofundada sobre os dados obtidos, que são relacionados aos significantes e aos significados das mensagens. A interpretação surge da articulação entre a fundamentação temática e teórica metodológica, das perguntas da pesquisa, dos resultados obtidos e do objetivo a ser alcançado (Minayo, 2013, Bardin, 2012).

As entrevistas foram realizadas mediante a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, assegurando seus direitos e deveres, na qual deve ser submetida ao sistema do Conselho de Ética em Pesquisa (CEP). Após a autorização da Diretoria do Hospital onde foi realizado a pesquisa e a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, sob o número de parecer 2.517.992, e CAAE 79191317.5.0000.5413, a entrevista foi realizada mediante o fornecimento das informações referentes ao objetivo do estudo, a forma de participação e a livre opção da pessoa em participar ou não, sem qualquer prejuízo em seu trabalho e após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Desse modo, considerando os aspectos éticos os participantes foram assim identificados: letra E (Entrevista) seguida de número (1 a 16), indicando a ordem em que as entrevistas foram realizadas.

3. RESULTADOS

3.1 Dados dos participantes

A faixa etária dos entrevistados variou entre, 33 e 54 anos. O tempo de profissão foi de 1 a 25 anos e 14 do sexo feminino e dois masculinos, esse último dado corrobora a literatura no qual aponta para a predominância feminina da equipe de enfermagem.

3.2 Análise dos dados

Da análise dos dados obtidos emergiram duas categorias temáticas: 1. Relevância da higiene oral e 2. fatores que interferem para a realização da higiene.

3.2.1 Relevância da higiene oral

Ao abordarem a importância da higiene oral os participantes também acharam relevante falar toda sua rotina de trabalho, ao receberem Plantão:

Bom, a gente segue né, primeiro a rotina de controle, depois medicação, e depois começa os cuidados de higiene e conforto né, banho, higiene oral, troca (E1).

A rotina de trabalho do enfermeiro está relacionada a organização e distribuição de atividades da equipe de enfermagem, além de visita de enfermagem.

Eu chego, pego o plantão, depois eu vou organizar o plantão, vejo os funcionários, quem vai ficar na medicação, quem vai ficar nos cuidados, banhos, essas coisas, faço os pedidos de materiais necessários segundo uma escala que temos, depois eu vou priorizar o que eu tenho em relação a buscar paciente, e depois passo visita (E6).

Apontaram também a gravidade e idade dos pacientes e o grau de dependência como itens a serem priorizados na rotina de cuidado.

A gente costuma priorizar mesmo os idosos, por que por exemplo, a gente vai fazer uma higiene do couro cabeludo, geralmente eles não gostam de fazer muito tarde, por que em casa, tomam banho cedo. Então a gente quer ir neles primeiro (E4).

Quando conversado acerca da importância da higiene oral, todos concordam que tal prática é importante, mas admitem que não seja a prioridade.

Ah, [a higiene oral] dá uma sensação de bem estar, é uma maneira do paciente se sentir limpo também. Infelizmente não é uma coisa que é feita regularmente. Infelizmente o pessoal não dá muita importância (E2).

Outros profissionais relataram que tal prática é importante na prevenção de doenças, como endocardite e pneumonia.

A higiene oral é muito importante mesmo, até por conta de proliferação de bactérias na cavidade oral, até nessa questão de secreção, pneumonia, a sujeira nessa área aí pode acarretar (E9).

Em relação à técnica de higiene oral, percebe-se que os pacientes em ventilação mecânica possuem prioridade no momento dos cuidados de higiene oral.

Bom, o paciente entubado é a gente que realiza mesmo né. O paciente parcialmente dependente, depende do grau de dependência do paciente né (E1).

É, na verdade eu vou ter que ser sincera, a orientação a gente não faz (E7).

Quanto aos materiais utilizados, obtivemos dois tipos, quando pertence ao paciente e quando é fornecido pelo hospital. A maioria dos participantes relataram usar antisséptico bucal e creme dental, além de usarem o aspirador em casos de pacientes em ventilação mecânica.

Nós usamos o enxaguante bucal, que a gente as vezes pede pra família tá trazendo, [...] que o paciente tiver costume de utilizar em casa, ou a pasta de dente. Nós utilizamos também a clorexedina aquosa diluída em um pouco de água (E9).

3.2.2 Fatores que interferem na realização da higiene oral

Para se compreender a percepção dos profissionais de enfermagem acerca dos fatores que interferem na realização do cuidado de higiene oral, foi necessário destacar os fatores que contribuem e os que prejudicam:

Quando tem material né, quando tem as coisas aí fica tudo mais fácil né, por que muitos não têm condição de comprar nada, nem uma escova, nem um antisséptico bucal, então o que auxilia é ter as coisas pra fazer a higiene oral né (E10).

Entre os fatores que prejudicam a execução da técnica, falta de funcionários é o relato mais evidenciado nas entrevistas.

Falta de funcionários, falta de mão de obra mesmo né, por que é muito mais fácil trabalhar com o número de funcionários completo né, que a assistência na verdade é muito melhor, não sobrecarrega o funcionário, o paciente sai ganhando, a gente consegue prestar uma assistência de qualidade(E1).

O número de funcionários né. Por que muitas vezes a gente trabalha com o número de funcionários reduzidos, aí a gente dá prioridade pro banho mesmo né, e certos cuidados acabam ficando pra trás e a desejar né (E2).

Outros profissionais relataram que a falta de supervisão interfere na não prestação do cuidado de higiene oral.

O que prejudica um pouco é a falta de fiscalização né (E8).

4. DISCUSSÃO

No ambiente hospitalar, embora a prática de higiene oral pertença à equipe de enfermagem, é frequentemente negligenciada (Noort, Witteman, Hartog, & Everaars, 2019), seja por falta de conhecimento acerca da importância do procedimento, ou por falta de cuidados de rotina que contemplem a higiene oral como procedimento padrão (Orlandini, 2012). Ficou evidente nas falas dos entrevistados, que a grande preocupação da equipe de enfermagem consiste em cumprir as escalas de trabalho, pautando-se ainda no modelo funcionalista, influenciados por Frederick W. Taylor (1856-1915), e Jules Henri Fayol (1841-1925), (Tsuji, & Aguilar-da-Silva, 2010). A rotina de cuidados de auxiliares e técnicos de enfermagem consiste em: verificação de parâmetros vitais, preparo e administração de medicamentos, cuidados de higiene e conforto, controle de ingestão e eliminações e coleta de material para exames (Souza, Santos, & Monteiro, 2013). Em relação à rotina dos enfermeiros, a mesma é dividida em atividades gerenciais, como passagem de plantão, controle da assiduidade dos funcionários e elaboração das escalas de serviços, atividades assistenciais, como visita de enfermagem, liderança e tomada de decisão (Lee, Noh, Han, & Jeon, 2019). Porém, devido à alta demanda do serviço de saúde, enfermeiros dedicam a maior parte do tempo a atividades gerenciais.

Referente às prioridades de cuidado estabelecidas pela equipe de enfermagem, banho, cuidados de higiene e mudança de decúbito são as mais valorizadas entre auxiliares e técnicos de enfermagem (Passos, 2011). Nos depoimentos dos entrevistados, é nítida a percepção de que o profissional da enfermagem se sente incomodado em ver o paciente com higiene deficitária em decorrência de eliminações fisiológicas, seja por questões de higiene, seja pela aparência. Entre os enfermeiros, as prioridades devem estar voltadas para o gerenciamento, planejamento e avaliação dos cuidados prestados por parte de sua equipe (Soares, Leal, & Resck, 2019). Partindo do pressuposto de que necessidades de saúde consiste em um conjunto de coisas indispensáveis à vida (Tsuji, & Aguilar-da-Silva, 2010), cuidados como higiene e conforto são indispensáveis à vida do ser humano.

Portanto, a falta da higiene oral favorece o aparecimento e desenvolvimento de bactérias na cavidade oral, aumentam as chances de exposição a comorbidades, como pneumonia, além de causar comprometimento do estado imunológico (Lee, Noh, Han, & Jeon, 2019). Desta forma, é possível compreender a importância da higiene oral como prática preventiva. No presente estudo, a disponibilização de materiais foi apontada como fator primordial para a

realização da técnica de higiene oral. Uma adequada gestão de materiais influencia diretamente no desempenho da organização em geral, proporcionando segurança no cuidado (Bogo, Bernardino, Castilho, & Cruz, 2015). A falta de funcionários, a falta de materiais adequados, o modelo de trabalho por divisão de tarefas, a limitada disponibilidade de produtos, a carga excessiva de trabalho de enfermagem atrelada a falta de tempo e a falta de uma rotina de cuidados relacionados a higiene oral baseado em evidências influenciam na não prestação de cuidados de enfermagem, em específico, higiene oral, além de outros importantes cuidados indispensáveis ao indivíduo hospitalizado, causando insatisfação do paciente (Noort, Witteman, Hartog, & Everaars, 2019), (Recio-Saucedo, Dall'Ora, Maruotti, Ball, Briggs, Meredith, Redfern, Kovacs, Prytherch, Smith, & Griffiths, 2018), (Coker, Ploeg, Kaasalainen, & Carter, 2017), Gibney, Wright, & Naganathan, 2019).

5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

As limitações do estudo incluem o fato das entrevistas terem sido realizadas no local e horário de trabalho, competindo com uma rotina já exaustiva e sobrecarregada e também a escassez de pesquisas sobre o tema com a mesma população alvo, o que limitou a comparação de resultados com outros estudos realizados

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na visão dos profissionais de enfermagem, a higiene oral é importante medida na promoção de conforto e bem-estar do paciente, ou na prevenção de doenças. Porém, apesar de ser considerada como um importante cuidado esta técnica não é priorizada entre os profissionais de enfermagem no momento da assistência ao paciente hospitalizado. É evidente que a falta de recursos materiais, atrelada ao número reduzido de funcionários, interferem de forma negativa na assistência ao paciente, além da sobrecarga de atividades e, conseqüentemente, desmotivação dos profissionais de enfermagem. O hospital possui um Procedimento Operacional (PO), porém, ele não é utilizado, além de estar desatualizado. Tal fato surge como um fator que prejudica a assistência da equipe de enfermagem, fazendo com que cada profissional realize a técnica de uma forma, sem um eixo a ser seguido. Além disso, a utilização de um PO serve como ferramenta para que a equipe possa se respaldar e se orientar. A partir desta pesquisa, sugere-se que o Procedimento Operacional Padrão (PO) de Higiene Oral da instituição seja atualizado, para que o mesmo venha ser utilizado e valorizado pelos funcionários da instituição.

Em um sistema hierarquizado e não-universal, a consciência técnica dos profissionais envolvidos no cuidado ao indivíduo hospitalizado deve estar alinhada às necessidades de saúde dos usuários dos serviços de saúde. Para tanto, os resultados do presente estudo ilustram a iminente necessidade de conscientização por parte dos gestores e profissionais de enfermagem acerca dos cuidados prestados ao indivíduo hospitalizado, além de ações de reflexão acerca do atual modelo assistencial, pautado na divisão por tarefas, contrapondo-se à ótica de cuidado integral, ressaltando a indispensável ótica biopsicossocial como eixo estruturante do cuidado, atrelado a ações de conscientização, para que esta técnica seja vista não como algo opcional, mas como parte relevante do cuidado.

7. REFERÊNCIAS

- Bardin L. (2012). *Análise de conteúdo*. São Paulo (SP): Almedina Brasil.
- Bogo, P. C., Bernardino, E., Castilho, V., & Cruz, E. D. A. (2015). The nurse in the management of materials in teaching hospitals. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(4), 629-635.
- Chaves, L. D. P., Mininel, V. A., Silva, J. A. M., Alves, L. R., Silva, M. F., & Camelo, S. H. H. (2017). Supervisão de enfermagem para a integralidade do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5), 1165-1170.
- Coker, E., Ploeg, J., Kaasalainen, S., & Carter, N. (2017). Nurse's oral hygiene care practices with hospitalized older adults in post acute settings. *International Journal of Older People Nursing*, 12, e12124.
- De Marco, A. A., Cardoso, C. G., De Marco, F. V. C., Melo Filho, A. B., Santamaria, M. P., & Jardini, M. A. M. (2013). Oral condition of critical patients and its correlation with ventilator associated pneumonia: a pilot study. *Revista de odontologia da UNESP*, 42(3), 182-187.
- Estaji, Z., Alinejad, M., Hassan Hackshani, M., & Rad, M. (2015). The comparison of Chlorhexidine solution and swab with toothbrush and toothpaste effect on preventing oral lesion in hospitalized patients in intensive care unit. *Global journal of Health Science*, 8(5), 211-216.
- Gaetti-Jardim, E. G., Setti, J. S., Chaede, M. F. M., & Mendonça, J. C. G. (2013). Atenção odontológica em pacientes hospitalizados: Revisão de literatura e proposta de protocolo de higiene oral, *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 11(35), 31-36.
- Gibney, J. M., Wright, F. A., & Naganathan, V. (2019). Improving the oral health folder people in hospital. *Australasian Journal on Ageing*, 38(1), 33-38.
- Jerreat, M., Youssof, N., Barker, C., & Jagger, D. C. (2007). Denture care of in-patients: the views of nursing staff and the development of an educational programme on denture care. *Journal of research in Nursing*, 12(2), 193-199.
- Konuk, D. S., Aydin, M., Cangur, S., & Guyen, E. (2019). The effect of oral care with chlorhexidine, vitamin E and honey on mucositis in pediatric intensive care patients. *Journal of Pediatric Nursing*, 45.
- Leal, L. A., Soares, M. I., Silva, B. R., Bernardes, A., & Camelo, S. H. H. (2018). Competências clínicas e gerais para enfermeiros hospitalares: visão de egressos de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(4), 1605-1612.
- Lee, Y. J., Noh, J., Han, S. Y., & Jeon, H. S. (2019). Oral health care provided by nurses for hospitalized patients in Korea. *International Journal of Dental Hygiene*, 17, 336-342.

- MacNeil, B. A., & Sorenson, H. M. (2009). Oral hygiene for the ventilated patient. *AARC Times Magazine*, 15.
- Minayo, M. C. S. (2013). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Minayo MCS. (2016). *O desafio da pesquisa social*. In: Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis (RJ): Vozes; p. 9-28.
- Noort, H. V., Witteman, B. J. M., Hertog, R. D., & Everaars, B. (2019). A context analysis on how oral care is delivered in hospitalized patients: a mixed-methods study. *Journal of Clinical Nursing*, 1-13.
- Orlandini, G. M. (2012). Conhecimento da equipe de enfermagem sobre higiene oral em pacientes criticamente enfermos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(3), 34-41.
- Passos, S. S. S. (2011). Cuidados de enfermagem ao paciente dependente e hospitalizado. *Revista de Enfermagem UFRJ*, 19(4), 598-603.
- Recio-Saucedo, A., Dall'Ora, C., Maruotti, A., Ball, J., Briggs, J., Meredith, P., Redfern, O. C., Kovacs, C., Prytherch, D., Smith, G. B., & Griffiths, P. (2018). What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of Literature. *Journal of Clinical Nursing*, 27(12), 2248-2259.
- Scalco, J. M., Fernandes, T. M. F., Scalco, V. F., Ribeiro, E., Shiguematsu, S. M., & Poleti, M. L. (2019). Analysis of preventative influence on a oral hygiene protocol on ventilator-associated pneumonia. *Journal of Health Sciences*, 21(3), 281-283.
- Soares, M.I., Camelo, S. H. H., Resck, Z. M. R., & Terra, F. S. (2016). Saberes gerenciais do enfermeiro no contexto hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(4), 676.
- Soares, M. I., Leal, M. A., Resck, M. R. M., Terra, F. S., Chaves, L. D. P., & Henriques, S. H. (2019). Competence-based performance evaluation in hospital nurses. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27:e3184.
- Souza, F. G. M., Erdmann, A. L., & Magalhães, A. L. P. (2016). *Contornos conceituais e estruturais da pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Moriá.
- Souza, M. F. G., Santos, A. D. B., & Monteiro, A. I. (2013). O processo de enfermagem na concepção de profissionais de enfermagem de um hospital de ensino. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(2), 167-173.
- Teixeira, K. C. F., Santos, L. M., & Azambuja, F. G. (2019). Análise da eficácia da higiene oral de pacientes internados em unidades de terapia intensiva de um hospital de alta complexidade no sul do Brasil. *Revista de Odontologia da Unesp*, 31(2), 134-144.
- Tsuji, H., & Aguilar-da-Silva, A. (2010). *Aprender e ensinar na escola vestida de branco: do modelo biomédico ao humanístico*. São Paulo: Phorte.

A ENTREVISTA EM GROUNDED THEORY: APRENDER COM OS PARTICIPANTES

Célia Simão de Oliveira¹, Rita Madeira Nogueira² e Idalina Delfina Gomes³

^{1 e 3} Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal. Doutora em Enfermagem. coliveira@esel.pt, igomes@esel.pt

² Hospital Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, E.P.E.R. Portugal. rita.n.madeira@azores.gov.pt

Resumo. Introdução Desenhar e realizar entrevista é um quase imperativo para quem se propõe investigar em paradigma interpretativo. Para que exista consistência e rigor metodológico num estudo, importa saber alinhar a técnica de recolha de dados com o método em uso, no caso a entrevista com a *Grounded Theory* (GT); Objetivos Justificar as características da entrevista em GT; realçar aspetos a preservar e erros a evitar nesta entrevista; dar contributos práticos para o desenho e realização de entrevista; Métodos Artigo metodológico que analisa e critica, fundamentadamente, um guião de entrevista e a forma como a mesma foi conduzida; Resultados Usar um guião de entrevista, mesmo que bem construído, pode ser difícil. O entrevistador, ao realizar a entrevistar, pode afastar-se dele e colocar outras questões que pela forma ou pelo conteúdo prejudicam a obtenção de dados relevantes em GT; Conclusões A técnica de recolha de dados precisa ajustar-se ao método de investigação adotado. Investigadores iniciados podem ter dificuldade em construir questões que: reflitam a influência do interacionismo simbólico; que suscitem as perspetivas e o sentido atribuído pelos participantes; que evidenciem as ações socialmente empreendidas e consequências percebida.

Palavras-chave: Enfermagem; Entrevista; *Grounded Theory*; Investigação; Métodos.

THE INTERVIEW IN GROUNDED THEORY: LEARNING FROM PARTICIPANTS

Abstract. Introduction Design and conduct interviews are, in general, imperative for those who investigate in an interpretative paradigm. Consistency and methodological rigor in these studies are result of an appropriate alignment of data collection technique with the used method, in this case, the interview and the grounded theory (GT); Goals Justify the major characteristics of interviews when information is analyzed by GT; highlight critical points to be preserved and errors to be avoided in interviews; make practical contributions to the design and conduct of the interview; Methods methodological article that analysis of interview script and how interview was conducted; Results Using an interview script, even if well-constructed, can be an hard task. When conducting the interview, the interviewer can move away from it and ask other questions that, due to the form or content, make it difficult to obtain relevant data in GT; Conclusions The data collection technique needs to be adjusted to the method adopted for analyzing the collected information. Some researchers, namely the less experience ones, may have difficulty in constructing questions that points out the influence of symbolic interactionism, highlight the participants' perspectives and meaning attributed to their responses as well as the actions socially undertaken and the perceived consequences.

Keywords: Grounded Theory; Interview; Methods; Nursing; Research.

1. INTRODUÇÃO

Na realização de investigação é fundamental, em função do objeto de estudo, realizar opções onto- epistemológicas que devem orientar as decisões metodológicas, pois a consistência da investigação depende desse alinhamento. Para tal deve recorrer à seleção de técnicas que permitam aceder e gerir dados em congruência não só com o que acredita ser a pessoa, o conhecimento e o acesso a ela, mas também em conformidade com os

princípios e as características do método que se propôs utilizar. Assim, desenhar e conduzir entrevista constitui um relevante objetivo e um quase imperativo para quem se propõe realizar investigação no paradigma interpretativo. A investigação neste paradigma tem por desígnio a compreensão situada de fenómenos, ou seja, conhecer tais fenómenos e aceder ao sentido e à intencionalidade que lhes são atribuídos pelos participantes no estudo (Willis, 2007). Uma vez que o conhecimento dos fenómenos humanos só fica completo quando se acede ao sentido que lhes é atribuído por quem os experimentou ou experimenta, então, os modos para conseguir dados sobre uma dimensão da experiência humana tão subjetiva, passam, necessariamente, pela obtenção do relato dessa experiência, na primeira pessoa. Isto concretiza-se, na maioria destes processos de investigação, no uso da entrevista enquanto técnica de recolha de dados.

Acreditamos que as técnicas servem o método: não se bastam ou esgotam em si mesmas. Possibilitam recolher dados, mas não o fazem de modo isento; as técnicas de recolha de dados são ferramentas que conforme o uso que lhes é dado, assim produzem dados distintos, com nuances particulares, podendo mesmo estimular ou refrear, valorizar ou ignorar, libertar ou condicionar o relato da experiência do participante sobre o fenómeno em estudo.

O alinhamento onto-epistemológico e metodológico é relevante e indispensável na construção do rigor ou qualidade no processo de investigação (Charmaz, 2014; Morse & Richards, 2002). Portanto, em investigação interpretativa, a seleção e uso das técnicas de recolha tem repercussão sobre a quantidade e qualidade ou relevância dos dados obtidos. Este facto é ainda ampliado pela circunstância da utilização dessas técnicas – no caso, a entrevista – ser mediada pela pessoa do investigador. Neste paradigma, o investigador é um instrumento “um veículo para obter dados e compreender a experiência do outro.” (Cuesta Benjumea, 2003, p. 5) e, daí que sua capacidade para o uso das técnicas seja relevante para o resultado da investigação. Mas, a mediação pelo investigador, começa antes do uso das técnicas. Os métodos qualitativos realçam o papel significativo do sujeito como investigador. Assumem que a entrevista pressupõe a mobilização de um quadro conceptual que não pode ser desenvolvido à margem do sujeito, desmistificando a ideia do observador neutro, objetivo e independente. Assim, o assumir da subjetividade exige a explicitação da posição do investigador e dos procedimentos, de modo a que possam ser submetidos à discussão crítica, o que concorre para a fiabilidade da Investigação (Gomes, 2009).

Em face do exposto, pretende-se evidenciar e fundamentar como a utilização da técnica de entrevista pode influenciar a obtenção de dados num estudo por *Grounded Theory* (GT).

2. OBJETIVOS

Pretendemos i) justificar as características da entrevista, quando utilizada no âmbito de um estudo de GT, em função dos propósitos e particularidades deste método de investigação; ii) explicitar aspetos a preservar e erros a evitar na entrevista em GT; e iii) dar contributos práticos para o desenho e realização de entrevista, mediante apresentação e comentários ao guião e excertos de entrevista realizada num estudo por GT.

3. MÉTODOS

Este artigo metodológico, tem por base uma revisão narrativa da literatura sobre objetivos e características da GT e as particularidades que uma entrevista, em GT, deve apresentar. Além disso, este artigo suporta-se na análise crítica e fundamentada de um exemplo de utilização de entrevista em GT – guião e excertos de verbatim – realizada por uma estudante no âmbito de uma disciplina do curso de doutoramento em Enfermagem. Assim, apresentar-se-á, resumidamente, o exercício realizado, do qual extraímos o exemplo que se analisa e critica. Mais concretamente, para aprender sobre a utilização da entrevista em GT, foi solicitado aos estudantes que projetassem um estudo que buscasse resposta pelo método da GT. Neste pressuposto, em torno de um tema problematizado, os estudantes definiram objetivos e formularam uma questão de investigação, justificaram a utilização de entrevista para recolher dados e os critérios para a seleção de participantes; desenharam a entrevista, angariaram um participante (por ser um exercício bastaria realizar uma entrevista), informaram e obtiveram consentimento para a sua participação (e para eventual divulgação), realizaram e gravaram entrevista e transcreveram-na. Posteriormente, analisaram, criticaram e fundamentaram o trabalho realizado.

Assim com base na informação recolhida da literatura e da análise crítica e fundamentada de um guião e dos resultados (excertos de verbatim) do exemplo de entrevista apresentado, justificam-se as características desejáveis duma entrevista cuja conteúdo foi pensado e será analisado com recurso a GT em função dos propósitos e particularidades exigíveis por este método. Procura-se ilustrar, com excertos da entrevista realizada, o que esteve ou não esteve alinhado com tais características desejadas bem como o que constituiu erro, a evitar.

4. RESULTADOS

4.1 A *Grounded Theory* como método de pesquisa em paradigma interpretativo.

A GT nasceu do trabalho de Strauss e Glaser em 1967 no campo da investigação sociológica. É um procedimento sistemático e qualitativo usado para gerar uma teoria indutiva baseada na análise sistemática dos dados obtidos em contextos naturais (Charmaz, 2014; Glaser & Strauss, 1967), para o estudo de fenómenos que sejam processos socialmente construídos. Aqueles autores construíram um método para aceder ao conhecimento, inspirado por outra visão do mundo, das pessoas e do conhecimento que não a positivista, e que permitia ao investigador gerar sistematicamente uma teoria substantiva fundamentada em dados empíricos (Charmaz, 2006; Strauss & Corbin, 2008), ou como refere Corbin citando Creswell (2013), “(...) os conceitos a partir dos quais a teoria é construída são derivados de dados coletados durante o processo de pesquisa e não escolhido antes do início da pesquisa” (Corbin, 2017, p. 301).

A *Grounded Theory* é, portanto: (i) um processo de desenvolvimento teórico que recorre à análise interpretativa e conceptualização dos dados e à articulação dos conceitos emergentes, em crescentes níveis de abstração, de modo a que (ii) uma teoria surja indutivamente, mantendo o enraizamento nesses dados sistematicamente recolhidos, de modo a obter-se uma versão da realidade (Oliveira, 2011, p. 49), realidade essa “que não pode ser verdadeiramente conhecida, mas é sempre interpretada” (Strauss & Corbin, 1990, p. 22), pelos participantes e pelo investigador.

O objetivo do investigador em GT é descrever e explicar a experiência do participante, mas também, conseguir captar o sentido que este lhe atribui e a intenção da sua ação nessa experiência, para aceder à compreensão do fenómeno em estudo. Então, entende-se que o investigador precise obter do participante um relato que para além de sequenciar condições e acontecimentos, os justifique, os articule, um relato que enuncie como o participante interpretou ou o sentido que lhe fez o vivido e como agiu. Assim, percebe-se quão determinante pode ser o meio e o modo como o investigador obtém tal relato. Em GT o investigador está frequentemente dependente daquilo que o participante lhe refere, da qualidade do relato que produz. Aceder a informação desta natureza e com tal nível e profundidade só se consegue através da técnica de entrevista, quando planeada e conduzida com elevado cuidado e atenção, dado que, “(...) na prática, nem o pesquisador

simplesmente faz perguntas, nem os informantes simplesmente as respondem, uma vez que perguntas e respostas estão ligadas ao seu mundo social.” (Cuesta Benjumea, 2003, p. 4). Não se trata de fazer umas perguntas e obter algumas respostas. Trata-se de fazer as melhores perguntas – e as melhores são as mais estimulantes e oportunas face ao curso do relato, as que ajudam a explorar a experiência e a aproveitar as dicas, as meias palavras do participante – para obter as melhores respostas – as que aprofundam a experiência, durante o relato, que informam sobre o propósito e o enredo de um acontecimento particular, as que revelam as circunstâncias específicas que ocasionaram ações e consequências concretas.

4.2 A Entrevista em Grounded Theory

A entrevista qualitativa pode ser definida como “uma entrevista, cujo objetivo é reunir descrições do mundo da vida do entrevistado no que diz respeito à interpretação do sentido dos fenômenos descritos” (Kvale, 1983, p. 174 citado por Opdenakker 2006). Nesta linha de ideias, destacamos as entrevistas que fazem sentido utilizar no âmbito da investigação interpretativa e mais concretamente em GT: a entrevista semiestruturada e a entrevista aberta ou em profundidade ou entrevista intensiva (Chamaz, 2006) ou ainda entrevista focada (Edwards & Holland, 2013), “entrevistas caracterizadas por níveis crescentes de flexibilidade e falta de estrutura.” (Edwards & Holland, 2013, p. 3). Contrariamente, em GT não é indicado recorrer a entrevista estruturada, pois neste caso, o guião a ser construído, previsivelmente, será resultante de ideias prévias do investigador sobre o fenómeno e isto contraria a natureza indutiva que gera a teoria fundamentada.

Recordemos que num estudo por GT, o investigador procura ativamente aceder à experiência do participante, mas também à intencionalidade da sua ação e ao sentido(s) que ele lhe atribui; à interpretação que faz do vivido. Este trabalho de acesso, de busca, de ajuda à explicitação é, afinal, um esforço de co-construção de sentido e é, ele próprio, uma construção social “(...) é a interação dos participantes na situação da entrevista – o pesquisador e o pesquisado – que cria conhecimento. Os dados (...) são considerados uma co-construção” (Edwards & Holland, 2013, p. 17).

Naturalmente, os princípios gerais duma entrevista, em investigação científica, devem ser mantidos.

Contudo, a entrevista em GT apresenta alguma característica particulares:

- Preparar a entrevista (desenhá-la) de modo a diferenciar questões a serem colocadas conforme o momento da entrevista e a confiança criada: Perguntas iniciais – pedem descrição; intermédias – detalham e aprofundam; e finais – procuram perceber a evolução, o impacto, procuram dar margem para algo esquecido ou que o entrevistado pretenda revisitar/aprofundar (Charmaz, 2006);
- O tipo de entrevista é variável ao longo do estudo – pode passar de entrevista semiestruturada a entrevista focada;
- É dinâmica ao longo do estudo: grau de teorização dos achados determina o conteúdo das entrevistas subsequentes, tendendo a ocorrer um “fechamento” progressivo (Wimpenny & Gass, 2000), o que obriga a mudar questões de entrevista ao longo do estudo;
- A entrevista pode ser informal (Wimpenny & Gass, 2000), geralmente associada ao uso de observação participante;
- As questões são “indiretas”, as questões nunca devem ser ‘a questão de investigação’ propriamente dita (Glaser, 1992 citado por Wimpenny & Gass, 2000);
- Procura-se a interpretação dos participantes sobre o processo social em estudo, o que requer:
 - Aceder ao sentido dado à ação
 - Aceder à leitura que o participante faz dos efeitos dessa ação
 - Aceder a como os resultados mudam, ao que mudou na ação ou nas circunstâncias/cenário da ação
 - Aceder ao *como*, ao *quando*, ao *quem*, ao *por que razão*... para ‘desocultar’ o processo subjacente ao fenómeno e estudo.

Face às características da GT e da sua entrevista, importa, ao desenhá-la e realizá-la, salvaguardar alguns aspetos, ora a serem a integrados ora a serem evitados:

- A integrar:
 - Ouvir! Ouvir, ouvir, mais do que falar;
 - Estar disponível para aprender com participante e demonstrá-lo!
 - Realizar questões claras em torno de apenas um foco;

- Realizar questões que pedem descrição de experiência concreta, pedem exemplos do experimentado;
 - Realizar questões que ajudam a perceber em que circunstâncias algo aconteceu, como aconteceu, e o que resultou;
 - Realizar questões que exploram ou aprofundam ideias e factos referidos;
 - Reformular questão que não esteja a resultar (cuidado, pois reformular não é perguntar coisa diferente);
- A evitar:
- Induzir a resposta;
 - Fazer questões duplas;
 - Interromper (cortar raciocínio);
 - Mudar de assunto sem dar atenção ao dito (Ignorar assunto de interesse para o participante);
 - Interrogar ou questionar “Porquê?”;
 - Perguntas de resposta fechada (induzem respostas pobres: “sim” ou “não”);
 - Mudar de assunto ou perder “pistas”;
 - Não pedir clarificação de resposta ambígua ou conceitos pouco claros (atenção à sua “agenda oculta” do investigador que o leva a presumir significados);
 - Corrigir ou dar opinião;
 - Silenciar o participante (pressa em acabar entrevista).

Entrevistar pode ser tão habitual que pode parecer fácil, mas não o é; é difícil, requerendo esforço e prática (Willis, 2007). Com tantos aspetos a considerar quer no desenho, quer na condução da entrevista, percebe-se porque o autor a reputa de difícil. Esta dificuldade é acrescida pelas múltiplas exigências a que o entrevistador precisa atender: i) requer profunda atenção ao curso da entrevista, à relação criada, à interação e ao conteúdo e forma de colocar as questões e aos conteúdos referidos, para não perder pistas, não validar expressões dadas por garantidas (as ‘meias palavras’, os termos ambíguos), não deixar ideias inconclusas; ii) requer flexibilidade, para possibilitar ao entrevistado ‘navegar’ na sua experiência, sem o apressar, silenciar, ou mostrar desinteresse.

4.3 Um exercício de entrevista em Grounded Theory

Apresentamos agora o exercício de aplicação – uma entrevista – que ilustra os princípios a respeitar e erros a evitar no desenho e realização de entrevista num projeto de estudo pelo método da GT, realizado com o propósito e condições anteriormente descritas. A questão de investigação formulada, neste projeto de estudo, foi: “Como decorre o processo da transição de saúde do imigrante em Portugal?” O objetivo geral do estudo foi: “Conhecer o processo da transição de saúde do imigrante em Portugal. O fenómeno em estudo era passível de ser estudado com o método de GT na medida em que se pretendia compreender e interpretar um processo social, neste caso a transição de saúde dos imigrantes, em Portugal. Os participantes seriam imigrantes em Portugal. A amostragem inicial seria por conveniência, considerando a experiência sobre o fenómeno e a disposição para participar e consentimento dado para tal. Este tipo de amostragem é utilizado no início do estudo GT para identificar o âmbito, os componentes principais e a trajetória de todo o processo (Bryant & Charmaz, 2007), dando posteriormente lugar à amostragem teórica que a GT requer. A técnica de colheita de dados utilizada foi a entrevista semiestruturada com um guião geral, de que se apresenta um extrato no Quadro 1. Como referido, a entrevista que aqui se analisa foi precedida de obtenção de consentimento informado e ocorreu em local, data e hora escolhidos pelo participante.

Constata-se que um dos princípios das colheitas de dados qualitativas – “(...) localizar participantes excelentes para obter excelentes dados” – foi cumprido, visto que o participante detinha as características indicadas por Bryant & Charmaz (2007) informante privilegiado: com vontade em participar; com tempo para partilhar a informação necessária; reflexivo, interessado e capaz de falar sobre a experiência. Contudo, o cumprimento deste princípio não é por si só indicador de uma boa entrevista, como se irá constatar seguidamente. Antes da colheita de dados, foi dada prioridade ao conforto do participante Charmaz (2014; foi reforçada a informação dada procurando-se criar clima de confiança. Foi realizada a formalização do consentimento já anteriormente referido.

Pretendeu-se através da entrevista de GT explorar questões implícitas sobre as condições (o quê, onde, por que), as estratégias (como, quando, que emoções, quem) e as consequências (resultados) do fenómeno (Strauss, A., & Cordin, J. 2008) – a transição de saúde do imigrante em Portugal.

Quadro 1. Guião da entrevista

<i>Perguntas Iniciais</i>	<i>Perguntas intermédias</i>
- Fale-me acerca da sua vinda para Portugal. - O que o levou a emigrar e a escolher esta região (Lisboa)? - E o que é que o ajudou a tomar esse passo... de vir estudar para cá? - ... isso ajudou? - Pode descrever a pessoa que era antes vir? - Como era a sua saúde?	- Como planeou a vinda para cá? - Como foi sair do país, do país onde nasceu? - Veio alguém consigo de S. Romão? - E em Lisboa, como foi a sua vida? - ... que mudanças ocorreram? - O que realçaria? - Como se sentiu nesse período de mudança para cá?
<i>Perguntas Finais</i>	
- Pode descrever a pessoa que é agora? - O que é que esta experiência mudou em si? - Nesta experiência de emigrar, recorda-se de algum outro aspeto que o marcou muito, de algum modo? - Quer dizer-me algo mais?	

A passagem da construção do guião à realização da entrevista apresentou algumas dificuldades, embora em muitos aspetos a entrevista tenha sido bem conduzida e sobretudo, muito bem analisada e criticada pela própria estudante, o que revelou uma notável capacidade de insight e aprendizagem. Assim, apesar de na construção do guião ter havido o cuidado de não introduzir nas perguntas as palavras “porquê” e “porque”, e a expressão “porque é que”, de forma a não intimidar o entrevistado e a evitar que se sentisse pressionado a justificar-se, nem estivessem previstas questões de resposta fechada, nem fosse intenção interromper a narrativa, constatou-se que durante a realização da entrevista algumas questões acabaram por ser colocadas, menos adequadamente, conforme se ilustra:

- “O que o levou a emigrar, principalmente para Portugal, e porque escolheu vir para Lisboa?”
- “Porque é que diz que estão melhor aqui que em São Romão?”;
- “Porque acha que isso acontece?”;
- “Porque é que gosta? (...) Porquê esse interesse?”.

Outro aspeto que se considera dever evitar são as perguntas que podem induzir a resposta do participante e, portanto, inibir ou alterar a expressão dos sentidos que atribui à sua experiência, e ainda, o existir mais do que um tópico numa mesma pergunta, como o que se sucedeu nas seguintes questões:

- “Quando voltou, já disse à sua família «Olhem, se calhar é de vez, vou ficar por lá.?”;

- “E a sua família não perguntou quando veio «Vais para ficar, quando é que voltas?» E eles não sentiram, não pressentiram?”;
- “E o que é que o ajudou a... ter coragem (...) de vir estudar primeiro e depois de vir novamente em 2006? (...) Porque não deve ser fácil, sair de casa, da terra que sempre conheceu, da vida... da natureza, das coisas que gostava, da família, (...) O que é que lhe deu força para realmente conseguir?”;
- “Quando saiu do seu país nessa altura, lembra-se o que é que pensou? «Olha, agora vou sair.» Lembra-se o que é que lhe passou na cabeça? «Vou desistir» ou... «Tem mesmo de ser.»?”.

Identificou-se também o recurso ao pedido de opinião do entrevistado, o que desloca o foco da sua experiência para a atuação de terceiros ou simplesmente para “fora” do que viveu, vive, sente, percebe, o que não é o pretendido. Tal aconteceu nas seguintes perguntas:

- “E acha que, por exemplo, nos serviços de saúde as pessoas estão informadas dos direitos dos migrantes?”;
- “Porque acha que isso acontece?”;
- “Acha que até poderia fazer parte do currículo do aluno?”.

Constatou-se, na condução da entrevista, o investigador mudar de assunto ou perder ‘pista’ deixada pelo participante, como na seguinte passagem, desaproveitando e não aprofundando conteúdo potencialmente relevante (deixando de explorar “o que foi complicado”):

- Participante – “(...) depois receitou-me vários medicamentos. Mas nessa altura, ainda recordei hoje, foi complicado... foi complicado. Fiquei para aí quase dois ou três meses com uma gripe muito forte...”
- Investigador – “E como foi em relação à sua religião?”.

Considera-se que estas dificuldades nas questões formuladas são passíveis de evitar com a prática de entrevistas e a autocrítica. Evitá-las é fundamental para que o investigador seja capaz de compreender a experiência a partir da visão dos participantes (Bryant & Charmaz, 2007; Charmaz, 2014).

5. CONCLUSÕES

A GT é um método de investigação absolutamente dependente dos dados recolhidos (e da interpretação sobre eles realizada). Será nesses dados que a teoria será fundamentada (GT). Deste modo, aceder aos melhores dados que permitirão trazer novidade ao conhecimento e compreender o fenómeno em estudo, dependerá do modo como se utilizam as ferramentas para tal recolha, nomeadamente, de como se desenha e conduz a entrevista aos participantes. Entrevistar para recolher dados, no âmbito da investigação por GT, pressupõe a conceção e a realização de “uma certa entrevista”, alicerçada nos propósitos e particularidades deste método, que permita chegar aos dados e manter os achados fundamentados nos mesmos (*grounded*). A entrevista, como qualquer outra técnica usada em investigação interpretativa, não é um fim em si mesma, é um meio para alcançar um fim – a obtenção de dados conformes e uteis ao método em uso. Identificaram-se aspetos que foram preservados no desenho da entrevista e equívocos ocorridos na sua condução. Contata-se que investigadores iniciados podem ter dificuldade em construir questões que: reflitam a influência do interacionismo simbólico; que suscitem as perspetivas e o sentido atribuído pelos participantes; que evidenciem as ações socialmente empreendidas e consequências percebidas. A bem da construção do rigor metodológico e no espírito da melhor prática de investigação, importa estar alerta e sensível para o modo como se usam as ferramentas no processo, e neste caso, como se pensa, desenha e realiza a entrevista num estudo (e uma teoria) que se pretende fundamentado nos dados ou seja, *grounded*.

6. REFERÊNCIAS

- Bryant, A. & Charmaz, K. (2007). The SAGE handbook of grounded theory. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore: SAGE Publications.
- Charmaz, K. (2014). Constructing grounded theory (2nd ed.). Los Angeles: SAGE Publications.
- Charmaz, Kathy (2006). Constructing grounded theory. A practical guide through qualitative analysis. London: SAGE Publications.
- Corbin, Juliet (2017). Grounded theory. The Journal of Positive Psychology, 12()3, 301-302, DOI: 10.1080/17439760.2016.1262614
- Cuesta Benjumea, C. (2003). El Investigador Como Instrumento Flexible de la Indagación. International Journal of Qualitative Methods, 2 (4), 25-38. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/160940690300200403>
- Edwards, Rosalind & Holland, Janet (2013). What is qualitative interviewing? London: Bloomsbury.
- Glaser, B. & Strauss, A. (1967). The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. Chicago/New York, Aldine de Gruyter.
- Gomes, I. D. (2009). Cuidado de si. A natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. Tese de doutoramento. Universidade Católica Portuguesa. Disponível em

<http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/3800/4/Tese%20PhD%20Enfermagem%20Idalina%20Gomes.pdf>

Oliveira, C. S. (2011). O cuidado confortador da pessoa idosa hospitalizada: Individualizar a intervenção conciliando tensões. Tese de doutoramento à Universidade de Lisboa. Disponível em <http://hdl.handle.net/10451/3815>

Opdenakker, Raymond (2006). Advantages and Disadvantages of Four Interview Techniques in Qualitative Research. *Forum: Qualitative Social Research*, 7(4), Art.11.
file:///C:/Users/35196/Downloads/Advantages_and_Disadvantages_of_Four_Interview_Tec.pdf

Morse, J. M., & Richards, L. (2002). *Readme first for a user' guide to qualitative methods*. Thousand Oaks: SAGE Pub.

Strauss, A., & Cordin, J. (2008). *Pesquisa qualitativa. Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*, 2ª ed. Porto Alegre: ARTMED (Tradução de *Basics of qualitative research*, 2nd ed. 1998).

Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research. Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park: SAGE Publications.

Willis, J. W. (2007). *Foundations of qualitative research. Interpretative and critical approaches*. Thousand Oaks: SAGE Publications.

Wimpenny, Peter & Gass, John (2000). Interviewing in phenomenology and grounded theory: is there a difference? *Journal of Advanced Nursing*, 31(6), 1485-1492.

A INTEGRALIDADE NA REABILITAÇÃO FÍSICA: DIFICULDADES E ESTRATÉGIAS PARA SEU DESENVOLVIMENTO

Paula Carolina de Castro Boscateli¹, Antonio Henrique Rodrigues dos Passos¹, Maria José Sanches Marin¹, Luís Carlos Paula e Silva¹, Marcio Mielo² e Elza de Fátima Ribeiro Higa¹

¹Faculdade de Medicina de Marília, Brasil. paulaboscateli@hotmail.com; ahrpassos@gmail.com marnadia@terra.com.br
luis@famema.br; hirifael@gmail.com

²Santa Casa de Misericórdia de Marília, Brasil. mielo@famema.br

Resumo. A integralidade enquanto princípio e diretriz do SUS (Sistema Único de Saúde) encontra-se em processo de construção, havendo inúmeras dificuldades na sua efetiva incorporação nos serviços de saúde, inclusive na Reabilitação Física, fazendo-se necessário buscar estratégias para desenvolvimento desta na prática cotidiana. Objetivos: Caracterizar as dificuldades no desenvolvimento da integralidade e descrever estratégias para sua implementação na prática dos serviços de Reabilitação Física. Metodologia: Uma pesquisa qualitativa fundamentada na Hermenêutica-dialética onde os dados foram analisados pelo Método de Interpretação dos Sentidos e obtidos por meio de entrevistas semi-estruturadas com a participação 24 profissionais de um Centro de Reabilitação de Rede Lucy Montoro, do interior do estado de São Paulo. Resultados: As dificuldades ao desenvolvimento da integralidade elencadas estão relacionadas a gestão do serviço, ao processo de cuidado, e ao usuário. A polissemia e polifonia da integralidade pode ser constatada através das diversas práticas elencadas para superação das dificuldades no desenvolvimento da integralidade. Conclusões: A Hermenêutica-dialética proporcionou a compreensão do contexto de forma crítica possibilitando descrever estratégias para superação das dificuldades que caso sejam implementadas resultarão na atuação em rede com uma maior comunicação entre profissionais e serviços com responsabilização de todos.

Palavras-chave: Integralidade em Saúde; Assistência Integral à Saúde; Reabilitação; Equipe de Assistência ao Paciente.

INTEGRALITY IN THE PHYSICAL REHABILITATION: DIFFICULTIES AND STRATEGIES FOR ITS DEVELOPMENT

Abstract. Integrality as a principle and guideline of the SUS (Unified Health System) is in the building process and there are numerous difficulties in its effective incorporation into health services, including the Physical Rehabilitation, making it necessary to search strategies for its development in daily practice. Objectives: Characterize the difficulties in the development of integrality and describe strategies for its implementation in the practice of Physical Rehabilitation services. Methodology: A qualitative research based on Hermeneutics-dialectics in which the data were analyzed by the Method of Interpretation of Senses and obtained through semi-structured interviews with the participation of 24 professionals from a Lucy Montoro Network Rehabilitation Center, in the countryside of the state of São Paulo. Results: The difficulties in the development of integrality listed by the participants are related to the management of the service, the care process, and the user. The polyphony and polyphony of integrality can be verified through the several practices listed to overcome the difficulties in the development of integrality. Conclusions: The Hermeneutics-dialectics provided the understanding of the context in a critical way allowing to describe strategies for overcoming difficulties that if implemented, they will result in networking with greater communication between professionals and services with responsibility for all.

Keywords: Completeness in Health; Comprehensive Health Care; Rehabilitation; Patient Assistance Team.

1. INTRODUÇÃO

A Lei 8080/90 define a integralidade como conjunto de ações e serviços exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade (Brasil, 1990).

Dentre os princípios do SUS, a integralidade, se destaca por sua não efetiva incorporação na organização dos serviços e no cotidiano da atenção, e os estudos sobre esta apontam sua polissemia e polifonia, que a deixa mais complexa e de difícil operacionalização (Spedo, 2009).

A integralidade constitui-se um dos princípios do SUS que possui vários sentidos e significados desvelando o arcabouço da Reforma Sanitária, como um ideal que procura o desenvolvimento das práticas em saúde no cotidiano e, também podendo ser considerada como uma diretriz constitucional que busca o atendimento das necessidades da sociedade por meio dos diferentes níveis de atenção através de ações de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde realizadas por uma articulação multiprofissional através de um sistema de referência e contrarreferência possibilitando o cuidado continuado (Brito, Andrade, Caçador, Freitas, & Penna, 2013; Teixeira, Silva, Teixeira, & Monteiro, 2013; Viegas & Mattos, 2015).

A integralidade encontra-se em processo de construção e é um princípio doutrinário, constitucional e fundamental do SUS, sendo elemento central para a incorporação das outras diretrizes deste. Também podendo ser compreendida como um conjunto de valores pelos quais a sociedade lutou e pretende lutar, e ainda ser uma imagem-objetivo do SUS (Medeiros et al., 2016; Nicolau, Schraiber, & Ayres, 2013).

Para a incorporação das práticas os serviços de saúde e instituições de ensino também precisam ter a compreensão da integralidade na reabilitação física implica na possibilidade de apreensão ampliada das necessidades no contexto das práticas de saúde, guardando coerência com a concepção de deficiência e de saúde (Pereira, 2009).

A integralidade, enquanto princípio e diretriz deve ser um esforço e confluência dos diversos saberes das várias equipes multiprofissionais que atuam no SUS, assim esforços para viabilizar a intervenção precoce das pessoas com deficiência através de encaminhamentos para os pontos de atenção da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência, de modo que recebam o atendimento adequado e agilizando os encaminhamentos, para tal são

necessárias mudanças nas relações de integração dos serviços do sistema de saúde (Machado et al., 2016).

As dificuldades e desafios à efetivação da integralidade são a visão fragmentada, não conseguir compreender o paciente como um todo e o seu contexto, a abordagem centrada na doença e não na pessoa, uma relação pobre entre paciente e equipe multiprofissional e entre os próprios membros da equipe multiprofissional; porém estas atitudes não demonstram que os profissionais sejam irresponsáveis e pouco comprometidos e sim que a maneira como os serviços estão organizados acabam favorecendo estas atitudes e a idéia de cuidado vem tentar reformular e reconstruir ações buscando a efetivação da integralidade (Ayres, 2009).

Desse modo a presente pesquisa buscou caracterizar quais as principais dificuldades enfrentadas pela equipe multiprofissional na efetiva incorporação da integralidade na Reabilitação Física e descrever as estratégias necessárias para seu desenvolvimento.

Caracterizar as dificuldades que interferem no desenvolvimento do cuidado na perspectiva da integralidade pela equipe multiprofissional que atua na reabilitação física mostra-se relevante, considerando a escassez literária dessa temática específica nessa área e que a integralidade é um princípio da Lei Orgânica de Saúde e precisa ser melhor compreendido, tendo em vista, que o seu desenvolvimento pode proporcionar a melhoria do cuidado em saúde.

Com base nas dificuldades descritas pela equipe sobre tal princípio, ações poderão ser implementadas com finalidade de maior aprofundamento na temática em virtude da relevância desta e, resultará em melhoria na assistência contribuindo para efetivação da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência, possibilitando o desenvolvimento na prática da integralidade no local da pesquisa e em outros serviços voltados à Reabilitação.

2. OBJETIVOS

Caracterizar as dificuldades que interferem no desenvolvimento da integralidade e assim descrever estratégias para sua implementação na prática da Reabilitação Física, a partir das sugestões da equipe e a luz dos marcos teóricos legais já estruturados nessa área de cuidado.

3. METODOLOGIA

Pesquisa Qualitativa, que possibilita o estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões permitindo desvelar processos sociais, ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares propiciando a construção e revisão de abordagens, conceitos e categorias durante a investigação (Minayo, 2014).

Para desvelar tais processos sociais nos fundamentamos na Hermenêutica-dialética, que revela-se um caminho relevante para pesquisas qualitativas nessa articulação de estratégias não existe técnica específica, mas elementos teóricos que norteiam os investigadores (Minayo, 2014).

A Hermenêutica é considerada um método e filosofia de interpretação, que deve estar alicerçada em teorias de interpretação para que o método hermenêutico seja desenvolvido. De acordo com Hans-Georg Gadamer, a Hermenêutica é um método básico, pois todos os outros métodos pressupõem uma reflexão hermenêutica e com a obra Verdade e Método faz com que Gadamer torna-se um marco na história contemporânea da Hermenêutica (Gilhus, 2016).

A Hermenêutica se aplica em todos os casos de compreensão da linguagem escrita e falada, mas Gadamer afirma que vai mais longe havendo a necessidade de compreensão envolve interpretação e para que esta ocorra é preciso que o intérprete aplique a uma situação real (Gadamer, 2015; Schmidt, 2014).

Gadamer leva ao entendimento de que a Hermenêutica objetiva compreender a verdade do texto chegando a um acordo de determinado assunto e confirma que a compreensão é uma estrutura ontológica fundamental do ser humano conforme havia dito Heidegger. Deste modo, estamos sempre compreendendo, onde compreender é projeção arremessada que significa a tradição herdada que é o ponto de partida para qualquer compreensão (Gadamer, 2015; Schmidt, 2014).

O termo “Dialética” refere-se à disputa, um debate com origem do grego *dialektiké*, que era utilizado no princípio para designar a arte de discutir, do diálogo, e seu adjetivo *dialektikós* relacionava-se a tudo que se refere à discussão (Bettoni, 2001; Konder, 2008).

Hoje a Dialética tem outro significado que é pensar as contradições da realidade e assim compreendê-la, esta que é, contraditória e encontra-se em permanente transformação (Konder, 2008).

Assim a Dialética caracteriza-se pela crítica e autocrítica, ou seja, seus adeptos estão constantemente examinando o mundo, revendo suas interpretações e assim originando mudanças (Konder, 2008).

Na articulação Hermenêutico-dialética ocorre uma valorização das complementaridades e oposições. Onde ambas valorizam a linguagem, relações e práticas em núcleo; partem do pressuposto de que não existe observador imparcial; realizam o questionamento do tecnicismo favorecendo o subjetivo através da compreensão e da crítica; ultrapassando as tarefas de se constituírem simples ferramentas para o pensamento; mantêm sua práxis estruturada pela tradição, pela linguagem, pelo poder e pelo trabalho. Entretanto se diferenciam enquanto a Hermenêutica ressalta o significado do consensual, do acordo e unidade de sentido, a Dialética permeia pela diferença, contraste e ruptura de sentido; portanto pela crítica (Minayo, 2014; Minayo & Deslandes, 2013).

A Hermenêutica-dialética não refere-se apenas uma teoria de tratamento de dados e, sim uma caminho para construção teórico-metodológica a partir de materiais com origem empírica e documental; sendo necessária para realização de racionalidade nos processos sociais e por consequência nos processos de saúde e doença (Minayo, 2014; Minayo & Deslandes, 2013).

Estudo realizado no Centro de Reabilitação Lucy Montoro em uma unidade da região centro-oeste paulista. Participaram da pesquisa a totalidade dos integrantes da equipe multiprofissional, constituída por vinte e quatro profissionais (24), sendo dois médicos fisiatras, três assistentes sociais, três psicólogas, quatro fisioterapeutas, quatro terapeutas ocupacionais, duas fonoaudiólogas, duas enfermeiras, uma nutricionista e três educadores físicos.

Os critérios de inclusão foram: profissionais com formação de nível superior e, que não estivessem em período de férias ou afastamento no período da coleta de dados. Nesse cenário, dois profissionais não cumpriram os critérios de inclusão.

A presente pesquisa seguiu os preceitos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 respeitando a dignidade humana e questões de ordem ética. Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o número de parecer 1.377.931 e da CAAE 51620115.8.0000.5413 e autorizada pelo Centro de Reabilitação Lucy Montoro considerando a coleta de dados neste local (Brasil, 2012).

Os dados foram coletados nos meses entre fevereiro a maio do ano de 2016, por meio de uma entrevista semi-estruturada, constituída pelos dados sócio-demográficos (idade, sexo, categoria profissional, instituição e tempo de formação e que trabalha na instituição e se possui especialidade) e uma pergunta aberta direcionadora: Quais as principais dificuldades que você encontra no desenvolvimento da integralidade e que estratégias você propõe para resolvê-las?

A coleta de dados foi realizada nas dependências do Centro de Reabilitação Lucy Montoro pela própria pesquisadora, a entrevista foi gravada com tempo médio de dez minutos, previamente agendada respeitando a disponibilidade dos profissionais e dentro do seu horário de trabalho.

A pesquisadora que realizou a coleta de dados faz parte da equipe multiprofissional do respectivo Centro, não observou-se que os participantes ficaram reticentes durante entrevista por realizarem atividades laborais em conjunto com pesquisadora, percebeu-se que houve um favorecimento do vínculo com os entrevistados e maior familiarização com o local do estudo. Optou-se por apenas uma pesquisadora, para realização das entrevistas como forma de uniformizar a coleta dos dados.

Os participantes foram esclarecidos sobre o estudo e seu objetivo, receberam TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) assinando a autorização antes da realização da entrevista reiterando o anonimato em relação aos dados coletados e de modo evitar constrangimentos durante a entrevista realizou-se uma escuta atenta sem interrupções, de modo que participante estivesse à vontade para expressar-se livremente (Brasil, 2012; Marconi & Lakatos, 2017).

Considerando os preceitos éticos da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, os dados obtidos serão utilizados somente para realização da presente pesquisa e após sua transcrição serão apagados do arquivo digital. A transcrição ficará sob a responsabilidade

da pesquisadora, pelo período de cinco anos posterior a sua publicação, serão destruídos após este período (Brasil, 2012).

Na apresentação dos resultados, os participantes foram assim codificados: “P”, em referência a “Participante”, seguidos de sequência numérica crescente, por exemplo, “P1”, “P2” e assim sucessivamente até “P24”, tendo em vista o aspecto ético.

Os dados obtidos foram analisados à luz da Hermenêutica-dialética, por meio do Método de Interpretação de Sentidos, que busca a lógica interna e a compreensão do contexto dos participantes com foco no fenômeno cultural, que analisa palavras, ações, conjunto inter-relações, grupos, instituições e conjunturas, dentre outros corpos analíticos (Minayo, Assis, & Souza, 2016; Minayo, Deslandes, & Gomes, 2015).

Para que interpretação dos dados ocorra de maneira assertiva, faz-se necessário compreender os sentidos dos fenômenos, considerando a lógica implícita dos fatos, narrativas e observações dos atores, culminando com a produção de um relato pelo pesquisador onde os atores se reconheçam. (Minayo et al., 2016)

A análise dos dados, na visão desses mesmos autores, ocorre em três fases que não são necessariamente excludentes e nem sequenciais:

- Leitura compreensiva do material selecionado;
- Exploração do material;
- Elaboração de síntese interpretativa (Minayo et al., 2016; Minayo et al., 2015).

Nesta pesquisa, a partir das etapas indicadas, a análise foi assim estruturada: primeiramente foi realizada a leitura dos dados obtidos visando a impregnação da pesquisadora para a visão do conjunto, tendo em vista, a extração das particularidades e a constituição das categorias analíticas. Na sequência, com base na estrutura montada foram recortados trechos de depoimentos com base nas categorias analíticas e identificadas às ideias subjacentes e problematizadas no sentido de encontrar os pontos comuns, as contradições e as diferenças entre elas. Estes questionamentos subsidiaram as inferências para as interpretações dos sentidos atribuídos. E na última etapa ocorreu uma reinterpretação do todo realizando uma síntese através de uma construção criativa de significados, por meio de um diálogo entre os objetivos do estudo, o referencial teórico

adotado e os dados coletados e seu contexto, produzindo uma tradução da lógica do material sem a utilização de software de análise de dados.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizadas vinte e quatro entrevistas com os integrantes da equipe multiprofissional.

Tabela 1 - Distribuição dos 24 participantes do estudo de acordo com dados sócio-demográficos e de formação profissional. Marília - SP, 2017

Variáveis	n.	Percentual %
Sexo		
Feminino	22	91,7
Masculino	02	8,3
Faixa etária		
25 a 34 anos	17	70,9
35 a 44 anos	05	20,8
Acima de 45anos	02	8,3
Profissão		
Assistente Social	03	12,5
Enfermeira	02	8,3
Fisioterapeuta	04	16,7
Fonoaudióloga	02	8,3
Médico	02	8,3
Nutricionista	01	4,2
Psicóloga	03	12,5
Técnico de Reabilitação	03	12,5
Física		
Terapeuta ocupacional	04	16,7
Instituição de formação		
Pública	11	45,8
Privada	13	54,2
Tempo de formado		
1 a 10 anos	18	75
11 a 20 anos	05	20,8
21 anos ou mais	01	4,2
Pós-graduação		
Nenhuma	02	8,3
Lato sensu	17	70,8
Mestrado	04	16,7
Doutorado	01	4,2

Observou-se a prevalência do sexo feminino com 91,7%, formação acadêmica até dez anos em 75% e idade até trinta e quatro anos em 70,9% dos participantes, apenas 8,3% não possuem especialização, sendo 91,7% com Pós-graduação em alguma área. Estes dados são apoiados pela literatura, onde se observa entre os profissionais da saúde a predominância do sexo feminino, idade média em torno dos 31 anos e com Pós-graduação. (Costa et al., 2013; Trombetta, Ramos, Vargas, & Marques, 2015)

Por meio da análise dos sentidos sobre os dados obtidos foi possível desvelar as dificuldades relacionadas à gestão do serviço, ao processo de cuidado, e ao usuário

identificando as seguintes estratégias para resolução das dificuldades ao desenvolvimento da integralidade.

Dentre as dificuldades está o entendimento dos direitos por parte de pacientes e profissionais, como evidenciada pela seguinte fala:

“Alguns profissionais e o paciente não entenderem seus direitos e a resistência em relação, ou seja, o paciente faz parte de um todo e tem o direito de ser atendido de uma forma integral.” (P3)

A saúde é direito universal, que é preciso ser atendido com prontidão, eficiência e cortesia, e o SUS vêm garantir a efetivação deste. É um direito que combate as desigualdades sociais, assim não existe integralidade sem universalidade onde o objetivo é a produção do cuidado em saúde centrado na pessoa (Viegas & Mattos, 2015).

Apesar de ser um direito assegurado pela Constituição da República Federativa do Brasil, a população brasileira enfrenta diversos desafios para ter este direito assegurado pelo Estado em sua plenitude não possibilitando a real efetivação da integralidade (Brito-Silva, Bezerra, & Tanaka, 2012).

A dificuldade na referência e contrarreferência, assim como a demora no agendamento das consultas médicas fora da instituição, também foram elencadas como dificuldades:

“Nós e os serviços externos teríamos que conversar e ter um contato para dar segmento não só para saberem quais pacientes iriam encaminhar para instituição e como o nosso retorno na alta do paciente e outra dificuldade é não termos as especialidades médicas na instituição, porque dependemos de outras especialidades para dar continuidade ao tratamento que o agendamento demora [...]” (P7)

Nota-se a dificuldade em relação ao acesso à saúde encontra-se no agendamento de consultas com especialistas devido ao número excessivo de encaminhamentos que poderiam ser solucionados na atenção básica, esta demora em conseguir consultas atrapalha o andamento do tratamento do paciente e corrobora para o mau funcionamento do sistema de referência e contrarreferência (Azevedo & Costa, 2010).

Com a instituição da Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência, o Ministério da Saúde pretende superar os lapsos assistenciais e organizacionais, no que se refere ao acesso aos cuidados, porém para que isto ocorra é essencial a efetivação do cuidado continuado, por meio da referência e contrarreferência, permitindo a comunicação entre os diversos pontos de atenção à saúde e assim a realização do cuidado na perspectiva da integralidade (Pereira & Machado, 2016).

Outra dificuldade explicitada foi a formação de profissionais aptos a atuarem na Reabilitação Física, como evidenciado na mensagem abaixo:

“Em termos de Reabilitação Física não tem uma matéria específica, pelo menos na fisioterapia, onde estamos todos em aprendizado e eu acho que precisamos de mais treinamento e mais capacitações [...]” (P10)

Nos últimos anos a saúde da pessoa com deficiência se tornou prioridade resultando em mais serviços para suprir as necessidades de saúde dessa parcela da população surgindo a necessidade de profissionais para atuarem nestes serviços e tornando-se imprescindível a mudança na formação destes profissionais para que compreendam as políticas que norteiam seu trabalho (Alves, Ribeiro, & Sampaio, 2016; Comes et al., 2016).

A formação do profissional apto para atuar na reabilitação não deve ser exclusivamente tecnicista, sendo necessário um equilíbrio entre a capacitação científica e formação humanística havendo um equilíbrio entre estes e possibilitando o atendimento na perspectiva da integralidade à pessoa com deficiência (Missel, Costa, & Sanfelice, 2017).

Além da dificuldade em relação a formação de profissionais aptos a atuarem na Reabilitação Física existe também a dificuldade na formação vinculada à integralidade como percebido no discurso a seguir:

“A minha formação não estimulava muito o multiprofissional e a visão integral, na prática o professor queria saber o que eu tinha aprendido na Ortopedia ou na Neurologia [...]” (P11)

Existe uma preocupação com formação profissional, de modo mobilizar um agir transformador em busca do desenvolvimento da integralidade para isso mudanças foram e estão sendo propostas com intuito formar profissionais críticos e reflexivos (Silva & Ramos, 2010).

As novas diretrizes curriculares dos cursos de graduação da área da saúde destacam o trabalho em equipe multiprofissional com o enfoque interdisciplinar através do desenvolvimento de competências e habilidades no decorrer do processo de formação além de romper o pensamento disciplinar. Contudo percebe-se uma dificuldade por parte dos docentes na incorporação das novas diretrizes curriculares em decorrência da sua formação em sua maioria pelo modelo tradicional, que prioriza procedimentos e não valoriza o paciente como sujeito ativo de todo o processo (Backes, Carpes, Piovesan, Haeffner, & Lomba, 2014; Ribeiro et al., 2010; Santos, Ribeiro, Anjos, Farias, & Lucena, 2015).

O trabalho em equipe aparece como uma preocupação dos participantes, deste modo pode ser verificada como uma das suas dificuldades.

“As principais dificuldades é aquele profissional que não se informa sobre o trabalho do outro e, profissional engessado só na sua profissão [...]” (P21)

Quando a equipe supera a visão reducionista do cuidado na perspectiva da integralidade “que é ver a pessoa como um todo” e compreende a complexidade do termo conseguindo articular as diferentes áreas do conhecimento através do diálogo o resultado é a oferta de atendimento de qualidade e resolutivo garantindo os direitos dos cidadãos (Silva, Miranda, & Andrade, 2017).

Intrínseca ao trabalho em equipe, a comunicação também foi citada como uma dificuldade, como verificado no discurso a seguir:

“A dificuldade relaciona-se a questão da falta de comunicação que dificulta até hierarquia, havendo a necessidade de criação fluxos assistenciais na instituição.” (P13)

O trabalho em equipe está em consonância com a integralidade, para o desenvolvimento do trabalho em equipe é preciso uma comunicação intrínseca que resulta no fazer juntos (Comes et al., 2016).

O diálogo é uma das premissas da interdisciplinaridade, portanto existe a necessidade da equipe multiprofissional construir habilidades comunicativas e compreenda a importância do relacionamento interpessoal e uso da comunicação no contexto do cuidado de modo desenvolver a integralidade (Santos et al., 2015).

As reuniões realizadas pela equipe multiprofissional também foram citadas como uma dificuldade ao desenvolvimento da integralidade, através da seguinte explanação:

“Eu tenho bastante dificuldade durante as nossas reuniões de equipe não nos comunicamos muito com os outros setores [...]” (P7)

Apesar de a reunião ser um momento em que deveria ocorrer a articulação de saberes da equipe multiprofissional, porém observa-se que as atividades ocorrem de maneira individualizada, discussões breves com pouco aprofundamento ou para realização de encaminhamentos que não incorporam a essência da integralidade devendo ser momentos para que equipe elabore projetos terapêuticos singulares promovendo a construção de

responsabilidades e vínculo entre paciente e profissionais (Kalichman & Ayres, 2016; Trombetta et al., 2015).

A participação efetiva do paciente em seu tratamento, ou seja, sua adesão foi citada como um empecilho ao desenvolvimento da integralidade.

“Em alguns momentos encontramos bastante dificuldade de adesão do paciente ao tratamento [...]”
(P6)

A realização de ações relacionadas à educação tanto de profissionais, equipes e pacientes revela-se de extrema importância para a adesão e eficácia do tratamento onde o paciente participe ativamente do próprio cuidado resultando na criação de vínculo entre profissionais e pacientes (Cardoso, Weinstock, & Sardá Júnior, 2016).

Um instrumento que pode auxiliar na adesão do paciente ao tratamento é a visita domiciliar, que possibilita uma visão ampliada do cotidiano do paciente e seu o círculo familiar onde as reais condições de vida podem ser verificadas possibilitando uma interface para o diálogo entre paciente, família e equipe multiprofissional (Lima et al., 2015).

A não realização por parte da equipe, que impossibilita conhecer o contexto em que o paciente está inserido surge como outra dificuldade levantada pela equipe.

“Outra dificuldade é não ter condições de realizar visita domiciliar impossibilitando compreender com profundidade o cotidiano do paciente.” (P23)

A realização das visitas domiciliares contribui para melhoria no acesso, acolhimento, continuidade e vínculo, ou seja, aproxima a equipe do paciente. As visitas domiciliares permitem a criação de vínculo entre profissional e paciente proporcionando um atendimento que supere somente a realização de procedimentos técnicos fortalecendo a integralidade (Noro & Torquato, 2015).

Através dos relatos da equipe multiprofissional foi possível identificar as seguintes estratégias para resolução das dificuldades ao desenvolvimento da integralidade expostas através das falas:

“As próprias reuniões que deveriam ser o momento de mudar os olhares realizando um plano terapêutico encontram espaços pra discussões e reuniões possibilitando perceber outras realidades.”
(P12);

“[...] eu acho que é um ponto importante, atividades sociais de todos da equipe fora da instituição, a realização de eventos que abrangesse toda a equipe [...]” (P6);

“[...] eu acho que precisamos de mais treinamento e mais capacitações pra ir crescendo.” (P10)

Nesse sentido, e a partir dos relatos dos participantes, considerando a polissemia e polifonia da integralidade e a necessidade da atuação da equipe, de modo, efetivar a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, garantindo assim, seus direitos e autonomia, esta pesquisa organizou e descreveu as propostas para o desenvolvimento do cuidado na perspectiva da integralidade, considerando também a percepção da equipe multiprofissional que atua na Reabilitação Física e seu contexto e os referenciais teóricos legais que direcionam a assistência da equipe atuante.

- Estruturar o atendimento à pessoa com deficiência é uma proposta indispensável, pois, existe a necessidade do início precoce de ações de reabilitação, assim como, a ampliação e diversificação dos serviços do SUS para assistência às pessoas com deficiência, para tanto, é necessário uma rede de serviços articulada e integrada capaz de atender as demandas dessas pessoas (Brasil, 2012).
- Realizar a implantação da alta responsável possibilitará ações multiprofissionais e intersetoriais com objetivo de realizar a contrarreferência, a continuidade do cuidado e a integralidade da atenção garantindo assim a integração dos serviços (Thieme, Pinto, Macedo, Palm, & Schieferdecker, 2014).
- A realização de eventos como forma de divulgação do trabalho desenvolvido pelos profissionais e pela instituição que se encontra em consonância a Portaria Nº 793, de 24 de Abril de 2012, que aborda a divulgação dos direitos das pessoas e os serviços disponíveis na rede de atenção, que pode ser realizado, através, cartilhas, eventos, reuniões e manuais (Brasil, 2012).
- Instituir um Programa de Educação Permanente, pois tal ferramenta se incorpora ao cotidiano das instituições e do trabalho, se mostra potente por estar baseada na aprendizagem significativa e busca transformar práticas profissionais e contribuirá para melhorar a comunicação entre profissionais e serviços e favorece o desenvolvimento do trabalho da equipe multiprofissional despertando a abordagem interdisciplinar (Brasil, 2007).
- A implantação do Projeto Terapêutico Singular (PTS), que é uma ferramenta para identificação das demandas do paciente e para realização das intervenções, cuja construção envolverá a equipe, o paciente e sua família (Brasil, 2012).

5. CONCLUSÕES

As dificuldades ao desenvolvimento da integralidade elencadas pelos participantes, estão relacionadas a gestão do serviço, ao processo de cuidado, e ao usuário. A polissemia e polifonia da integralidade pode ser constatada através das diversas práticas elencadas para o desenvolvimento da integralidade. A Hermenêutica-dialética proporcionou a compreensão do contexto de forma crítica possibilitando descrever estratégias para superação das dificuldades que caso sejam implementadas resultaram na atuação em rede com uma maior comunicação entre profissionais e serviços com responsabilização de todos, e a implementação da Educação Permanente acarretará no cuidado continuado.

A presente pesquisa limitou-se a caracterizar as dificuldades no desenvolvimento da integralidade e descrever estratégias que possibilitariam as superação destas na prática da

Reabilitação Física, contudo observa-se a necessidade de estudos futuros verificando a implementação de tais ações.

6. Referências

- Alves, M. A., Ribeiro, F. F., & Sampaio, R. F. (2016). Potencial de mudança nas práticas de saúde: a percepção de trabalhadores de uma Rede de Reabilitação em (trans)formação. *Fisioter. Pesqui.*, 23(2), 185-192.
- Ayres, J. R. C. M. (2009). Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saude soc*, 18(2), 11-23.
- Azevedo, A. L. M., & Costa, A. M. (2010). A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. *Interface*, 14(35), 797-810.
- Backes, D. S., Carpes, A. D., Piovesan, C., Haeffner, L. S. B., & Lomba, A. B. (2014). Trabalho em equipe multiprofissional na saúde: da concepção ao desafio do fazer na prática. *Disciplinarum Scientia*, 15(2), 277-289.
- Bettoni, R. (2001). Dialética e Sartre: uma possibilidade de se pensar a realidade. *Metavnoia*(3), 61-70.
- Brasil. (1990). *Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Brasília: Diário Oficial da União
- Brasil. (2007). *Portaria Nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Diário Oficial da União.
- Brasil. (2012). *Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Brasília: Diário Oficial da União.
- Brasil. (2012.). *Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Portaria Nº 793, de 24 de Abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Diário Oficial da União.
- Brito, M. J. M., Andrade, A. M., Caçador, B. S., Freitas, L. F. C., & Penna, C. M. M. (2013). Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade. *Esc. Anna Nery*, 17(4), 603-610.
- Brito-Silva, K., Bezerra, A. F. B., & Tanaka, O. Y. (2012). Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. *Interface*, 16(40), 249-260.
- Cardoso, M. G. M., Weinstock, J. G., & Sardá Júnior, J. J. (2016). Adhesion to neuropathic pain treatment. *Rev. Dor*, 17(1), 107-109.
- Comes, Y., Trindade, J. d. S., Pessoa, V. M., Barreto, I. C. d. H. C., Shimizu, H. E., Dewes, D., . . . Santos, L. M. P. (2016). A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 2729-2738.
- Costa, S. M., Prado, M. C. M., Andrade, T. N., Araújo, E. P. P., Silva Junior, W. S., Gomes Filho, Z. C., & Rodrigues, C. A. Q. (2013). Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 8(27), 90-96.
- Gadamer, H. G. (2015). *Verdade e método I*. (15 ed.). Petropolis: Vozes.
- Gilhus, I. S. (2016). Hermenêutica. *REVER*, 16(2), 144-155.
- Kalichman, A. O., & Ayres, J. R. C. M. (2016). Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. *Cad. Saúde Pública*, 32(8).
- Konder, L. (2008). *O que é dialética* (25 ed.). São Paulo: Brasiliense.
- Lima, C. H. R., Silva, D. G., Almeida, C. A. P. L., Rocha Neta, A. S. R., Moura, L. K. M., & Sousa, F. D. L. S. (2015). A visita domiciliar como tecnologia do cuidado familiar: análise reflexiva. *R. Interd.*, 8(2), 205-210.

- Machado, W. C. A., Silva, V. M., Silva, R. A., Ramos, R. L., Figueiredo, N. M. A., Branco, E. M. S. C., . . . Carreiro, M. A. (2016). Alta hospitalar de clientes com lesão neurológica incapacitante: impreteríveis encaminhamentos para reabilitação. *Ciênc. saúde coletiva*, 21(10), 3161-3170.
- Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2017). *Fundamentos de metodologia científica* (8 ed.). São Paulo: Gen Atlas.
- Medeiros, A. C., Siqueira, H. C. H., Zamberlan, C., Cecagno, D., Nunes, S. S., & Thurow, M. R. B. (2016). Comprehensiveness and humanization of nursing care management in the Intensive Care Unit. *Rev. esc. enferm. USP*, 50(5), 816-822.
- Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (14 ed.). São Paulo: Hucitec.
- Minayo, M. C. S., Assis, S. G., & Souza, E. R. (2016). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais* (5 ed.). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Minayo, M. C. S., & Deslandes, S. F. (2013). *Caminhos do Pensamento: epistemologia e método* (3 ed.). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Minayo, M. C. S., Deslandes, S. F., & Gomes, R. (2015). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade* (34 ed.). Petrópolis: Vozes.
- Missel, A., Costa, C. C., & Sanfelice, G. R. (2017). Humanização da saúde e inclusão social no atendimento de pessoas com deficiência física. *Trab. educ. saúde*.
- Nicolau, S. M., Schraiber, L. B., & Ayres, J. R. C. M. (2013). Mulheres com deficiência e sua dupla vulnerabilidade: contribuições para a construção da integralidade em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, 18(3), 863-872.
- Noro, L. R. A., & Torquato, S. M. (2015). Visita domiciliar: estratégia de aproximação à realidade social? *Trab. ed. saúde*, 13(1), 145-158.
- Pereira, J. S., & Machado, W. C. A. (2016). Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. *Physis*, 26(3), 1033-1051.
- Pereira, S. O. (2009). *Reabilitação de pessoas com deficiência física no SUS: elementos para um debate sobre integralidade*. Instituto de Saúde Coletiva - Universidade Federal da Bahia, Salvador. Retrieved from <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/10898>
- Ribeiro, C. T. M., Ribeiro, M. G., Araújo, A. P., Mello, L. R., Rubim, L. C., & Ferreira, J. E. S. (2010). O sistema público de saúde e as ações de reabilitação no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, 28(1), 43-48.
- Santos, R. N. L. C., Ribeiro, K. S. Q. S., Anjos, U. U., Farias, D. N., & Lucena, E. M. F. (2015). Integralidade e interdisciplinaridade na formação de estudantes de Medicina. *Rev. bras. educ. med.*, 39(9), 378-387.
- Schmidt, L. K. (2014). *Hermenêutica* (3 ed.). Petrópolis: Vozes.
- Silva, M. V. S., Miranda, G. B. N., & Andrade, M. A. (2017). Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. *Interface*, 0-0.
- Silva, R., & Ramos, F. (2010). Integralidade em saúde: revisão de literatura. *Cienc Cuid Saude*, 9(3), 593-601.
- Spedo, S. M. (2009). *Desafios para implementar a integralidade da assistência à saúde no SUS: estudo de caso no município de São Paulo*. (Tese). Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Teixeira, G. B., Silva, C. A., Teixeira, L. B., & Monteiro, A. I. (2013). Compreendendo o princípio de integralidade na visão de discentes da graduação em enfermagem. *Esc. Anna Nery*, 17(4), 764-771.
- Thieme, R. D., Pinto, L. M., Macedo, D. S., Palm, R. C. M., & Schieferdecker, M. E. M. (2014). Elaboração e implantação de protocolo de alta responsável para idosos com doenças crônicas hospitalizados e com necessidades alimentares especiais. *DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde*, 9(Supl.1), 269-286.
- Trombetta, A. P., Ramos, F. R. S., Vargas, M. A. O., & Marques, A. M. B. (2015). Experiências da equipe de centro de reabilitação - o real do trabalho como questão ética. *Esc. Anna Nery*, 19(3), 446-453.
- Viegas, S. M. F., & Mattos, C. M. P. (2015). Integrality: life principle and right to health. *Invest Educ Enferm.*, 33(2), 237-247.

A ESTIMULAÇÃO MAMÁRIA COMO UM MÉTODO NATURAL DE INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO

¹Filipa Ramos, ²Emília Coutinho e ³Vitória Parreira

¹ Saúde Materna e Obstétrica no CHTS, Portugal. filipa.mota.ramos@gmail.com

² Escola Superior de Saúde de Viseu, Portugal. ecoutinhoessv@gmail.com

³ Escola superior de Enfermagem do Porto, Portugal. - vitoria@esenf.pt

Resumo. A OMS define Parto Normal aquele que apresenta início espontâneo, baixo risco desde o início até ao nascimento, excluindo mulheres submetidas a indução de trabalho de parto (TP). A estimulação mamária (EM) tem sido historicamente utilizada como método não farmacológico, natural de indução do TP; Objetivo: Conhecer a eficácia e a segurança da estimulação mamária enquanto método de indução natural do TP Métodos: Revisão Integrativa da Literatura; Resultados: *Outcomes* eficácia: scores de índice de Bishop significativamente melhores, tendência para início do TP espontâneo em 72h, menores níveis de cesariana e níveis de satisfação excelentes; *Outcomes* segurança: não existiram diferenças significativas relativamente à presença de mecónio, APGAR < 7 aos 5 minutos e cesariana em comparação com grupos de controlo (sem intervenção) ausência de casos de hiperestimulação uterina; Conclusões: A EM mostra-se segura e eficaz, sendo razoável considerá-la como opção viável para induzir o TP de baixo risco.

Palavras-chave: Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica; Trabalho de Parto, Parto Normal; Estimulação Física; Mama.

BREAST STIMULATION AS NATURAL METHOD TO INDUCING NORMAL LABOR

Abstract. WHO defines Normal Childbirth as the one that presents spontaneous onset, low risk at the beginning until birth, excluding women submitted to induction of labor. Breast stimulation (BS) has historically been used as a non-pharmacological, natural method of inducing and accelerating labor; Goals: Understanding the efficacy and safety of BS as a natural method of inducing labor; Methods: Integrative Literature Review; Results: Outcomes effectiveness: scores of Bishop significantly better, a tendency to spontaneous labor onset in 72 hours, lower levels of C-section and great satisfaction levels; Safety outcomes: there were no significant differences in the presence of meconium, APGAR <7 at 5 min and C- section compared to control groups (without intervention) absence of cases of uterine hyperstimulation; Conclusions: BS is a safe and effective method, and it is reasonable to consider as a viable option to induce low-risk labor.

Keywords: Nurse Midwives; Obstetric Labor; Natural Childbirth; Physical Stimulation; Breast.

1. INTRODUÇÃO

A opção pelo parto normal atravessa tempos e culturas. Todavia, sob a égide do avanço técnico científico mudaram os rituais do parto e do nascimento ficando à mercê de uma prática biomédica, intervencionista, em que a indução do trabalho de parto é suportada em métodos farmacológicos. Ora se por um lado é garantida a eficácia, por outro, perde-se a essência do parto normal que hoje muitas mulheres e casais voltam a reclamar como opção e como um direito.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2018), 85 a 90% de todos os nascimentos dão-se sem fatores de risco e sem complicações. Esta emanou recomendações que além dos requisitos clínicos, atendem às necessidades psicológicas e emocionais das mulheres, defendendo o parto normal. Este é definido como o que apresenta início espontâneo, de baixo risco desde o início até ao nascimento. A criança nasce espontaneamente, em apresentação cefálica de vértice, entre as 37 e as 42 semanas completas de gravidez, posteriormente ao parto a mãe e o RN apresentam-se em boa condição. Excluídos desta definição encontram-se os partos resultantes de indução de trabalho de parto com prostaglandinas, ocitócicos ou rotura artificial de membranas (OMS, 2018). Foi neste sentido, que nos propusemos atingir o objetivo de conhecer a eficácia e segurança da estimulação mamária enquanto método de indução natural do trabalho de parto de baixo risco.

Os protocolos vigentes da indução do TP, deliberados pela decisão médica, a mulher apresenta um papel passivo e assentam numa abordagem ativa e interventiva, com o recurso a medidas farmacológicas com elevado risco de complicações, como a hemorragia peri-parto, cesariana, hiperestimulação uterina, assim como a menores níveis de satisfação materna (NICE, 2018; OMS, 2018). São, ainda, critérios para a indução de trabalho de parto as situações de complicações materno-fetais que impliquem o termino da gravidez (ex.: pré-eclâmpsia) e a gravidez saudável com 41 semanas, critério com baixo nível de evidência científica (OMS, 2018).

O recurso a métodos não farmacológicos e naturais para a indução do TP não é uma prática desconhecida, muitos métodos têm sido utilizados desde há muitos anos em diferentes culturas. A estimulação mamária (EM) tem sido historicamente utilizada para induzir o TP; textos médicos europeus oriundos do séc. XVIII reportam o recurso à estimulação mamária na gestão do parto pós-datado. Hoje, nomeadamente na Índia e na cultura japonesa 50% das mulheres recorre a este método e ao exercício físico para ajudar a induzir o trabalho de parto (Demirel & Guler, 2015; Kavanagh, Kelly & Thomas 2005; Takahata et.al, 2018). Corroborando este facto, a ACOG (2019) e a NICE (2018) reconhecem o recurso à EM como método não farmacológico de Indução de TP.

Diversos mecanismos encontram-se na base do início do TP associados, por sua vez, a múltiplos fatores, entre os quais o nível de ocitocina libertada pela glândula pituitária. Esta hormona tem um papel preponderante enquanto estimuladora da contratilidade do útero. A

base para o mecanismo da EM baseia-se na produção de ocitocina endógena através da estimulação da mama/mamilo, semelhante ao mecanismo existente na amamentação. Durante a gravidez e antes do início do TP, os níveis de oxitocina mantêm-se estáveis. No entanto, com estimulação da produção e aumento da sua concentração, a parede uterina torna-se mais sensível à sua ação, dando-se início ao TP. Sabe-se que a libertação de ocitocina endógena leva à maturação uterina (melhora, portanto, o índice de Bishop) e que as contrações uterinas, por sua vez, levam ao início de trabalho de parto espontâneo e natural.

A definição de EM não é clara, no entanto, esta pode ser definida como a autoestimulação através da massagem manual da mama/mamilo ou através da sucção mecânica por bombas de extração de leite (Demirel & Guler, 2015; Kavanagh, Kelly & Thomas 2005; Takahata et.al, 2018).

A EM, como meio de indução do trabalho de parto, pode oferecer à mulher maior controlo sobre o processo de trabalho de parto e, ainda, apresentar a vantagem de ser natural, fisiológico, um método não dispendioso, não doloroso e promotor do parto normal (Kavanagh, Kelly e Thomas 2005; Takahata et.al, 2018).

Parte-se do pressuposto que para a excelência do exercício profissional é essencial o recurso a uma prática baseada na evidência. Neste contexto, os enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica cujos cuidados especializados que prestam se centram na mulher, devem ser fomentadores de práticas que sustentem o parto normal. com a menor intervenção obstétrica possível, que seja essencial à procura e ao desenvolvimento de conhecimentos de métodos naturais e fisiológicos que otimizem o trabalho de parto e potenciem a capacitação da mulher ao longo de todo o processo, nomeadamente no que toca à oferta de alternativas ao processo tradicional de indução do TP.

2. METODOLOGIA

Pela sua pertinência e característica adotou-se como metodologia a revisão integrativa da literatura como suporte da prática baseada na evidência. Existe um aumento considerável de produção de investigação sustentada em revisões, sejam elas sistemáticas, meta-análises ou revisões integrativas.

Esta comporta-se como a única abordagem que permite a integração e a combinação de diversas metodologias, desde estudos experimentais ou não experimentais do foro qualitativo, permitindo, deste modo, ter um conhecimento mais abrangente sobre um determinado fenómeno em estudo e tornando-se mais relevante para a Enfermagem (Sousa, Vieira, Severino & Antunes, 2017; Whitemore & Knafl, 2005). *A variedade na composição da amostra na revisão integrativa em conjugação com a multiplicidade de finalidades deste método proporciona como resultado um quadro completo de conceitos, teorias ou problemas relativos ao cuidado na saúde, relevantes para a enfermagem* (Mendes, Silveira & Galvão, 2008, p. 780).

A RIL é, assim, um método de investigação que permite a procura, a avaliação crítica e síntese de evidências existentes sobre um determinado tema, onde o *produto final é o estado de conhecimento do tema investigado*. Por outro lado, ainda permite detetar fragilidades, conduzindo ao desenvolvimento de novas investigações (Sousa et al., 2017, p. 20).

Para a construção deste estudo procedemos à operacionalização das seis fases que é preconizada pela revisão integrativa da literatura: (1) identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; (2) determinação de critérios de inclusão e exclusão de estudos selecionados ou pesquisa da literatura (3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; (4) avaliação dos estudos incluídos; (5) interpretação dos resultados e, (6) apresentação da revisão/síntese de conhecimentos (Sousa et al., 2017).

Tendo por base o problema em estudo, relacionado com uma intervenção de enfermagem e o seu impacto no trabalho de parto e a sua influência na mulher, este processo metodológico permite-nos sintetizar achados sobre este fenómeno e obter uma visão ampla sobre o conhecimento até agora existente sobre esta temática.

Por conseguinte, definimos como objetivo para esta investigação: conhecer a eficácia e a segurança da estimulação mamária, enquanto método de indução natural do trabalho de parto. Neste sentido, para podermos guiar a investigação e formular a questão de partida, recorreremos à estratégia PICO. Esta traduz quatro elementos que se mostram basais para a condução da pesquisa: Pessoa/problema; a Intervenção; Comparação/controlo; e Outcomes/resultados.

Em concreto, a população a ser estudada foi constituída por grávidas de baixo risco e de termo. A intervenção foi a estimulação mamária em comparação com placebo (ou sem estimulação) ou outro método (ex. indução sintética). Pretendemos obter resultados relacionados com a eficácia e segurança para parturiente e feto enquanto método não-farmacológico de indução do TP. Neste sentido surgiu a questão de investigação: “Qual a eficácia e segurança da estimulação mamária enquanto técnica não-farmacológica, natural, de indução do trabalho de parto em grávidas de baixo risco e de termo?”. As Estratégias de pesquisa da literatura bem definidas são essenciais, para aprimorar o rigor de qualquer tipo de revisão, já que pesquisas incompletas e tendenciosas resultam no potencial de resultados imprecisos (Whittemore & Knafl 2005). Por conseguinte, para termos de pesquisa, utilizamos as palavras-chave, com termos Mesh, combinados com operadores booleanos: “breast OR nipple Stimulation” “induction AND Labor”. Recorremos às bases de dados: *CINAHL Complete*, *MEDLINE Complete*, *Nursing & Allied Health Collection*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Cochrane Methodology Register*, *Library*, *Information Science & Technology Abstracts*, *MedicLatina* e *Clinicalkey*.

Definimos como critérios de inclusão os estudos publicados nas bases de dados entre 2015 e 2019, apresentados nos idiomas de inglês, francês ou português, e cujo título e/ ou resumo fizessem referência à temática. Todavia, deparámo-nos com um número muito reduzido de artigos, pelo que se impôs a necessidade em alargar o intervalo de tempo, em anos na pesquisa, de 2010 até 2019. Obtivemos um total de 10 artigos. Estabelecemos como critérios de exclusão: - estudos que não apresentassem texto completo e/ou se apresentassem repetidos, tendo obtido um total final de 6 estudos (Figura 1). Face à existência de um estudo revisão sistemática *Cochrane*® de 2005, consideramos pertinente a sua inclusão pela sua relevância para a evidência científica, pelo que se obteve um total final de 7 artigos (Figura 1).

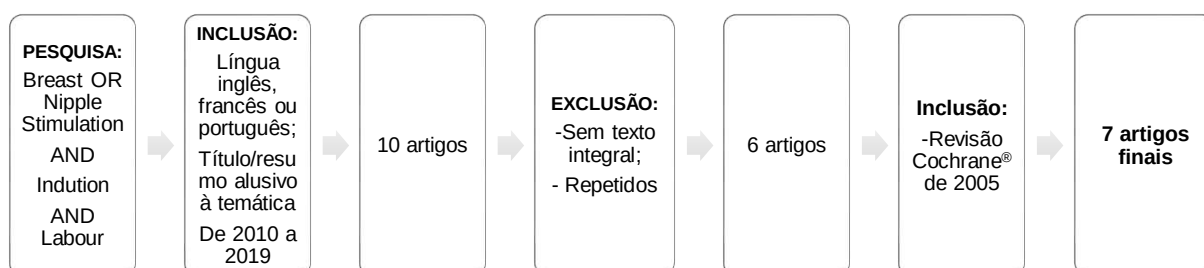


Figura 1 - Condução da pesquisa: seleção de artigos

Após a identificação e seleção dos artigos, procedeu-se à definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados e à categorização dos mesmos. Foram extraídos dados dos estudos relativos à abordagem, contexto, amostra e principais conclusões. Os ensaios foram, categorizados quanto ao nível de evidência, tendo para isso por base a classificação de *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine*. Esta classificação permitiu identificar o perfil dos estudos desenvolvidos sobre este tema.

Quadro 1 - Estudos selecionados

1	Kavanagh J; Kelly AJ; Thomas J (2005) <i>Breast stimulation for cervical ripening and induction of labour</i>
2	Ellen J. Razgaitis, Ashlee N. Lyvers (2010) <i>Management of Protracted Active Labor with Nipple Stimulation: A Viable Tool for Midwives?</i>
3	Singh N, Tripathi R, Mala YM & Yedla N (2014) <i>Breast Stimulation in Low-Risk Primigravidas at Term: Does It Aid in Spontaneous Onset of Labour and Vaginal Delivery? A Pilot Study</i>
4	Demirel G. ; Guler H.(2015) <i>The Effect of Uterine and Nipple Stimulation on Induction With Oxytocin and the Labor Process</i>
5	Suja J..(2015) <i>Study To Evaluate The Effectiveness of Nipple Stimulation For Progress of Labour During First Stage, Among Primigravida Mothers in Selected Hospital at Tirunelveli..</i>
6	Takahata K, Horiuchi S, Tadokoro Y, Shuo T, Sawano E & Shinohara K.(2018) <i>Effects of breast stimulation for spontaneous onset of labor on salivary oxytocin levels in low-risk pregnant women: A feasibility study.</i>
7	Suresh, V.; Soni, r. (2019) <i>A Quasi Experimental Study to Assess the Effectiveness of Nipple Stimulation in the Progress of Labour among Primipara Women during First Stage of Labour in Selected Hospital of Jabalpur (M.P.)</i>

Sabemos que, quando metodologicamente estão incluídas diversas fontes primárias aumenta a complexidade da avaliação de dados (Whittemore & Knafl 2005).

Assim, respeitamos o rigor metodológico exigido, inerente à análise cuidadosa de cada estudo.

Os estudos selecionados apresentaram evidências de nível I a III: estudos de revisão (n=2), randomizados controlados (n=2) e quase-experimentais (n=3); abordagem qualitativa (n=1). Estes foram realizados na sua maioria na área de enfermagem (n=6) tendo a revisão sistemática abordado áreas da medicina, demonstrando a pertinência multidisciplinar do tema. Em relação à origem dos estudos estes foram oriundos da Índia (n=3), Reino Unido, Turquia, Japão e EUA. Todos os artigos estavam escritos na língua inglesa.

Contribuição dos autores do presente trabalho: o 1º e 3º autores trabalharam na concepção, execução, análise, interpretação e construção da investigação e do artigo. O 2º autor contribuiu para a construção do artigo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Visando a sistematização dos dados, desenvolvemos um instrumento de representação gráfica, tabelar que estruturasse a informação relativa aos dados dos autores, publicação (local, data), nível de evidência, resultados e principais conclusões obtidas centradas na eficácia e segurança da técnica, que se apresentam no quadro seguinte (Quadro 2).

Quadro 2 - Categorização e informações dos estudos selecionados

Breast stimulation for cervical ripening and induction of labor		N.E.
Kavanagh J; Kelly AJ; Thomas J; Cochrane Collaboration®; 2005, Reino Unido		Ia
Mtd	Revisão sistemática com meta-análise de ensaios clínicos randomizados. Revisão e Análise de RTC's até 2005 (com revisão em 2010) Inclusão de 6 estudos – total de 719 mulheres	
Resultados	Outcome eficácia apresenta ter menor número de mulheres com necessidade de cesariana em comparação a nenhuma intervenção ou uso de oxitocina, apesar da diferença não ser estatisticamente significativa no último caso. A diferença de mulheres sem início de trabalho de parto em 72h foi estatisticamente significativa (menor no grupo EM). Relativamente ao uso de oxitocina, esta diferença não se mostrou significativa (menor no grupo da oxitocina) Outcome segurança: Menor rácio de mecónio à nascença em comparação a sem intervenção ou uso de oxitocina, mas não estatisticamente significativo. A estimulação mamária parece ser benéfica relativamente à redução do número de mulheres em não trabalho de parto após 72 horas e reduz as taxas de hemorragia pós-parto.	
Management of Protracted Active Labor with Nipple Stimulation: A Viable Tool for Midwives?		N.E.
Ellen J. Razgaitis, Ashlee N. Lyvers; American College of Nurse Midwives- Journal Midwifery Women's Health; 2010, EUA: New York City.		IIIB
Mtd	Revisão da literatura Abrangidos 5 estudos. Selecionados 2 (N= 163 grávidas)	
Resultados	Eficácia: não houve diferença estatisticamente significativa relativamente à duração do primeiro estadio do trabalho de parto nos grupos de estimulação mamilar e ocitocina; Outcome Segurança: os estudos explorados um dos estudos relatou zero casos de hiperestimulação uterina entre as mulheres que usaram a EM/Ocitocina, no outro a hiperestimulação não foi relatada separadamente de outros eventos adversos, pelo que, a taxa de ocorrência nesse estudo é desconhecida. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em termos de taxa de parto cesariana e pH da artéria umbilical. Apesar de não ser estatisticamente significativo, as mulheres que usaram estimulação de mamilo e ocitocina tiveram maiores rácios de cesariana, seguindo-se do grupo de ocitocina e por fim no grupo de estimulação de mamilo com menor rácio. Nenhuma diferença significativa nos scores de Apgar em 1 e 5 minutos entre os métodos de estimulação do mamilo apenas e ocitocina apenas. Embora esses dados sejam limitados, eles sugerem que a estimulação do mamilo não coloca o feto em risco aumentado de desfechos adversos. Apesar da pesquisa limitada sobre a eficácia, a estimulação do mamilo parece ser segura, já que não houve eventos adversos nos estudos revistos..	

Breast Stimulation in Low-Risk Primigravidas at Term: Does It Aid in Spontaneous Onset of Labour and Vaginal Delivery? A Pilot Study		N.E.
Singh N, Tripathi R, Mala YM & Yedla N; Hindawi Publishing Corporation BioMed Research International; 2014, India: Vol.2014.		Ib
Metod.	Ensaio. Randomizado controlado. Primigestas com feto em apresentação cefálica, sem qualquer fator de alto risco, entre 36 a 38 semanas de gestação. 200 pacientes foram recrutadas e randomizadas em dois grupos (n = 100). Sendo a estimulação mamária (EM) aconselhada a um grupo e a outro não.	
Resultados	Outcome eficácia: Após uma semana o score de Bishop mudou de 3,12 ($\pm 1,01$) para 3,9 ($\pm 1,08$) no grupo de controlo e de 3,02 ($\pm 0,82$) para 6,08 ($\pm 1,29$) no grupo de EM ($P < 0,0001$). O período de gestação no parto foi de 39,5 ($\pm 2,3$) semanas no grupo de controlo e de 39 ($\pm 2,8$) semanas no grupo de intervenção ($P 0,044$). Houve um aumento das hipóteses de parto vaginal no grupo de intervenção ($P 0,046$). Outcome segurança: Duração do TP, hiperestimulação, presença de mecónio, hemorragia pós-parto, e outcomes fetais foram semelhantes em ambos os grupos. A estimulação mamária em grávidas de baixo risco ajuda ao amadurecimento cervical e aumenta as hipóteses de partos vaginais.	
The Effect of Uterine and Nipple Stimulation on Induction With Oxytocin and the Labor Process		N.E.
Demirel G. ; Guler H.; Worldviews on Evidence-Based Nursing; 12:5, 273–280; 2015, Turquia		Ib
Metod.	Ensaio. Randomizado controlado. 390 grávidas em trabalho de parto vaginal foram divididas aleatoriamente em três grupos (estimulação do mamilo, estimulação uterina, grupo controlo). Após o nascimento, os grupos foram avaliados quanto à duração do nascimento e à indução sintética com oxitocina.	
Resultados	Relativamente à estimulação mamilar: Outcome eficácia: O estudo estabeleceu diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre os grupos em termos de durações médias da primeira, segunda e terceira fases do TP, o rácio de cesariana e a necessidade da indução do parto com ocitocia. As fases de trabalho de parto foram mais curtas para o grupo de estimulação do mamilo (primeira fase: 3,8 horas, segunda fase: 16 minutos, terceira fase: 5 minutos) quando comparado ao grupo controlo (primeira fase: 6,8 horas, segunda fase: 27 minutos, terceira fase: 6 minutos). No grupo controlo, 89,2% das parturientes foram submetidas à indução do parto e 8,5% a cesariana. Nenhuma mulher no grupo de estimulação mamilar teve cesariana. A estimulação mamilar reduz a frequência da indução eletiva do trabalho de parto, a taxa de complicações relevantes e promove o parto vaginal normal. Portanto, deve ser considerada para mulheres grávidas em trabalho de parto	
Study To Evaluate The Effectiveness of Nipple Stimulation For Progress of Labour During First Stage, Among Primigravida Mothers in Selected Hospital at Tirunelveli..		N.E.
Suja J./Tese de mestrado Nehru Nursing College/2015, Tirunelveli, Índia		III
Metod	Ensaio Quasi-experimental. 60 primigestas de termo, sem risco obstétrico, com início espontâneo do TP na primeira fase de TP, alocadas em 2 grupos: 30 no grupo experimental e 30 no grupo de controlo	

Resultados	Ao aplicar a estimulação do mamilo, no grupo experimental a duração do primeiro estágio do trabalho de parto foi reduzida para 6-8 horas para 26 parturientes e de 10 para 4 mulheres. Para o grupo controle, a duração do primeiro estágio do trabalho de parto foi de 10 horas para 6 mães e as 24 restantes com duração de 10 a 14 horas. Outcome eficácia: A intensidade da contração uterina entre o grupo experimental, durante o pré-teste, 8 mães não tiveram contrações uterinas e 21 mães tiveram contração uterina muito leve. No pós-teste, 22 mães tiveram contrações uterinas leves e 6 mães tiveram contrações uterinas moderadas baixas. p 0,05, por isso com diferença estatisticamente significativa. Nas parturientes do grupo experimental, todas as 30 desenvolveram 10 cm de dilatação cervical, em 10 horas após a intervenção. Onde 26 destas pariram ao fim de 8 horas após a intervenção. No grupo Controle, 18 desenvolveram dilatação cervical de 8cm, 6 desenvolveram 10 cm de dilatação cervical, em 10 horas. O estudo conclui que existe a EM é benéfica no desenvolvimento de contração uterinas e no aumento da dilatação cervical, tendo diminuído a duração da primeira fase do trabalho de parto grupo experimental primigestas.	
<i>Effects of breast stimulation for spontaneous onset of labor on salivary oxytocin levels in low-risk pregnant women: A feasibility study.</i>		N.E.
Takahata K, Horiuchi S, Tadokoro Y, Shuo T, Sawano E & Shinohara K.; PLoS ONE 13(2):e0192757; 2018, Japão		
Mtd	Ensaio Quasi-experimental e estudo de viabilidade de abordagem qualitativa Participaram 16 grávidas de baixo risco entre 38 e 40 semanas de gestação com o feto em apresentação cefálica.	III
Resultados	O nível mediano de oxitocina salivar (OT) foi maior no 3ºdia, particularmente 30 minutos após a intervenção. Houve ligeiros aumentos no nível OT nos dias 1 e 2 sem diferença significativa. O score de Bishop não apresentou diferenças significativas. Outcome eficácia: 6 das 16 grávidas apresentaram início de trabalho de parto nas 72h após a intervenção (37,5%). Contrações uterina adequadas em 8 das 16 grávidas (50%)no primeiro dia, 6 em 16 no segundo dia (37,5%) e 5 em 15 no terceiro dia (33.3%). 75% das mulheres apresentaram-se confortáveis com o procedimento de estimulação. Sendo que o nível de cansaço e desconforto durante a estimulação diminuiu diariamente. Outcome segurança: Não se encontrou nenhum caso de hiperestimulação uterina.	
<i>A Quasi Experimental Study to Assess the Effectiveness of Nipple Stimulation in the Progress of Labour among Primipara Women during First Stage of Labour in Selected Hospital of Jabalpur (M.P.)</i>		N.E.
Suresh, V.; Soni, r. ; Indian Journal of Holistic Nursing; 2019, India		
Mtd	Ensaio Quasi-experimental. Total de 60 primíparas de baixo risco: 30 grupo experimental, 30 grupo controlo	
Resultados	Outcome eficácia. Os principais resultados encontrados afirmaram que, os scores de índice de Bishop modificado foi satisfatório: 23 (76,6%) no grupo controle e 27 (90%) no grupo experimental. Parcialmente satisfatórios foram 7 (23,4%) no grupo controle e 3 (10%) no grupo experimental e nenhum insatisfatório. A duração do trabalho de parto no grupo 12 (40%) sujeitos com frequência inferior a 4 horas e 18 (60%) tiveram duração superior a 4 horas. Enquanto no grupo experimental 19 (64,3%) houve duração inferior a 4 horas e apenas 11 (36,6%) tiveram duração mais de 4 horas. A eficácia da estimulação mamilar no grupo experimental foi estatisticamente comprovada pelo teste t.	III

Após a análise dos estudos, constatámos que a amostra se concentrou em mulheres de termo com gravidez de baixo risco, à exceção da revisão de Razgaitis e Lyvers (2010) que não clarifica qual a população dos estudos selecionados. Pelo que, como refere o maior número dos investigadores; a maioria das conclusões apenas se podem debruçar sobre esta população. Relativamente à técnica de estimulação mamária, não existiu um consenso relativamente ao procedimento e/ou timing. Todavia, existe uma linha orientadora consensual de que a mama deve ser estimulada uma de cada, vez, diariamente, sendo que

deve existir pausa e descanso entre cada estimulação (Demirel & Guler, 2015; Kavanagh, Kelly & Thomas, 2005; Razgaitis & Lyvers, 2010; Singh et al., 2014; Suja, 2015; Suresh e Soni, 2019; Takahata et al., 2018). Para os ensaios analisados, identificamos e delineamos indicadores tradutores dos *outcomes*, eficácia e segurança, baseados nas diretrizes internacionais (ACOG, 2019; NICE, 2019, OMS, 2018). Para a eficácia: o índice de Bishop, o início do TP, cesariana e a satisfação da mulher; para a segurança alterações no traçado CTG (hiperestimulação uterina), a presença de mecónio e Apgar inferior a 7 aos 5 minutos, a necessidade de recorrer a cesariana pode ser também interpretada como um critério de segurança (Quadro 3).

Quadro 3 - Outcomes para os estudos

Eficácia	Segurança
• Índice de Bishop • Início de TP • Satisfação da mulher • Cesariana	• Alterações no CTG • Mecónio à nascença • Apgar aos 5 minutos inferior a 7

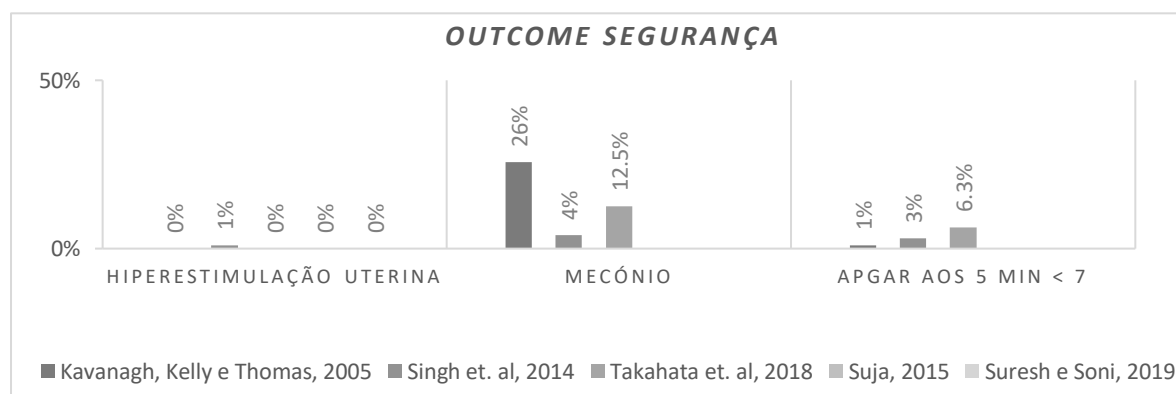


Figura 2- Outcome Segurança, Grávidas Baixo Risco

Centrando-nos na segurança, um dos riscos citados pelos autores relaciona-se com a possibilidade de hiperestimulação uterina, causada pela libertação não controlada de ocitocina pela EM, que, por sua vez, poderia colocar em causa o bem-estar fetal.

Nesse sentido, em quatro destes estudos foi avaliado a atividade uterina e o bem-estar fetal por CTG, assim como indicadores que pudessem traduzir sofrimento fetal; como a presença de mecónio à nascença e o índice de Apgar aos 5 minutos inferior a 7. Na revisão sistemática Cochrane® (Kavanagh, Kelly & Thomas, 2005), na revisão de Razgaitis e Lyvers

(2010), no estudo RTC de Singh et al., (2014) e no ensaio quase-experimental de Suresh e Soni (2019) não existiram diferenças

significativas relativamente à presença destes indicadores, denota-se, ainda, a ausência de casos hiperestimulação no estudo da Cochrane® (Kavanagh, Kelly & Thomas, 2005) de Suja (2015), Suresh e Soni (2019) e de Takahata et al. (2018) (Figura 2). Contudo, quase todos os estudos, à exceção de Razgaitis e Lyvers (2010) que não clarifica a população, realçam para a segurança aplicada em grávidas de baixo risco, aconselhando a necessidade de estudos noutra população. Assim, a evidência disponível demonstra que a EM é um método seguro na indução de TP em grávidas de termo com gravidez de baixo risco. Relativamente ao *outcome* eficácia, percebemos que os estudos se mostram consensuais. Na maioria dos casos, as mulheres exibiram inícios de trabalhos de parto espontâneos, sendo de salientar a disposição para o seu início até 72h, como indica a revisão Kavanagh, Kelly e Thomas (2005) para a Cochrane®. Por outro lado, apercebemo-nos que a falha deste método como indutor, não foi estatisticamente significativa, pelo que o recurso à indução sintética, como a cesariana foram menores que nos grupos de controlo (sem intervenção). No que concerne às alterações do índice de Bishop aparentemente não existiram diferenças estatisticamente significativas.

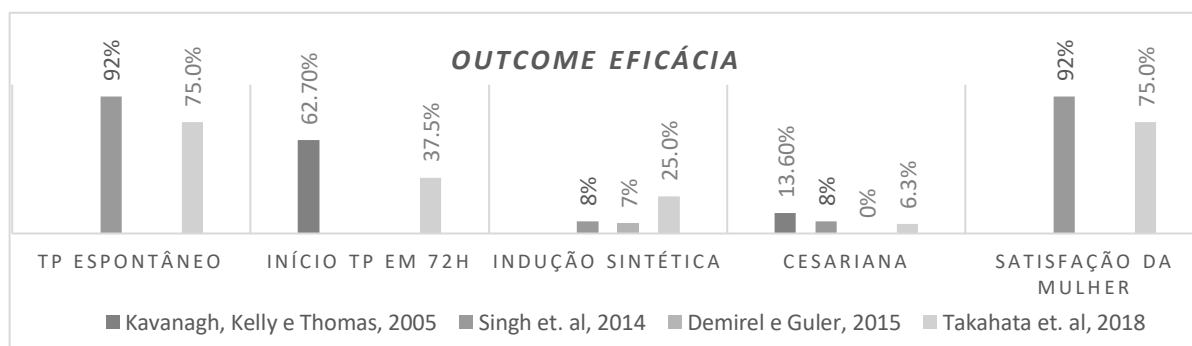


Figura 3 - Outcome Eficácia, Grávidas de Baixo Risco

Este dado poderá estar relacionado com o facto de as primíparas apresentarem piores condições do colo que as múltiparas. No entanto, no ensaio de Demirel e Guler (2015), o grupo EM apresentou scores de índice de Bishop significativamente melhores que o grupo de controlo e, o de Suja (2015), em que as parturientes do grupo experimental apresentaram melhorias na dilatação cervical (Demirel & Guler, 2015; Kavanagh, Kelly & Thomas, 2005; Singh et al., 2014; Suja, 2015; Suresh e Soni, 2019; Takahata et al., 2018).

Denote-se ainda, que os resultados de Demirel e Guler (2015), Suresh e Soni (2019) e de Suja (2015) cujo estudo apontou para o efeito positivo deste método, na aceleração das fases do trabalho de parto, nomeadamente, na redução da primeira (Suja, 2015; Suresh e Soni, 2019). Acresce ainda, o nível de aceitação e satisfação das mulheres com o procedimento, nos estudos de Demirel e Guler (2015) e de Tanaka et al. (2018) em que apresentaram taxas de 92% e 75% respetivamente (Figura 3). Assim, a evidência disponível demonstra que a EM é um método eficaz na indução de trabalho de parto em grávidas de termo com gravidez de baixo risco.

4. CONCLUSÃO

De acordo com os resultados dos estudos analisados, a estimulação mamária pode ser um método seguro e eficaz, sendo razoável considerá-la como uma opção viável para a indução do trabalho de parto para mulheres primíparas e múltiparas, com gestações de baixo risco, que se sintam confortáveis a utilizar este método.

Enquanto método indutor, a evidência disponível suporta a EM como meio natural, não farmacológico, de amadurecimento do colo uterino, estimulador de contrações uterinas eficazes. Também de início do TP, associado a excelentes níveis de satisfação por parte da mulher e, ainda, reduz os rácios de hemorragia pós-parto. No entanto, relativamente à segurança do método, alguns autores alertaram para possíveis riscos associados à EM coligados à quantidade de ocitocina, não controlada, que é libertada durante a estimulação, nomeadamente, a hiperestimulação uterina. Todavia, a evidência disponível não vai de encontro a esta preocupação, demonstrando que o método se mostra seguro, mas, que pela falta de mais estudos noutra população, indicado apenas para mulheres com gravidez de baixo risco.

A EM pode apresentar -se como solução natural, não-farmacológica, em caso de indução de trabalho de parto, como no caso de grávidas de termo, com 41 semanas de gestação completas. É, no entanto, importante salientar que este método como indutor do TP não é tão rápido quanto o farmacológico, pelo que é importante delinear corretamente o *timing* para iniciar a intervenção. Relativamente à forma de implementação, existe uma variedade de técnicas descritas nos estudos, mas os investigadores são concisos e aconselham a estimulação bilateral, que a grávida se foque numa mama de cada vez, intercalando períodos de descanso.

Após finalizarmos este estudo, concluímos que a metodologia adotada foi a mais adequada, em consonância com o objetivo e questão de investigação. Esta permitiu-nos identificar, não só o estado de arte, neste domínio do conhecimento sobre o método da EM, como também, evidenciar as suas limitações. Identificamos como principal limitação a escassez de estudos de investigação no âmbito dos métodos não farmacológicos indutores de TP. Concretamente da estimulação mamária, assim como, estudos que abordem a segurança e satisfação deste método em grávidas de risco centrados em estudos de abordagem qualitativa.

Realçamos, ainda a pertinência desta metodologia face aos resultados e recomendações obtidos, que nos permitem dar a sugestão para a realização de outras investigações de domínio qualitativo. Nomeadamente, para compreender o significado que as mulheres atribuem à utilização deste método. Esperamos, ainda, que este trabalho opere como alavanca, para impulsionar investigações qualitativas que problematizem os métodos indutores do trabalho de parto, que incluam a perspetiva da mulher relativamente à sua eficácia e satisfação, para que de uma forma indutiva, possam emergir dados que constituam uma mais valia para delinear intervenções que possam ir ao encontro da singularidade de cada mulher e de cada indução de trabalho de parto.

Nesta linha de entendimento, relativamente às implicações para a prática, este estudo pode, ainda, contribuir para consciencializar os enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica, para a importância da sua autonomia na ação. Também, para a responsabilidade de prestar cuidados de qualidade congruentes, seguros e eficazes, ao desenvolver intervenções promotoras de contrações uterinas, de acordo com o método de indução, escolhido pela mulher, para iniciar o seu trabalho de parto. Pode, desta forma, demonstrar a sua competência cultural, ao respeitar os valores e as crenças da pessoa, ou seja; a sua cultura e o seu estatuto sociocultural.

Por fim, consideramos que esta investigação permite incitar ao desenvolvimento do conhecimento sobre métodos naturais associados à indução e ao caminho para um parto normal, em situações de baixo risco, contribuindo, assim, para o progresso do conhecimento e, consequentemente, para uma Enfermagem Avançada em cuidados especializados.

5. REFERÊNCIAS

ACOG (2019)- Clinical management guidelines for obstetrician–gynecologists Practice Bulletin Induction of Labor 2009 reaffirmed 2019. *Obstetrics & Gynecology*. number 107, p.386- 397

- Demirel, G. & Guler, H. (2015). The Effect of Uterine and Nipple Stimulation on Induction With Oxytocin and the Labor Process. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 12:5, 273–280
- Kavanagh J, Kelly Aj, Thomas J. (2005). Breast stimulation for cervical ripening and induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.: CD003392.
- McCormack, B.; Cardiff, D.; Jacobs, J.; Karlsson, M.; Mekki, P. & Lieshout, W..(2015) Person-centredness – the 'state' of the art. *International Practice Development Journal*, 5 (1), 1-15
- Mendes, K. D. S.; Silveira, R. C. C. P. & Galvão, C. M. (2008) Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis. Vol. 17, no 4. out/dez. p. 758-764
- NICE (2018). *Induction of labour. NICE clinical guideline 70 2008 reviewed 2018*. UK.
- Organização Mundial de Saúde (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization. License: CC BY-NC-SA 3.0 IG
- Razgaitis J & Lyvers, A. (2010). Management of Protracted Active Labor with Nipple Stimulation: A Viable Tool for Midwives? *J Midwifery Womens Health*; vol 55. P. 65-69.
- Singh N, Tripathi R, Mala YM & Yedla N. (2014). Breast Stimulation in Low-Risk Primigravidas at Term: Does It Aid in Spontaneous Onset of Labour and Vaginal Delivery? A Pilot Study. *BioMed Research International*. Vol 1. PP 1 – 6. Article ID 695037.
- Sousa L., Vieira, C., Severino, S. & Antunes, A.(2017). A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*. Novembro: 17-26
- Suja, J (2015) *A study to evaluate the effectiveness of nipple stimulation for progress of labour during first stage, among primigravida mothers in a selected hospitals at Tirunelveli, Tamil Nadu*. Tese de Mestrado, Nehru Nursing College, India - Tirunelveli.
- Suresh V. e, Soni R. (2019). A Quasi-Experimental Study to Assess the Effectiveness of Nipple Stimulation in the Progress of Labour among Primípara Women during First Stage of Labour in Selected Hospital of Jabalpur (M.P.). *Ind J Holist Nurs*; 10(1): 1-7.
- Takahata K, Horiuchi S, Tadokoro Y, Shuo T, Sawano E & Shinohara K. (2018). Effects of breast stimulation for spontaneous onset of labor on salivary oxytocin levels in low-risk pregnant women: A feasibility study. *PLoS ONE* 13(2): e0192757.
- Whittemore R. & Knafl K. (2005) The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing* 52(5), 546–553.

A MULHER IMIGRANTE NA CENTRALIDADE DA INTERAÇÃO COM O ENFERMEIRO: CONSTRANGIMENTOS E ESTRATÉGIAS DE SUPERAÇÃO

Emília Coutinho¹, Ana Raquel Duarte Domingos², Vitória Parreira³, Paula Nelas¹
Cláudia Chaves¹, João Duarte¹, Neila Karimo⁴, e Alcinda Reis⁵

¹IPV, Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde, Portugal. ecoutinhoessv@gmail.com pnelas@gmail.com, claudiachaves21@gmail.com; duarte.johnny@gmail.com

² Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca EPE, Lisboa, Portugal. anadomingos27@gmail.com

³ Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal. vitoria@esenf.pt

⁴ Alto Comissariado para as Migrações, Lisboa, Portugal. neila.karimo@acm.gov.pt

⁵ Escola Superior de Saúde, Politécnico de Santarém, Santarém, Portugal. alcinda.reis@essaude.ipsantarém.pt

Resumo. Introdução: Os enfermeiros desenvolvem estratégias para superar os constrangimentos na interação com as grávidas imigrantes; Objetivos compreender como os enfermeiros vivenciam os constrangimentos na interação com a grávida imigrante e conhecer as estratégias de superação que os enfermeiros mobilizam na interação com a grávida imigrante Métodos: Estudo qualitativo, fenomenológico-hermenêutico com recurso à entrevista fenomenológica semiestruturada a dez enfermeiros do bloco de partos de um hospital da Grande Lisboa, com suporte a análise qualitativa de dados apoiada pelo Nvivo12. Este trabalho insere-se no projeto MEIOS - Mediação Intercultural e Outcomes em Saúde, desenvolvido pela Rede de Ensino Superior em Mediação Intercultural e Alto Comissariado para as Migrações, autorizado pela Comissão Nacional de Proteção de Dados e Comissão de Ética da Instituição envolvida; Resultados: Emerge a categoria “Constrangimentos dos enfermeiros na interação com a mulher imigrante”, com destaque para a “Barreira cultural”, com ênfase na “Barreira linguística”; e a categoria “Estratégias utilizadas pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na interação com a mulher imigrante” sobressaindo as estratégias “Recorrer a familiar como intérprete da mulher imigrante”, e “Utilizar linguagem gestual”, Conclusões: A barreira cultural apresenta-se como o grande constrangimento e o recurso a familiares e linguagem gestual coma as principais estratégias adotadas para facilitar os encontros culturais.

Palavras-chave: Constrangimentos; Estratégias; Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica; Gravidez; Imigrante.

THE PREGNANT IMMIGRANT WOMAN IN THE CENTRALITY OF THE INTERACTION WITH THE NURSE: CONSTRAINTS AND STRATEGIES TO OVERCOME THEM.

Abstract. Introduction: Nurses develop strategies to overcome the constraints in their interaction with pregnant immigrants; Objectives: To understand how nurses experience the constraints when interacting with the immigrant pregnant woman and the strategies they use to overcome these constraints; Methods: phenomenological-hermeneutic study using a semi-structured phenomenological interview to ten nurses working in the labour ward of a hospital in Greater Lisbon. Qualitative data analysis supported by Nvivo12. This work is part of the project MEIOS - Intercultural Mediation and Outcomes in Health, developed by the Higher Education Network in Intercultural Mediation and the High Commission for Migration, authorized by Portuguese Data Protection Authority and the Ethics Committee of the Institution involved; Results: The category “Nurses’ constraints in the interaction with immigrant women” emerges, with emphasis on the “Cultural barrier”, and particularly the “Language barrier”; and the category “Strategies used by the midwives in the interaction with immigrant women”, with emphasis on “Using a family member as interpreter for the immigrant woman”, and “Using sign language”; Conclusions: The cultural barrier presents itself as a major constraint and the use of family members as interpreters and sign language are the main strategies adopted to facilitate cultural encounters.

Keywords: Constraints; Strategies; Midwife; Pregnant Woman; Immigrant.

1. INTRODUÇÃO

Em Portugal, de acordo com o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, tem havido um acréscimo sistemático da população estrangeira residente, aumentando 6,0% em 2017 para 421.711 (SEF, 2017) e em 2018 para 480.300 (SEF, 2018) cidadãos estrangeiros titulares de autorização de residência. São indicadores positivos para a demografia portuguesa, que têm contribuído para uma elevação da natalidade em Portugal (Oliveira & Gomes, 2017).

Com o aumento da população imigrante, ser culturalmente competente é um desafio para as instituições de saúde e respetivos profissionais de saúde, para poderem prestar cuidados a esta população com características próprias. Estes pressupostos tornaram importante uma abordagem do desenvolvimento da competência cultural dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica ao cuidar da mulher imigrante (Bruno, 2012).

A migração, a priori, já é uma transformação significativa na vida da pessoa/família e quando a esta se associa outra mudança, como a gravidez e o nascimento de um filho, a pessoa/família fica mais vulnerável (Becker, Borges & Crepaldi, 2017). Neste sentido, a intervenção dos profissionais de saúde, mais especificamente do enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, é fundamental, sendo crucial compreender as necessidades da pessoa/família imigrante, as suas crenças e valores, de forma a prestar um cuidado culturalmente competente.

Num estudo qualitativo cujo objetivo consistiu em criar um referencial teórico descritivo sobre as experiências das competências culturais de 30 enfermeiros, em Taiwan, ficou demonstrado que a maioria dos enfermeiros se encontravam “despreparados” para lidar com as diferentes culturas dos utentes, apesar de terem consciência da importância das diferenças de valores. Os enfermeiros revelaram que tiveram dificuldade em implementar o seu trabalho num contexto culturalmente tão diverso e na procura de recursos adequados que lhes permitissem melhorar as suas competências culturais. No global, os enfermeiros que gerem diferentes situações culturais acabaram por aprender a lidar com as diferentes culturas e a proporcionar aos utentes cuidados culturalmente apropriados, traduzindo-se num aumento da qualidade do atendimento (Lin, Wu & Hsu, 2019). É nesse sentido que se objetiva compreender como os enfermeiros vivenciam os constrangimentos na interação com a grávida imigrante e conhecer as estratégias de superação que mobilizam nessa interação.

2. METODOLOGIA

O presente estudo insere-se no paradigma de investigação qualitativa com enfoque fenomenológico-hermenêutico, centrado na experiência vivida, como proposto por Max Van Manen. Segundo este autor a fenomenologia hermenêutica é definida como um método de reflexão isenta de juízos de valor sobre as estruturas da experiência vivida da existência humana (Van Manen, 2014). A pesquisa fenomenológica tem como objetivo distinguir entre a aparência e os fatores essenciais, de tal forma que o investigador tenta compreender em que constitui o fenómeno e a experiência vivida em questão. Deste modo, assume-se que a reflexão e a escrita são duas atividades distintas mas difíceis de separar e que, através de ambas, se pretende descobrir e revelar a essência da experiência vivida (Van Manen, 2015). Trata-se de uma forma de pesquisa orientada para a descoberta de significados expressos por um sujeito sobre a sua experiência. A abordagem fenomenológica hermenêutica valoriza a interpretação e a compreensão da experiência humana, sem se restringir unicamente à sua descrição, sendo esta uma maneira de aceder aos fenómenos de interesse para a Enfermagem (Errasti-Ibarrondo, Díez-Del-Corral, Jordán & Arantzamendi, 2019), o que justificou a sua escolha para o estudo do fenómeno apresentado.

Inerente ao tipo de estudo adotado utilizou-se a entrevista fenomenológica semiestruturada como instrumento de recolha de dados. Imbuídos dos princípios de Max Van Manen para uma abordagem fenomenológica construiu-se um guião com algumas perguntas orientadoras do pensamento sobre a temática. Uma parte inicial continha questões relativas à caracterização sociodemográfica das participantes, seguida de algumas questões abertas que permitiram que os participantes falassem livremente sobre o tema: “Fale-me da sua experiência de cuidar mulheres imigrantes em contexto de maternidade?” “Que significado atribui aos desafios na interação com a grávida imigrante?” “O que fez para gerir esses desafios no desempenho da sua atividade profissional?”. Estas questões surgiram das questões de investigação: Como vivenciam os enfermeiros os constrangimentos na interação com a grávida imigrante? e Quais são as estratégias de superação que os enfermeiros mobilizam na interação com a grávida imigrante?” e enquadraram-se na temática “Competência cultural do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica”, inserido no projeto de investigação “Mediação Intercultural e Outcomes em Saúde” (Projeto MEiOS), desenvolvido pela Rede de Ensino Superior em Mediação Intercultural, promovido pelo Alto Comissariado para as Migrações, que pretendeu compreender o contributo dos mediadores interculturais para os cuidados em saúde, estudo

que foi autorizado pela Comissão Nacional de Proteção de Dados e pela Comissão de Ética da Instituição envolvida no estudo, um grande hospital da área da Grande Lisboa. Após informar cada participante sobre os objetivos do estudo e o seu enquadramento, foi pedida a sua colaboração descomprometida e a gravação das entrevistas, esclarecimento sobre todo o processo e da possibilidade de interromper essa participação a qualquer momento, obtido o consentimento informado e assegurado a anonimização no tratamento dos dados e sua finalidade.

A recolha de dados decorreu ao longo de quatro meses, entre setembro e dezembro de 2018, num espaço reservado ao efeito tendo cada entrevista a duração média de 30 minutos. Participaram dez enfermeiros a exercer funções no serviço de bloco de partos, tendo em conta a sua disponibilidade e a aceitação em participar no estudo. De forma a respeitar a privacidade dos dados foram atribuídos códigos às entrevistas, a letra E (de enfermeiro) e um número de 1 a 10 de acordo com a ordem das entrevistas (exemplo da codificação da primeira enfermeira entrevistada – E1).

Entre os participantes oito são do sexo feminino e dois do sexo masculino, com média de idades de 40,8 anos. Relativamente à sua caracterização sociodemográfica, oito têm naturalidade e nacionalidade portuguesas, um tem naturalidade angolana e nacionalidade portuguesa e outro tem naturalidade brasileira e nacionalidade italiana. No que respeita à formação académica, oito possuem o Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e dois Mestrado em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica.

Tendo em conta o objetivo do estudo e a problemática exposta anteriormente recorreu-se à análise fenomenológica de dados, apoiada pelo Nvivo® versão 12. Tivemos em consideração Morse (2007, p. 113), para a seleção do número de participantes do estudo, nomeadamente no que se refere a não encontrar “mais explicações, interpretações ou descrições do fenómeno em estudo” para além das já encontradas até determinado momento.

Como afirma Van Manen (2014, 2015) a fenomenologia, é uma forma de olhar para a experiência vivida e constitui-se por um conjunto de passos que não são estáticos mas interligados entre si e que pressupõem em primeiro lugar voltar-se para a natureza da experiência vivida, selecionando o fenómeno, a perspetiva de estudo do fenómeno, o contexto onde este decorre, e os participantes do estudo; em segundo lugar procura-se

Tabela 1. Constrangimentos dos enfermeiros na interação com a mulher imigrante.

Constrangimentos dos enfermeiros na interação com a mulher imigrante	N	F
A barreira cultural	10	66
A dificuldade linguística	9	25
A dificuldade em lidar com a diversidade cultural da população	7	12
O desconhecimento cultural por parte do enfermeiro	4	6
Não aceitação de profissional de saúde do género masculino por algumas mulheres	3	11
Choque religioso	3	4
Dificuldade em aceitar a rejeição da amamentação	2	2
Choque cultural	1	1
Preconceitos e tabus	1	3
Incapacidade em lidar com os costumes das pessoas	1	1
Esconderem informação sobre a mutilação genital feminina	1	1
Dificuldade em prestar cuidados de acordo com o método individual	2	4
Número escasso de Enfermeiros face à exigência dos cuidados individuais	1	2
Escassez de tempo	1	2
Desvalorização da mulher pelo companheiro	1	2

Apresentam-se alguns testemunhos dos participantes específicos de cada uma das subcategorias:

3.1.1 A barreira cultural

As barreiras culturais identificadas pelos informantes são: a dificuldade linguística, referida por nove dos dez participante, particularmente com as imigrantes indianas, muçulmanas, e de países africanos de língua oficial portuguesa; a dificuldade em lidar com a diversidade cultural da população, apontada por sete participantes; o desconhecimento cultural por parte do enfermeiro, referenciado por quatro participantes; a não-aceitação de profissional de saúde do género masculino por algumas mulheres, e o choque religioso, ambos enunciados por três participantes; a dificuldade em aceitar a rejeição da amamentação, referido por dois participantes; e, o choque cultural, os preconceitos e tabus, a incapacidade em lidar com os costumes das pessoas e o esconderem informação sobre a mutilação genital feminina, apontado por apenas um participante. Esta subcategoria foi referenciada por todos os enfermeiros, contando com 66 unidades de registo.

3.1.2 A dificuldade linguística

“Acabamos por ter a barreira linguística, na maior parte dos casos, é o que nos dá logo a primeira dificuldade em conseguir comunicar com estas pessoas e eles fazerem-se comunicar connosco, para sabermos quais as suas necessidades. Esse é o maior problema” (E1)

“Em muitas situações não é fácil, a maior dificuldade prende-se sobretudo em contexto sala de partos com a língua que é uma barreira muito grande porque realmente muitas das vezes é difícil fazermos-nos entender e entender o que as mulheres nos dizem...o que eu sinto mais dificuldade realmente é na barreira linguística” (E2)

“É um desafio e uma dificuldade, não é fácil de facto, principalmente quando há barreiras linguísticas, que na nossa realidade acontece frequentemente...mas não é fácil quando há estas barreiras linguísticas, de facto acho que é uma dificuldade difícil de ultrapassar por não termos recursos...[às vezes não percebemos] se é porque não nos percebem [que não nos respondem às questões]” (E10)

3.1.3 A dificuldade em lidar com a diversidade cultural da população

“A nossa população (...) é muito diversa, muitas pessoas imigrantes e temos algumas dificuldades em ultrapassar isto...lidamos com culturas diferentes, maneiras de sentir diferentes e realidades também diferentes de um país para o outro, muito diferentes daquilo que estamos habituados” (E1)

“Temos muitas grávidas indianas e muitas muçulmanas...diversidade cultural muito grande...porque realmente existem muitas culturas diferentes e hábitos muito diferentes” (E2)

“É um desafio ... temos diversas culturas...seria difícil tornarmo-nos peritos em todas” (E10)

3.1.4 O desconhecimento cultural por parte do enfermeiro

“Mesmo os PALOP’s cada um vem do seu país e cada cultura é diferente e isso é muito difícil de diferenciar” (E1)

“há uns anos apareceram mulheres da Índia, as Kaur que são dos Sikhs, da cultura Sikh e eu no início pensava que elas eram todas primas...por terem o mesmo apelido Kaur” (E9)

3.1.5 Não-aceitação de profissional de saúde do género masculino por algumas mulheres

“Eram dois médicos homens e a senhora não queria ser vista por eles” (E2)

“Outras que não querem ser cuidadas por enfermeiros homens” (E2)

3.1.6 Choque religioso

“A que nos coloca aqui em contexto de maternidade em maior conflito com a nossa forma de estar são... as testemunhas de Jeová em situação de emergência que não queiram fazer transfusão” (E5)

3.1.7 Dificuldade em aceitar a rejeição da amamentação

“Algumas etnias que não querem amamentar logo após o nascimento” (E2)

3.1.8 Choque cultural

“identificámos possíveis choques entre a nossa cultura, a nossa formação profissional e a nossa prestação de cuidados com determinados aspetos da sociedade e religião dos imigrantes” (E7)

3.1.9 Preconceitos e tabus

“Têm também alguns preconceitos [que temos dificuldade em ultrapassar]” (E9)

3.1.10 Incapacidade em lidar com os costumes das pessoas

“É difícil nós tentarmos lidar com os costumes das pessoas” (E4)

3.1.11 Esconderem informação sobre a mutilação genital feminina

“Nos casos de mutilação genital feminina, nestes casos como temos que fazer referência, para perceber se na família há outras meninas que possam ser submetidas à mutilação ou não, recorremos aos acompanhantes/às pessoas significativas mas esta temática ainda é ... as pessoas têm muito medo de falar sobre ela e às vezes não nos respondem às questões, por exemplo quando é que foi feita a mutilação, se querem fazer ou não à menina que nasce ou a outras meninas da família, portanto às vezes não percebemos se é por medo que não nos respondem” (E10)

3.1.12 Dificuldade em prestar cuidados de acordo com o método individual

“Não conseguimos cuidar de cada mulher de forma individualizada” (E1)

3.1.13 O número escasso de Enfermeiros face à exigência dos cuidados individuais

“Os rácios não nos permitem [o cuidado culturalmente competente]” (E1)

“Para já, somos muito poucos [EESMO]” (E1).

3.1.14 Escassez de tempo

“Acabamos por ter muito pouco tempo para as mulheres e isso também é mau” (E1)

3.1.15 A desvalorização da mulher pelo companheiro

“Percebi nitidamente que ela estava a ser tratada exatamente como um objeto” (E5)

3.2 Estratégias utilizadas pelo EESMO na interação com a mulher imigrante

A categoria “Estratégias utilizadas pelo EESMO na interação com a mulher imigrante” é constituída por doze subcategorias, nomeadamente: “Recorrer a familiar como intérprete da mulher imigrante”, “Centrar-se numa abordagem da pessoa como ser único”, “Utilizar linguagem gestual”, “Consultar sites de tradução”, “Assegurar a presença de profissional do sexo feminino”, “Elaborar folhetos em várias línguas”, “Melhorar estratégias comunicacionais”, “Pedir apoio a mediadores [do hospital]”, “Pedir colaboração a colegas mais experientes”, “Recorrer a profissionais da mesma cultura da mulher imigrante”, “Seguir orientações escritas em protocolos”, “Obter o consentimento informado”. As estratégias mais utilizadas pelos participantes são: o Recorrer a familiar como intérprete da mulher imigrante, referenciada por oito participantes; o centrar-se numa abordagem da pessoa como ser

único, apontada por seis participantes; e, “Utilizar linguagem gestual”, presente nos discursos de seis participantes, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2. Estratégias utilizadas pelo EESMO na interação com a mulher imigrante.

Estratégias utilizadas pelo EESMO na interação com a mulher imigrante	N	F
Recorrer a familiar como intérprete da mulher imigrante	8	19
Utilizar linguagem gestual	6	11
Centrar-se numa abordagem da pessoa como ser único	6	7
Consultar sites de tradução	4	5
Assegurar a presença de profissional do sexo feminino	3	6
Elaborar folhetos em várias línguas	2	2
Melhorar estratégias comunicacionais	2	3
Pedir apoio a mediadores [do hospital]	2	4
Pedir colaboração a colegas mais experientes	2	2
Recorrer a profissionais da mesma cultura da mulher imigrante	2	2
Seguir orientações escritas em protocolos	2	2
Obter o consentimento informado	1	3

Apresentam-se algumas unidades de registo que dão corpo às três subcategorias mais referenciadas pelos participantes:

3.2.1 Recorrer a familiar como intérprete da mulher imigrante

“No meu caso pessoal, vou muito buscar à família, aos acompanhantes, à família mais alargada e pedimos um bocadinho apoio a essas pessoas para nos podermos fazer entender um bocadinho melhor e para podermos entender as necessidades destas mulheres, deste casal” (E1)

3.2.2 Centrar-se numa abordagem da pessoa como ser único

“Tentar conversar com a grávida, com a família, com o casal para tentar perceber o que é que elas pretendem o que é que querem, porque é que querem de uma maneira porque é que não querem de outra e tentar ir de encontro aos seus desejos” (E2)

3.2.3 Utilizar linguagem gestual

“Habitualmente é por sinais e gestos que a gente...não consegue nem traduzir...as que não conseguem... não falam mesmo nada em português” (E6)

4. DISCUSSÃO

Neste estudo, a categoria “Constrangimentos dos enfermeiros na interação com a mulher imigrante” foi referenciada por todos os enfermeiros, com 76 unidades de registo. Os constrangimentos mais referidos pelos participantes foram: as dificuldades linguísticas e em lidar com a diversidade cultural da população. Estes resultados corroboram os encontrados por Lin, Wu e Hsu (2019), cujo estudo revela que grande parte dos enfermeiros sentiram as mesmas dificuldades na interação com utentes de diferentes culturas. Todavia, os participantes demonstram ter consciência da importância das diferenças de valores que

regem as diferentes culturas. Os enfermeiros revelaram que tiveram dificuldade em implementar o seu trabalho num contexto culturalmente tão divergente e em procurar recursos que representassem situações em que as características comportamentais melhorassem as suas competências culturais, estando os resultados encontrados no presente estudo em conformidade (Lin, Wu & Hsu, 2019). Alahmmari (2016) no seu estudo quantitativo e descritivo com enfermeiros não sauditas e utentes sauditas explorou as barreiras da comunicação cultural e os seus efeitos nos cuidados prestados, salientando-se as barreiras linguísticas, o choque cultural e não saber como lidar com os costumes dos utentes, resultando em exaustão por parte dos enfermeiros. A competência em comunicação cultural foi influenciada pela não compreensão da cultura saudita (Alahmmari, 2016), cultura em que, aquando do internamento, a mulher tinha que estar acompanhada de tutor masculino (Human Rights Watch, 2016), e que mantém a violação por muitos dos seus direitos (Human Rights Watch, 2020).

A categoria “Estratégias utilizadas pelo EESMO na interação com a mulher imigrante” é constituída por doze subcategorias, sendo as mais evidentes: Recorrer a familiar como intérprete da mulher imigrante, centrar-se numa abordagem da pessoa como ser único e, utilizar linguagem gestual. Estes testemunhos revelam que o cuidado à mulher imigrante é uma prática de enfermagem humanizada, um cuidar que deve ser concretizado no dia-a-dia de forma holística, o que está em conformidade com Vasconcelos e Selow (2016), segundo os quais, o cuidado numa visão holística impede que este se torne mecânico, impessoal e desumano, devendo atender-se à especificidade e individualidade de cada cliente, dentro do “aqui e agora”, respeitando sempre a unicidade de cada um.

Os cuidados de enfermagem que se prestam devem assentar, assim, num compromisso de valorização da pessoa como veículo fundamental do seu autocuidado, procurando mobilizar as suas capacidades de vida, que representam o cuidar. Por conseguinte, refere-se que os esforços dos enfermeiros no âmbito da interculturalidade são elementos-chave para um cuidado humanizado, pois permitirão eliminar as barreiras presentes no exercício do cuidar a mulher imigrante.

O cuidado humanizado não se apoia apenas na condição humana do enfermeiro ou nas intenções institucionais, mas nas atitudes e na disposição voltada para o bem-estar de cada cliente. Além disso, as tensões no cuidado de enfermagem devem ser resolvidas através da

humanização, no olhar para o outro “como pessoa como ser único” que é (Vasconcelos & Selow (2016).

Constatou-se também que seis enfermeiros indicaram “utilizar linguagem gestual” como estratégia utilizada pelo EESMO na interação com a mulher imigrante. É de ressaltar a importância atribuída à área da comunicação não-verbal, o que reforça os esforços manifestados pelos enfermeiros para poderem estabelecer relações interpessoais com as mulheres e respetiva família, num processo comunicacional empático que lhes permite prestar cuidados culturalmente congruentes, dentro das suas possibilidades.

De acordo com Kourkouta e Papathanasiou (2014), uma boa comunicação entre enfermeiros e clientes é essencial para o êxito do atendimento de enfermagem individualizado. Para isso, os enfermeiros devem entender e ajudar os clientes, demonstrando cortesia, bondade e sinceridade, recorrendo à linguagem verbal e não-verbal.

A boa comunicação não se baseia apenas nas habilidades físicas dos enfermeiros, mas também na sua postura assertiva, empática, na experiência e na partilha de saberes, como meio para melhorar as estratégias comunicacionais, o que implica uma constante colaboração entre profissionais (Kourkouta & Papathanasiou, 2014).

O facto de os enfermeiros entrevistados terem relatado a importância de recorrer a várias formas de comunicação, sobretudo a comunicação gestual, está em conformidade com Brooks, Manias e Bloomer (2019) que defendem que uma comunicação culturalmente sensível e competente demonstra compreensão e respeito pelos indivíduos e promove a satisfação do cliente e da família.

Através da comunicação verbal e não-verbal, os enfermeiros tentam identificar as necessidades individualizadas do cliente. No entanto, a comunicação culturalmente sensível também depende do facto de os enfermeiros serem capazes de refletir criticamente sobre os seus próprios valores, crenças, preferências e cultura, bem como aceitar a cultura, tradições, perspetivas e práticas dos clientes, famílias e comunidades culturalmente diversas (Brooks, Manias & Bloomer, 2019).

Também Noble, Engelhardt, Newsome-Wicks e Woloski-Wruble (2009) corroboram os resultados obtidos ao referirem que, na maioria dos casos, o contacto da mulher imigrante e da sua família com o sistema de saúde do país acolhedor, acontece na sala de partos, o que

torna este espaço como o mais propício à ocorrência de conflitos culturais, onde as diferenças linguísticas são evidentes, o que implica o recurso, por parte do EESMO, de estratégias que facilitem a comunicação com a mulher e seus familiares, nomeadamente o recurso à linguagem gestual, a um tradutor e a estratégias não farmacológicas (Noble et al, 2009). Wikberg e Bondas (2010) salientam que quando não existe uma linguagem comum e/ou comunicação eficaz, a relação entre o EESMO e a mulher fica comprometida, com reflexos diretos na prestação de cuidados. A falta de reciprocidade no ato comunicativo e na transmissão de informações parece resultar na ausência de escolha, situação que provoca medo e frustração à mulher imigrante (Wikberg & Bondas, 2010).

5. CONCLUSÕES

Na interação com a mulher imigrante o EESMO depara-se com vários constrangimentos no domínio cultural, nomeadamente, a barreira cultural, a dificuldade em prestar cuidados de acordo com o método individual, o número escasso de Enfermeiros face à exigência dos cuidados individuais, a escassez de tempo e a desvalorização da mulher pelo companheiro. As barreiras culturais são um dos maiores constrangimentos apontados pelos enfermeiros na prestação de cuidados à mulher imigrante, sendo que, a dificuldade linguística, a dificuldade em lidar com a diversidade cultural da população e o desconhecimento cultural foram as mais referidas neste estudo.

Perante isto, os enfermeiros foram desenvolvendo estratégias pontuais com vista à prestação de cuidados culturalmente congruentes. As estratégias mais utilizadas pelo EESMO na interação com a mulher imigrante foram o recorrer a familiar como intérprete da mulher imigrante, o centrar-se numa abordagem da pessoa como ser único e o utilizar linguagem gestual.

Entre as limitações do estudo, consideramos: a escassez de tempo dos participantes para a entrevista e a existência de pouca evidência científica relacionada com a temática em estudo.

Contributos para a prática. O presente estudo de investigação qualitativa, fenomenológico-hermenêutico permitiu compreender as experiências vividas pelos EESMO face aos constrangimentos na interação com a mulher imigrante, bem como conhecer as estratégias de superação que desenvolvem, tendo como foco o cuidado culturalmente competente. Assim, com base nos resultados do estudo e face aos constrangimentos referenciados pelos

participantes e estratégias de superação, como implicações para a prática, ensino e investigação, sugere-se um maior investimento na formação e autoformação do EESMO, permitindo o desenvolvimento da consciência cultural e do conhecimento cultural; estimular a autoformação nas práticas; mobilizar os saberes de conhecimento cultural e alertar para a importância da singularidade cultural dos imigrantes.

Ao nível da investigação propõe-se replicar o estudo noutras comunidades e estudar a cultura profissional, e os próprios imigrantes no sentido de compreender como é para eles comunicarem com os enfermeiros e como é que eles ultrapassam as barreiras culturais e especificamente as barreiras linguísticas

Agradecimentos. Politécnico de Viseu; SIGMA - Phi Xi Chapter; Alto Comissariado para as Migrações/Rede de Ensino Superior em Mediação Intercultural. Trabalho financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I.P., no âmbito do projeto Ref^a UIDB/00742/2020.

Contribuição dos autores: O 1º, 2º e 3º autores trabalharam na conceção, execução, análise, interpretação e construção do artigo. Os restantes contribuíram na construção do artigo.

6. REFERÊNCIAS

- Alahmmari, A.Y. (2016). Exploring Cultural Barriers to Effective Communication Between Expatriate Nurses and Patients in the Kingdom of Saudi Arabia. School of Nursing and Midwifery (Peninsula Campus) Faculty of Medicine, Nursing and Health Sciences Monash University.
- Becker, A.P.S., Borges, L.M., & Crepaldi, M.A. (2017). Imigração e dinâmica familiar: uma revisão teórica. Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 23, 1, 160-181. Acedido em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v23n1/v23n1a10.pdf>.
- Brooks, L.A., Manias, E., & Bloomer, M.J. (2019). Culturally sensitive communication in healthcare: A concept analysis. Collegian; 26, 383-391.
- Bruno, J.I.M. (2012). Competência cultural do enfermeiro especialista de saúde materna, obstétrica e ginecológica ao cuidar da parturiente no bloco de partos. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Acedido em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15804/1/Joana%20Isabel%20Madureira%20Bruno%20-%20RELAT%C3%93RIO%20DE%20EST%C3%81GIO%20-%20Compet%C3%A2ncia%20Cultural%20do%20EESMOG%20ao%20Cuidar%20da%20Parturiente%20no%20Bloco%20de~1.pdf>
- Errasti-Ibarrondo, B.E., Díez-Del-Corral, M.P., Jordán, J.A., & Arantzamendi, M. (2019). Van Manen's phenomenology of practice: How can it contribute to nursing? Nursing Inquiry; 26, 2-10. DOI: 10.1111/nin.12259.
- Human Rights Watch. (2016). *Boxed In: Women and Saudi Arabia's Male Guardianship System*. New York, NY: Human Rights Watch.
- Human Rights Watch. (2020). *World Report 2020*. New York, NY: Human Rights Watch.

- Kourkouta, L., & Papathanasiou, I.V. (2014). Communication in Nursing Practice. *Mater Sociomed.*; 26(1), 65-67. DOI: 10.5455/msm.2014.26.65-67
- Lin, M.H., Wu, C.Y., & Hsu, H.C. (2019). Exploring the experiences of cultural competence among clinical nurses in Taiwan. *Applied Nursing Research*, 45, 6–11. Acedido em <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S089718971830394X?token=2751B5FB00163E7688D00F360996F2A852FFC3E8FD824E74F704DB693CE2BB7DDF08F38356CBBF299F3DA58F5339B373>
- Morse, J. (2007). Aspectos essenciais de metodologia de investigação qualitativa. Coimbra: Formasau.
- Noble, A., Engelhardt, K., Newsome-Wicks, M., & Woloski-Wruble, A.C. (2009). Cultural competence and ethnic attitudes of midwives concerning Jewish couples. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*; 38(5), 544-55. doi: 10.1111/j.1552-6909.2009.01056.x.
- Oliveira, C.R. & Gomes, N. (2017). Indicadores de integração de imigrantes: relatório estatístico anual 2017. 1ª ed. (Imigração em Números – Relatórios Anuais 2) ISBN 978-989-685-089-0
- SEF (2017). Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo. Em <https://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa2017.pdf>
- SEF (2018). População Estrangeira Residente em Portugal. Em <https://sefstat.sef.pt/forms/distritos.aspx>
- Van Manen, M. (2014). Phenomenology of practice: Meaning-giving methods in phenomenological research and writing. Walnut Creek, CA: Left Coast Press.
- Van Manen, M. (2015). Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy, 2nd ed. Walnut Creek, CA: Left Coast Press.
- Vasconcelos, M.F.G; Selow, M.L.C. (2016). Atendimento humanizado pela equipe de enfermagem nas unidades de urgência e emergência. Acedido em janeiro, 29, 2018 em: <http://www.vitrineacademica.dombosco.sebsa.com.br/index.php/vitrine/article/view/222/223>
- Wikberg, A., & Bondas, T. (2010). A patient perspective in research on intercultural caring in maternity care: A meta-ethnography. *Int J Qual Stud Health Well-being*; 8, 1-15. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2879866/pdf/QHW-5-4648.pdf>

PERCEPÇÃO DAS MULHERES IMIGRANTES HAITIANAS SOBRE CONCEPÇÃO DE CORPO, SAÚDE E CUIDADO

Marli Aparecida Rocha de Souza¹, Aline Dalpra Rosa², Aida Maris Peres³, Flaviane da Silva⁴, Ingrid Margareth Voth Lowen⁵, Silvana Regina Rossi Kissula Souza⁶

^{1,3,4,5 e 6} Universidade Federal do Paraná, Brasil. ¹marlirochasouza2@gmail.com; ³aidamaris.peres@gmail.com; ⁴fla.andreele@gmail.com, ⁵pilowen@gmail.com, ⁶skissula@ufpr.br

² Centro Universitário Dom Bosco; Universidade Federal do Paraná, Brasil. aline.dalpra.rosa@hotmail.com

Resumo. O acolhimento das mulheres imigrantes haitianas nos serviços de saúde brasileiros depende do conhecimento sobre como elas percebem o corpo, a saúde e o que pensam sobre o cuidado. Objetivo: identificar a percepção das mulheres haitianas quanto ao corpo, cuidado e saúde. Método: Pesquisa descritiva de abordagem qualitativa, realizada de janeiro a julho de 2017 em município do Sul do Brasil, com participação de 10 mulheres. Utilizou-se Foucault como referencial na análise dos discursos. Resultados: A faixa etária prevaleceu entre 24 e 45 anos, oito mulheres tinham filhos e cinco, os filhos nasceram no Brasil. Durante as entrevistas as mulheres estavam com vestimentas coloridas características da cultura negra e a enalteciam, fazendo tranças no cabelo entre si. Ao serem questionadas sobre corpo apontavam nele o que gostavam; sobre saúde informaram ser hospital; e, sobre cuidado, relataram ser estabelecido na relação do cuidar de si e do outro para estarem bem. Conclusões: Embora estas mulheres, demonstrassem um empoderamento sobre si, seu corpo e sua cultura, viam o cuidado como prática feminina e a ótica foucaultiana ajudou na construção da harmonização da teoria com a realidade.

Palavras Chave: Imigrantes; Grupo de Ascendência Continental Africana; Gênero; Enfermagem em Saúde Comunitária; Saúde da População.

PERCEPTION OF HAITIAN IMMIGRANT WOMEN ON BODY CONCEPTION, HEALTH AND CARE

Abstract. The reception of Haitian immigrant women in Brazilian health services depends on knowledge about how they perceive the body, health and what they think about care. Objective: to identify the perception of Haitian women in terms of body, care and health. Method: Descriptive and qualitative research, from January to July 2017 in one southern city of Brazil, with the participation of 10 women. Foucault was used to perform the discourse analysis. Results: The age group prevailed between 24 and 45 years, eight women had children and five, the children were born in Brazil. During the interviews, the women wore colorful clothing characteristic of black culture and praised it, braiding their hair among themselves. When asked about the body, they pointed out what they liked about their own body, when asked about health they reported a link to the hospital. Regarding care, they reported that is established when they are able of taking care of themselves and the others to be well. Conclusions: Although these women demonstrated empowerment about themselves, their body and their black culture, they saw care as a feminine practice and Foucault's optics helped to build the harmonization of theory with reality.

Keywords: Immigrants; African Continental Ancestry Group; Genre; Community Health Nursing; Population Health.

1. INTRODUÇÃO

O Haiti foi a primeira república negra a declarar independência no mundo, no ano de 1804. Na atualidade, internacionalmente, é visto como uma nação que passa por um processo de recuperação, devido a décadas de crises políticas e pobreza, complementada por intervenções externas e ajuda internacional, como no caso da parceria Brasil-Haiti no ano de 2004 (Dieme, 2016). A escolha de migração para o Brasil, pode estar relacionada a forte presença do exército brasileiro no território haitiano na época das missões de paz, após o terremoto e os projetos brasileiros como o de vacinação. Bem como pouca fiscalização na fronteira brasileira; possibilidade de emprego dado ao Brasil sediar a copa de 2014; os jogos olímpicos de 2016 e a exploração do Pré-sal (Handerson, 2015; Coutinho & Marcelino, 2016).

Nessa busca, as mulheres haitianas, entre 2010 a 2015, sozinhas ou com seus companheiros migraram para o Brasil, totalizando nesse período 22.135 mulheres que desembarcaram em nossos aeroportos. Destas, 54,1% apresentavam visto permanente, e que trouxe à tona o despreparo da sociedade e de políticas necessárias a esse acolhimento⁴. Caracterizado pela busca destas mulheres, ao atendimento nos diversos serviços disponibilizados no país, incluindo os de saúde. E com isto, a preocupação quanto à compreensão que estes imigrantes têm do processo saúde-doença-cuidado e sua relação com as questões culturais (Handerson, 2015).

Em busca de um referencial teórico as autoras optaram por Foucault, pois o mesmo traz em seus trabalhos o debate acerca de corpo, hospital e cuidado de si. Ressalta-se que este não desenvolve uma teoria somente ao corpo, mas o descreve como dentro da sociedade ocidental transita, constrói suas relações e como este fenômeno está associado ao desenvolvimento tecnológico produzido pela narrativa moderna.

Para Foucault (2008) o corpo permeia um espaço geográfico, possuindo sua materialidade como algo fundamental para sua existência, sobrevivência e identificação, porém não desvinculado da sua capacidade pensante, sendo assim, ele se constrói a partir da sua historicidade. A medicina se utiliza da história que esse corpo carrega, observando muitas vezes apenas a fisiologia corporal, analisando o atlas anatômico, expressão que o próprio Foucault (2008) utiliza, para identificar aquilo que é visível com a identificação de doença ou saúde.

O contexto que permeia as indagações que esta pesquisa busca responder está relacionado à compreensão das mulheres haitianas sobre o fenômeno doença, quais seus conhecimentos sobre saúde, seu corpo e estes ligados ao cuidado. E, para tanto, tem-se como objetivo: Identificar a percepção das mulheres haitianas quanto ao corpo, cuidado e saúde.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva e de abordagem qualitativa, realizada no período de janeiro a julho de 2017 no Estado do Paraná. Participaram 10 mulheres haitianas que faziam parte de um programa estabelecido por uma instituição religiosa na região Sul do Brasil e que acolhe refugiados e imigrantes. Neste local é oferecido curso da língua portuguesa com foco no preparo e inserção dos imigrantes no mercado de trabalho. Foram incluídas: mulheres imigrantes haitianas entre 18 anos e 60 anos. E excluídas: mulheres imigrantes oriundas de outros países, que não conseguissem comunicar-se utilizando a língua portuguesa ou com dificuldade de entendimento das perguntas.

A abordagem qualitativa foi escolhida porque ela permite o aprofundamento no mundo dos significados, onde se não fosse essa abordagem, a realidade no discurso das participantes não poderia ser visível aos olhos das pesquisadoras (Minayo, Deslandes & Gomes, 2011).

As mulheres foram convidadas à participação durante as aulas de português realizadas em uma sala da referida instituição religiosa. Após o aceite, algumas mulheres solicitaram que as entrevistas fossem realizadas neste mesmo local e outras optaram por ser em seus domicílios, o que favoreceu a observação da realidade que as cerca. Em todos os momentos foram favorecidos o anonimato e a privacidade.

O roteiro de entrevista foi composto por questões semiestruturadas, primeiro com perguntas de caráter sociodemográfico com relação à idade, tempo de residência no Brasil, escolaridade, profissão, se tinham filhos e se o nascimento destes fora no Brasil. A seguir, a mulher era direcionada a aspectos nas temáticas de corporalidade, como; “O que é corpo para você?” “E como você vê e percebe seu corpo?” “E você cuida do teu corpo como?”, hospital e saúde “O que é saúde para você?” E cuidado “O que é cuidado para você?”, para conseguir atingir o objetivo proposto. As entrevistas foram gravadas com a permissão das participantes, bem como optou-se por um diário de campo para anotações das observações gerais. Após, estas foram transcritas na íntegra e analisadas.

Para a análise dos dados obtidos a partir das entrevistas, foi escolhida a técnica de Análise do Discurso, a qual indica que o debate central das entrevistas seja o tema proposto pelo entrevistador e que vai além do descrito nas falas (Ferreira & Traversini, 2013). Após a coleta das informações sociodemográficas, o roteiro permeou apontamentos sobre corpo, saúde e cuidado e no qual o referencial foucaltiano foi utilizado por ser considerado o mais adequado como sustentação teórica, filosófica e sociológica às vozes das mulheres.

Todas as entrevistas foram realizadas, somente após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, conforme Resolução 466/2012 e sob parecer do CEP 3.637.228 de uma instituição de ensino superior do sul do Brasil. O sigilo foi garantido e para tanto o uso de flores foi a opção escolhida para nomear as participantes.

3. RESULTADOS

As 10 mulheres haitianas que participaram da pesquisa, mantiveram-se entre a faixa etária de 24 e 45 anos e o tempo de residência no Brasil, variou de dois meses à três anos e sete meses. Quanto ao estado civil dessas mulheres, cinco declararam ser solteiras, uma em união estável, três declaram serem casadas e uma informou estar separada. Quando questionadas se tinham filhos ou não, oito mulheres declararam que sim, e destas, cinco tiveram crianças que nasceram no Brasil, três já tinham filhos ao chegarem no Brasil e duas não. Um fato que marcou as observações, foi o de que elas estavam sempre cuidando de algo relacionado ao corpo e enaltecendo sua cultura, seja fazendo tranças no cabelo ou usando vestimentas coloridas, e que são características da cultura negra.

Ao serem questionadas sobre o que significava, ou o que sabiam sobre “corpo”, apontavam para si, com sorrisos e gestos de timidez e olhando para o lado ao mostrarem em seu corpo do que gostavam, como seguem os relatos:

“não sabe, eu não acho nada. (risos) cope bonita”. (Rosa)

“(risos) Eu gosto bastante do meu corpo, sou bem vaidosa, passo bastante creme no corpo” (Margarida).

“Eu gosto. É toma banho, se arrumar. (risos) (gesto de timidez)” (Pluméria).

“Eu gosto. Cuidar do corpo, tem coisas que você não aplica no corpo para não prejudicar a saúde”. (Crisântemo).

Nas entrevistas o enfoque que elas davam sobre o corpo, esteve voltado em como elas se vêm e o que fazem para o seu cuidar, porém, evidenciado que tal cuidado não inclui

procedimentos relacionados a atos médicos, como no caso de uma das participantes, que referiu não pensar em realizar cirurgia plástica.

Um segundo questionamento foi sobre o que significava para elas “saúde” e, trouxeram em seu discurso, ausência de doença, a relação com o hospital, bem como a saúde ao sentir-se bem e conseguir realizar tarefas diárias como segue:

“Hospital. Hospital? É, saúde é hospital. ” (Rosa).

“Saúde é hospital. Porquê? Porque hospitale? Se eu tá doente, eu vá na saúde (risos) (Lírio d'água).

“[...]é quando a gente não tem doença. A saúde a gente tem que cuidar para ficar com a saúde boa, assim cuidar da alimentação, cuidar do corpo e tudo isso [...] as vezes minha mãe faz chá, as vezes ela compra remédio. Teve uma vez que fiquei 3 dias com febre aí ela me levou no hospital. ” (Margarida).

“Ah, saúde é quando uma pessoa está bem, não precisa, não fica doente, sempre esta com o ânimo pôr em cima, eu acho que isso é saúde” (Orquídea).

“Quando eu ta com saúde eu trabalhar e fazer todas as coisas que precisa” (Tulipa).

“ (risos). É vida” (Pluméria).

Tais relatos destacam que o ambiente hospitalar como forma de restabelecimento da saúde foi utilizado apenas quando outros métodos não obtiveram resultados efetivos. E, o manter a saúde, esteve voltado à alimentação e ao cuidar do corpo. Uma das entrevistadas trouxe em seu discurso, o uso de chás no primeiro momento a não se sentir bem, tal atitude pode ser vista como prática do saber popular cultural.

Outro questionamento foi sobre o sentido de cuidado, e os relatos trouxeram o que fazem referente à higiene, à prevenção, ao não aparecimento de doença e ao cuidado aos filhos:

“Cuidado é fazer comida, lavar roupa, cuidar da casa” (Pluméria).

“Cuidar é tiene que ta tratando sempre, como eu por exemplo eu tenho esse telefone aqui né, tieno que sempre estar cuidando para não quebrar, acho que é assim” (Orquídea)

“Cuidar é você, prevenir as coisas que podem fazer mal” (Estrelícia).

“Cuidar da comida, cuidar de tomar banho, cuidar de corpo limpo tambiem” (Tulipa)

“Se uma pessoa não cuida pode ficar doente também” (Flor de Lótus).

“Cuidar muito de bebe, por que se tem frio ele tem gripe, se não tem frio ele não tem” (Lírio d'água).

“Cuidado quando a criança ficar doente levar para hospital, cuidado é comer, dar banho, lavar roupa” (Dália).

“Cuidado é você fazer alguma coisa que depois não vai prejudicar o seu corpo, depois. Como pode ser se a pessoa não gosta do corpo e quer fazer cirurgia plástica para ficar bem, pode ser que a cirurgia não sai bem e pode causar doença[...]” (Margarida).

Nos relatos o cuidado surge na relação do cuidar de si e do outro, no sentido de que este é voltado tanto ao cuidar da saúde, como ao cuidar do todo, para que esteja bem.

4. DISCUSSÃO

Antes de iniciarmos a discussão dos resultados que foram encontrados, vale ressaltar que durante o processo de coleta, verificou-se a dificuldade das mulheres no quesito linguagem. Ele representa um obstáculo de socialização e muitas vezes até de inserção no mercado de trabalho, o que as tornam vulnerável. A igreja onde são acolhidas, ao ensinar o idioma português, age em suas vidas com processo de transformação social, papel que devia ser exercido pelo Estado.

Outro dado importante a pontuar é que, sobre as mulheres que tiveram filhos em território brasileiro, pode-se criar a relação da gravidez como um facilitador para elas conseguirem permanência no país, ou até mesmo a cidadania e acesso ao sistema de saúde brasileiro, Sistema Único de Saúde (SUS). Visto que, durante a gravidez recebem acompanhamento de saúde (pré-natal) e realização de exames periódicos, o que não ocorre no Haiti com a mesma qualidade do Brasil, podendo ser este, mais um motivo para ocorrer à imigração dessas mulheres, na busca por uma melhor assistência à saúde (Santos, 2016).

Em um dos discursos foi possível identificar a prática de saberes populares, com uso de chás como forma de medicamento e que vai ao encontro do aparecimento das benzedeiras, prática comum na história dos povos afrodescendentes. Essa ação acaba sendo uma maneira de reforço dos laços com os antepassados e aumenta autoestima da população negra. Vale apontar que essa cultura também se dá em locais empobrecidos, como mecanismos de saúde (Mendes & Cavas, 2018).

Nesta pesquisa, optou-se por organizar a discussão em três temáticas: “Tema 1: Corporalidade”, “Tema 2: Hospital” e “Tema 3: Cuidado de si”, perspectiva esta que emergiu do próprio discurso das mulheres.

4.1 Tema 1: Corporalidade

Para melhor elucidação do termo corporalidade, fez necessário pontuar sua definição juntamente com o significado do termo corporeidade. O termo “corporeidade” é comumente referenciado ao corpo físico, orgânico e biológico, com vinculação a carne, não estabelecendo a relação deste, ao contexto de inserção. Já o termo corporalidade é definido, como conjunto das manifestações corporais, estando este em comunicação e interação ao seu meio social e natural (Soares, Kaneko & Gleyse, 2015).

No pensamento foucaultiano, o corpo dentro da história ocidental possui uma realidade biopolítica-histórica, sendo essa corporalidade construída e reconstruída a conforme o meio, sendo essa materialidade corporal apenas o palco, no qual saberes e historicidade se projetam e o fator biológico torna-se inválido para identificação da individualidade. Assim a expressão, identificação e delimitação de corpo se faz de si para si, e é uma construção no decorrer da vida, a partir das possibilidades da existência de cada um e um processo de descoberta do seu próprio corpo (Foucault, 2002).

As mulheres participantes desta pesquisa ao falarem sobre seu corpo, utilizar gestos e maneiras de olhar para si, sinalizaram orgulho de sua cultura e origem latina africana, buscaram falar de si, de como se veem e da sua historicidade enquanto mulheres negras. Trouxeram a identificação de corpo, a partir do seu corpo e de sua identificação racial, alinhada à beleza e estética negra, visto que valorizavam as expressões de corporalidade da cultura, com uso de tranças e cabelos afros, reforçando a lógica de Foucault como explicitado anteriormente.

A estética é uma das instâncias, na qual o racismo tem grande ação e o padrão de beleza está atrelado ao padrão eurocêntrico, gerando nas mulheres negras o sofrimento com a imposição desse padrão. Ao fazerem uso de seus cabelos como são, no seu dia a dia, fazem deste, um objeto político, e se opõem ao padrão hegemônico (Freitas, 2018). O cabelo é muito mais do que vaidade ou estética, mas identidade, bem como tudo que diz respeito à beleza negra, como tranças, turbantes, peles escuras, corpos voluptuosos que valorizam essas características mostrando como essa beleza fortalece os indivíduos (Gomes, 2019).

4.2 Tema 2: Hospital e Saúde

O olhar para a saúde foi modificado ao longo da história da sociedade com o nascimento da clínica. A área médica ganhou controle e passou à institucionalização dos indivíduos que eram vistos como não saudáveis. A medicina moderna na sociedade eurocentrista define o que são sinais e sintomas, e determina que essas alterações devam ser corrigidas com algum tipo de intervenção concreta, fazendo com que os hospitais sejam os locais onde o tratamento é realizado para gerar saúde (Foucault, 1998).

Vale ressaltar que a imagem hospitalocêntrica, trazida na fala das entrevistadas e corroborada diretamente por Foucault (1998) é construída na nossa sociedade. Ela determina a maneira como os corpos devem se comportar, tornando-os dóceis para se ter saúde e reforçando a ideia de que pessoas são máquinas, com uma durabilidade. Quando necessário conserto, este é oferecido somente pela estrutura da indústria médica, fazendo a relação direta da saúde com a teoria da doença (Foucault, 1998).

A Organização Mundial de Saúde define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 1948). O pressuposto de uma definição que remete à busca do bem-estar pleno é considerado uma utopia, por ser esta arraigada a moldes do que é produtivo ou não para a sociedade, e, por conseguinte se existe ou não necessidade de reparação para seu funcionamento pleno.

A autopercepção das condições de saúde acontece atrelada a sua condição de trabalho em vários casos e se a pessoa fica impedida de trabalhar, isso pode refletir em sua situação de saúde. A saúde então, torna-se uma expressão do modo de viver das pessoas quando perdem alguma capacidade funcional e causa prejuízo em suas atividades diárias, incluindo o trabalho, determinando o “não estar mais saudável” (Lobo et al., 2019). As pessoas se sentem doentes quando os motivos de saúde as impedem de realizar suas atividades e projetos, conforme os relatos das mulheres haitianas.

Na perspectiva das mulheres haitianas, a saúde é vista como um todo. Suas motivações para se ter saúde foram trabalhar, ajudar seus familiares e realizar cuidados necessários a eles. Isto reflete o entendimento de que a saúde se torna reparação do que está “anormal”, pois a satisfação subjetiva da saúde, se torna possível, somente após a recuperação total

da funcionalidade das suas atividades diárias socialmente impostas pela sociedade capitalista atual (Foucault, 1998).

Algumas mulheres fizeram a comparação direta do que é saúde com hospital, o que pode ter ocorrido pela existência da autopercepção de que o que está faltando em sua saúde pode ser reestabelecimento neste local. Fato que perdura mesmo com as políticas voltadas ao atendimento da mulher, entre elas a Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher (PNASM), a qual descreve a importância de atendimento participativo da mulher em sua terapêutica, com valorização do seu conhecimento. Entretanto, tal percepção não se alinha à evolução no conhecimento científico entre os profissionais de saúde, que podem gerar descrédito à informação dada no contexto aqui instituído do corpo (Silva, Urasaki & Flores, 2018).

4.3 Tema 3: Cuidado de si

Quanto ao cuidado de si, Foucault (2002) cita em seus estudos sobre a Antiguidade, que o cuidado deve ser uma prática realizada por todos e realizada não somente em um único momento da vida, mas em toda ela. O cuidado deve ser exercido por si, nos círculos de amizade, entre os familiares e no coletivo em que se vive. As mulheres trouxeram nos relatos o cuidado por si com práticas de vaidade no cuidado com seus cabelos e vestimentas coloridas, no cuidado com o seu corpo, com práticas ditas como saudáveis e no cuidado com seus familiares, corroborando com a prática que Foucault aponta sobre o cuidado de si.

A respeito da dimensão do cuidado foi possível verificar nos relatos, que as mulheres haitianas têm a preocupação com a saúde relacionada diretamente ao bem-estar familiar, estabelecendo diretamente a relação do cuidar com o universo feminino, como ação pressuposta da mulher. O gênero feminino é historicamente visto como o detentor do cuidar. Ao longo da história a mulher é provedora do cuidado, ela é responsável por garantir a manutenção da vida e sua continuidade. Em relação ao corpo, ela visa proteger e estimular o crescimento que inclui a gravidez, o nascimento, o cuidado com recém-nascidos, a criança, o cuidado com os idosos e os doentes (Fan & Parreñas, 2018).

Atualmente com o avanço tecnológico e do conhecimento científico, as concepções do cuidado estão voltadas ao modelo biomédico, e este ao poder profissional sobre o corpo dessas mulheres (Silva, Urasaki &, 2018). O conhecimento que cada uma tem sobre o

cuidado e como este pode beneficiar sua saúde esteve presente nas entrevistas. Entre outros saberes, a alimentação foi destacada nas falas, porém os processos e protocolos hoje estabelecidos nos órgãos públicos, vinculam-se à Prática Baseada em Evidências (PBE), o que não contempla a subjetividade particular do sujeito (Silva, Urasaki &, 2018).

Outro ponto com relação ao cuidado de si é o cuidar do outro em suas dimensões e permanece arraigado, independente da origem desta mulher. O cuidado do outro tem relação com questões de gênero e é historicamente construído na cultura patriarcal.

5. CONCLUSÃO

A pesquisa possibilitou identificar a percepção das mulheres haitianas quanto ao corpo, cuidado e saúde conforme o exposto neste artigo e a ótica foucaultiana amparou sua construção quanto ao objetivo proposto. Um fato importante e que deve ser sublimado foi a possibilidade desta pesquisa enaltecer o empoderamento negro das mulheres haitianas. Isso foi constatado com o fato que destas mulheres sentiram-se belas com a identificação dos seus corpos e uso dos valores de reconhecimento da estética da cultura de matriz africana, como tranças e vestimentas coloridas e o não desejo em alterar seus corpos com procedimentos cirúrgicos. Empoderamento necessário na luta contra preconceitos raciais que confrontam a hegemonia imposta pela nossa sociedade e a esta que segue padrões eurocentristas.

A concepção hospitalocêntrica ainda permanece impondo poder sobre os corpos, controlando sua maneira de agir e de como o corpo do indivíduo deve adotar várias práticas de comportamento para ter saúde. Esse resultado foi destaque nas falas e concepções das mulheres haitianas e é corroborado com a manutenção da visão do mundo capitalista e que enxerga o corpo como uma máquina de produção.

A pesquisa trouxe um importante recorte de gênero, no qual ainda existe a imposição do cuidado para as mulheres e um viés a ser melhor detalhado em outros estudos, frente à concepção sobre o papel da mulher determinado na sociedade, independentemente de sua origem, mas pelo fato de ser mulher. Sugere-se o aprofundamento sobre como é o acolhimento dessa população pelos trabalhadores da APS, porque mesmo que este nível de atenção à saúde escape do modelo hospitalar, vislumbra-se que siga os princípios do SUS, principalmente o da Universalidade, no qual todo indivíduo deve ser tratado como igual.

6. REFERÊNCIAS

- Dieme, K. (2016). *Imigração haitiana e política de acolhimento institucional na cidade de São Paulo: 2010-2015*. 2016. 249 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Filosofia, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/24740/14502>.
- Coutinho, S. R., Marcelino, B. A. M. (2016). Migração, religião e políticas públicas: o caso dos haitianos. *Reflexão*, 41(2), 225-233. Disponível em: <https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/reflexao/article/view/3633>.
- Fan Y.K., Parreñas R.S. (2018). Who Cares for the Children and the Elderly? Gender and Transnational Families. In: Ducu V., Nedelcu M., Telegdi-Csetri A. (eds) *Childhood and Parenting in Transnational Settings. International Perspectives on Migration*, 15. Springer, Cham.
- Ferreira, M.S dos, Traversini, C.S (2013). A análise Foucaultiana do discurso como ferramenta metodológica de pesquisa. *Educação & Realidade*, 38(1), 207- 226. Disponível em: http://www.ufrgs.br/edu_realidade/
- Foucault, M (2008). *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Tradução de Raquel Ramalheite. 35. ed. Petrópolis: Vozes.
- Foucault, M. (2002). *História da Sexualidade III – o cuidado de si*. Rio de Janeiro: Graal, 2002.
- Foucault, M. (1998). *O nascimento da clínica* (5a ed., R. Machado, Trad.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Freitas, G. C. S. (2018). Cabelo crespo e mulher negra: a relação entre cabelo e a construção da identidade negra. *Revista Idealogando*, 2(2),66-87. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/idealogando/article/view/238062>.
- Gomes, N. L. (2019). *Sem perder a raiz: Corpo e cabelo como símbolos da identidade negra*. Belo Horizonte Mg: Autêntica.
- Handerson, J. (2015). Diáspora: Sentidos sociais e mobilidades haitianas. *Horizontes Antropológicos*, ano 21, 43, 51-78.
- Lobo, L. A. C et al. (2019). Prevalência de hospitalizações e fatores associados em uma cidade do Sul do Brasil. *Revista da Amrigs*, 63(1), 49-53. Disponível em: <https://www.amrigs.org.br/revista/174>.
- Mendes, D. S., Cavas, C. S. T. (2018). Benzedeiros e benzedeiros quilombolas - construindo identidades culturais. *Interações*, 19(1), 3-14. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-70122018000100003&lng=en&nrm=iso.<https://doi.org/10.20435/inter.v19i1.1568>.
- Minayo, M. C., Deslandes, S. F.; Gomes, R. (2011). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Editora Vozes Limitada.
- Santos, F. V. (2016). A inclusão dos migrantes internacionais nas políticas do sistema de saúde brasileiro: o caso dos haitianos no Amazonas. *Revista História, Ciências, Saúde*, 23(2), 477-494. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v23n2/0104-5970-hcsm-23-2-0477.pdf>. doi.org/10.1590/S0104-59702016000200008
- Soares, M. G., Kaneko, G., Gleyse, J. (2015). Do porto ao palco, um estudo dos conceitos de corporeidade e corporalidade. *Dialektiké*, 3, 68-77. Disponível em: <http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/dialektike/article/view/3725> <https://doi.org/10.15628/dialektike.2015.3725>
- Silva, E. A., Urasaki, M. B. M., Flores, Q. R. S. (2018). Concepções de cuidado e relações de poder na saúde da mulher. *Refacs*, 6(1), 63-71. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/2795>. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v6i1.2795>.
- WHO. (1948). *Officials Records of the World Health Organization*, 2, 100. United Nations, World Health Organization. Geneve, Interim Comission.

O USO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL E SOCIAL NA FORMAÇÃO DE SANITARISTA

Olga Albuquerque¹, Maria Hosana Conceição¹, Maria Fernanda Melis¹, Felipe Albuquerque², Neusi Berbel³ e Cecile Rodrigues⁴

¹ Universidade de Brasília, Brasil. olgamaría@unb.br; hosanac@unb.br; mfernanda.melis@gmail.com

² Escola Politécnica da Universidade de São Paulo, Brasil. felipe.moreira.albuquerque@usp.br

³ Professora aposentada da Universidade Estadual de Londrina - Paraná. neusiberbel@gmail.com

⁴ Gestão em Saúde UPE/UAB, Brasil. cecile_rodrigues@hotmail.com

Resumo. Introdução: essa pesquisa se situa no contexto de mudanças no pensamento sobre o ensino superior, que apontam a necessidade de formação de profissionais críticos e com capacidade de análise da realidade social. Objetivos: analisar a percepção de estudantes da graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ceilândia-Universidade de Brasília (SC/FCE-UnB), sobre a utilização de Tecnologia Educacional e Social (TES) relativas ao ensino-aprendizagem na disciplina Atenção Primária à Saúde (APS). Métodos: estudo de caso e análise de conteúdo das respostas ao questionário aberto aplicado aos estudantes de SC. Da leitura do corpus da pesquisa emergiram três grupos de sentidos: TES na formação da identidade profissional; importância da TES na percepção do nexo teoria/prática na APS e importância da TES na interação estudantes/gestores/usuários de Unidades Básicas de Saúde. Resultados: o emprego de TES proporcionou um processo de ação-reflexão-ação, ampliando/acelerando processos complexos de aprendizagem. A experiência pedagógica estimulou a identificação crescente do estudante com sua futura profissão, maior compreensão da relação teoria/prática e percepção da complexidade humana envolvida nos serviços de APS. Conclusões o desafio da articulação da disciplina APS ao mundo real no campo de prática da APS implica a necessidade de boa comunicação entre diferentes instituições/atores sociais para alcançarem objetivos pedagógicos comuns.

Palavras-chave: Tecnologia Educacional; Tecnologia Culturalmente Apropriada; Formação Profissional em Saúde; Atenção Primária à Saúde.

EDUCATIONAL AND SOCIAL TECHNOLOGY AS A MEANS OF BRIDGING THE GAP BETWEEN THEORY AND PRACTICE

Abstract. Introduction: this research is situated in a context of changes regarding thinking about higher education, which point towards the necessity of educating critical professionals. Aim: to analyze the Public Health students' perception at the Public Health at the University of Brasília, in utilizing social/educational technology (SET) related to the teaching-learning process of the Primary Health Care (PHC) class. Methods: case study and content analyses of responses to questionnaire of the PHC discipline applied to the students. The research's answers were threefold: SET played a part in molding professional identity; importance of SET in the perception of the nexus theory/practice in PHC and the importance of SET in the interaction between students, managers and users of Basic Health Units. Results: the use of SET allowed for an action-reflection-action process, amplifying/accelerating complex teaching processes. The pedagogical experience stimulated a growth in the students' identification with their future profession, a better understanding of the relationship between theory/practice and the perception of human complexity involved in PHC. Conclusions the challenge of articulating the PHC discipline with the real world in a practical manner, on the field of PHC, entails the need of proper communication between different social institutions/actors in order to achieve pedagogical common goals.

Keywords: Educational Technology; Culturally Appropriate Technology; Health Human Resource Training; Primary Health Care.

1. INTRODUÇÃO

A habilidade de tomar decisões sobre o quê e como ensinar, considerando quem, por quê, quando e onde se ensina, caracteriza o conceito de didática. Sua utilização não visa apenas métodos e estratégias de aprendizado, nem uma simples adesão a novas tecnologias ou aumento de produtividade no trabalho. Mais do que isso é importante que o ensino se coloque a serviço do desenvolvimento pessoal e crítico do(a) estudante e da sociedade (Sant'Anna & Menegolla, 1989).

As deficiências na formação do professor no contexto do ensino superior têm sido reconhecidas. A crença de que para ser um bom professor bastariam sólidos conhecimentos na disciplina que leciona e boa comunicação, não é mais aceitável. Estudos pedagógicos realizados com estudantes universitários revelam que uma das maiores críticas ao ensino tem sido a “falta de didática dos professores” (Gil, 2012).

Desse modo, torna-se relevante refletir sobre estratégias didáticas, especialmente no cenário da formação em saúde pública, considerando que o Sanitarista constitui um novo ofício em saúde em fase de consolidação de sua identidade profissional (Silva & Pinto, 2013; Albuquerque et al., 2018; Silva, Pinto & Teixeira, 2018). Segundo Katajavouri, Lindblom-Ylänne & Hirovonen (2006) o reforço dessa identidade profissional resulta, também, da aplicação dos conhecimentos teóricos adquiridos e aplicados no mundo real em situações de trabalho.

Para McCrone, O'Beirne, Sims & Taylor (2015, tradução nossa) uma das principais características do ensino profissional é o modo como o ensino e a aprendizagem se relacionam com o local de trabalho ou como são contextualizados no exercício da profissão. O cenário de prática define a natureza da aprendizagem, abrangendo a contextualização do conteúdo do curso e as abordagens pedagógicas. Dessa forma, inclui-se o local de trabalho e garante-se que o estudante compreenda o que é estudado.

Diferentes estudos (Guile & Evans, 2010; Vendruscolo, Prado & Kleba, 2016) abordam a importância da conexão entre teoria/prática em ambiente institucional com vistas à “adequação do processo de formação às necessidades do Sistema Único de Saúde”. Considerando que o conhecimento prático é adquirido mediante a participação dos estudantes em um ambiente de trabalho no qual a teoria possa ser aplicada, e mesmo questionada, a parceria pedagógica entre a universidade e serviços que oferecem Atenção

Primária à Saúde (APS) tem sido fundamental. O processo de aprendizagem nesse cenário pode facilitar uma interação potencialmente construtiva entre a teoria e a prática. Tal parceria é o fundamento sobre o qual a teoria debatida em sala passa a fazer sentido e cria um cenário favorável ao ensino-aprendizagem.

Essa dinâmica de aprendizagem se insere no conceito de tecnologia educacional aqui entendida como “o estudo e a prática ética de facilitar a aprendizagem e melhorar o desempenho (performance) por meio da criação, do uso e do gerenciamento apropriado de processos tecnológicos e de recursos”. Nos anos sessenta a concepção de tecnologia educacional estava focada em “controlar o processo de aprendizado”. Atualmente a ênfase é colocada em “facilitar a aprendizagem” fornecendo “o espaço do problema e as ferramentas cognitivas para explorá-lo [...] em ambientes imersivos para apoiar o aprendizado” (Januszewski & Molenda, 2008, p. 04).

No Distrito Federal (DF) a Estratégia Saúde da Família (ESF) constitui a estratégia de orientação do modelo de Atenção Primária à Saúde (APS) instituída pela Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal/Brasília (Distrito Federal, 2017). Sua implementação se baseia nas seguintes diretrizes: o acolhimento, a classificação de risco, a resolutividade, a territorialização, a adscrição de clientela, a garantia de acesso e a ordenação da rede de saúde.

A adscrição da clientela constante da PAPS-DF (Distrito Federal, 2017, p. 03) preconiza que “cada equipe deve promover o cadastramento e o acompanhamento da população sob sua responsabilidade, por meio de ações na unidade de saúde, na comunidade ou em visitas domiciliares, utilizando as informações para o planejamento de seu trabalho e para o desencadeamento de ações de outros níveis da gestão”.

Esta pesquisa se situa no contexto de mudanças no pensamento sobre a formação no ensino superior, que apontam para a necessidade de formação de profissionais críticos com capacidade de análise da realidade social. Assim, é importante que caminhos metodológicos percorridos com essa intenção pelos processos de ensino-aprendizagem sejam analisados.

Considerando que a graduação em Saúde Coletiva é um curso em fase de consolidação, a pergunta a ser respondida pelo estudo é: quais características de TES foram reconhecidas pelos estudantes como as mais adequadas ao ensino-aprendizagem na disciplina Atenção Primária à Saúde?

Objetivo: analisar a percepção de estudantes do curso de graduação em Saúde Coletiva, sobre a adoção de Tecnologia Educacional e Social (TES) no ensino-aprendizagem na disciplina de Atenção Primária à Saúde (APS).

2. METODOLOGIA

Adotou-se a pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso cuja principal característica é ser “uma investigação empírica que pesquisa um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos; enfrenta uma situação tecnicamente única em que haverá muito mais variáveis de interesse do que pontos de dados e, como resultado, baseia-se em várias fontes de evidência (Yin, 2005, p. 13) [...] e beneficia-se do desenvolvimento prévio de proposições teóricas para conduzir a coleta e análise dos dados. É uma estratégia de investigação mais adequada quando queremos saber o ‘como’ e o ‘porquê’ de acontecimentos atuais sobre os quais o investigador tem pouco ou nenhum controle (Yin, 2005, p. 9).

Segundo Stake (2000, p. 445, tradução nossa) o estudo de caso é considerado intrínseco porque “ilustra um caso particular e possibilita o entendimento mais profundo de um caso específico”. E, no caso deste estudo, é heurístico porque acrescenta compreensão à prática pedagógica na disciplina APS, ampliando a experiência da professora ou confirmando aspectos já conhecidos de sua prática. Nessa pesquisa se delineou um conjunto de ações intencionais de ensino-aprendizagem promovidas em sala de aula e no cenário de prática institucional, que se desenvolveram nos semestres 2018/2, 2019/1 e 2019/2 com sessenta e sete estudantes.

Ministrada no quarto semestre do curso de graduação em Saúde Coletiva (SC) na Faculdade de Ceilândia/Universidade de Brasília (FCE/UnB), a disciplina APS de 40 horas vem sendo ofertada, ininterruptamente, desde 2014 até o presente. Seu desenvolvimento busca materializar a articulação “entre teoria e prática”, a interlocução com egressos exercendo função de sanitaristas nos serviços de saúde, bem como a “indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão”. Essa disciplina está integrada ao Projeto de Extensão de Ação Contínua “Tecnologia Educacional e Social como dinamizadoras na formação em saúde”. Tudo isso está previsto no Projeto Político Pedagógico do Curso de Saúde Coletiva (Universidade de Brasília [UnB], 2019).

A conversão do modelo tradicional de APS do DF em ESF está consubstanciada na Portaria 77 (Distrito Federal, 2017). Adicionalmente, a Portaria 78 (Distrito Federal, 2017) facultava aos profissionais de saúde sua realocação na APS ou em outros pontos da atenção à saúde. Isso permitiu “a composição de 442 equipes de Saúde da Família (eSF) e a ampliação da cobertura populacional para 69,1%”.

Em seu empenho para aumentar a população assistida, a Secretaria Estadual de Saúde - DF admite que a ausência dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas eSF corresponde ao seu “principal desafio para promover o cadastramento de todas elas” (Corrêa et al., 2019, p. 2037). A parceria da disciplina APS com o serviço de saúde do DF se situa nessa condição de escassez de ACS para efetuar o registro dos residentes nos territórios adstritos às Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Desse modo os estudantes da disciplina APS visitam as residências da microárea, interagem com seus moradores e preenchem os cadastros para registrar as pessoas que constituem a população adscrita à UBS 16. Nessa atividade eles são acompanhados de perto pelas ACS. Uma regra básica de comportamento para atuar nesse cenário é o respeito devido a cada uma dessas pessoas: as ACS, os usuários com quem entram em contato e os outros servidores da UBS. Na sequência desse processo de trabalho, os estudantes procedem à inserção dos dados obtidos no Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB), supervisionados pelos profissionais do setor de Vigilância em Saúde.

Essa pesquisa utilizou TES específicas como ferramenta pedagógica para uma formação profissional contextualizada e inserida nas diferentes atividades na APS em Ceilândia. A efetivação dessas TES consistem em: leituras e sínteses dos textos sobre APS; apresentação da síntese destes artigos científicos que adotaram práticas inter-relacionadas à APS com base em critérios de avaliação pré-definidos e em sua vivência na APS; apropriação da legislação vigente no confronto com sua materialização no cenário de práticas; reflexão efetuada a partir das vivências no campo da APS; interação com os moradores da microárea e com servidores da UBS; e, interlocução dos estudantes com gestores e egressos que já atuam como Sanitaristas. As perguntas elaboradas por eles ao apresentarem as sínteses em sala de aula, guiam o diálogo nas rodas de conversa.

Em cada semestre a sala de aula foi o local onde se realizaram as cinco rodas de conversa com a participação de gestores e egressos de SC, com duração de duas horas e a participação de vinte e dois estudantes em média, dos quais 76% eram do gênero feminino.

A professora moderou essas conversas coletivas que partiam das questões elaboradas pelos estudantes apoiados nas leituras e em suas vivências nas UBS.

O registro dos dados se originou das frases dos estudantes ao avaliarem a disciplina APS, sequencialmente, ao fim dos três semestres e compuseram o corpus sobre o qual efetuou-se a análise de conteúdo. Uma das perguntas propostas aos estudantes para sua avaliação da TES adotada no contexto da APS contemplou “a contribuição da disciplina APS ao seu processo de formação profissional” no campo da saúde pública. A cada vez que se repetia a aplicação destas perguntas a professora retirava-se da sala para que os estudantes pudessem expressar-se sem qualquer tipo de constrangimento.

A análise de conteúdo se serviu do tema como regra de recorte como a “unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”. O emprego do tema como unidade de registro se ajusta à investigação de “motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências, etc.” (Bardin, 2011, p. 135). Isso parece adequado ao propósito do estudo, que é construir conjuntamente com os estudantes, ao longo dos semestres o aprimoramento da disciplina APS.

A organização dos dados do estudo iniciou com a transcrição das frases, que constituíram as unidades de registro. Em seguida fez-se a leitura flutuante para formulação de hipóteses provisórias quanto às categorias levantadas inicialmente. Em seguida, a pesquisadora ordenou os dados a partir de uma leitura exaustiva e repetida com vistas à codificação e identificação de núcleos de sentido. Na análise final fez-se a triangulação com o referencial teórico e o material coletado. Os resultados apresentam as unidades de registro dos estudantes identificados pela letra “E” seguida do número associado a cada um dos acadêmicos que efetuou as avaliações e passou a compor o corpus da pesquisa.

3. RESULTADO

É importante destacar que no DF a implantação do modelo de APS operacionalizou a conversão do modelo tradicional de APS em ESF com prioridade para as áreas de maior vulnerabilidade social (Corrêa et al., 2019). Isso teve início em 2016 e, no ano seguinte, a publicação da Portaria 78 (Distrito Federal, 2017) propunha aos profissionais contratados a adesão ao novo modelo de atenção. A estes profissionais foi facultada a opção de serem “relotados em unidades de saúde de outros níveis de atenção, não necessariamente na

mesma Região de Saúde, em função da necessidade da população e respeitadas as atribuições de seu cargo.”

Assim, desde o início do semestre letivo, os estudantes visitavam as UBS para observar traços da realidade existente e confrontar as facetas desta realidade com aspectos teóricos que estruturam a implementação da PAPS-DF (Distrito Federal, 2017). Da leitura do corpus desta pesquisa emergiram sentidos relativos às estratégias de TES adotadas no ensino-aprendizagem da APS categorizados em 3 grupos: a) TES no processo formação da identidade profissional; b) importância da TES para a percepção do nexos entre teoria/prática na APS; c) importância da TES na interação entre estudantes, gestores e usuários de UBS.

3.1 Tecnologia educacional e social no processo de formação da identidade profissional

O repertório de frases destacadas a seguir apontam a relevância da TES para solidificar a autopercepção como profissional *“mais capacitada para lidar com problemas”* (E1), *“sensata e realista”* (E2), *“atento às necessidades da população”* (E3), *“capaz de enfrentar dificuldades”* (E4), [preparado para] *“exercer meu papel como gestor”* (E5), (E6).

A percepção geral dos estudantes sobre o uso das estratégias de TES utilizadas pela disciplina de APS foi expressa das seguintes formas: *“a APS abriu meus olhos ao meu futuro campo de atuação [...] as dificuldades que poderei enfrentar e como resolvê-las”* (E6). Outro estudante manifestou que a APS contribuiu para uma *“visão mais ampliada do Sistema de Saúde, especificamente a Atenção Básica, com um olhar de profissional”* (E7).

“A [disciplina] APS foi de ‘super’ contribuição para minha formação em Saúde Coletiva, os conhecimentos das leis e portarias trouxeram um conhecimento mais profundo para uma gestão qualificada e de competência nas Unidades de Saúde” (E8). Outra expressão relevante: *“A APS trouxe para o meu processo de formação pessoal uma paixão pela área, uma auto-descoberta como área de atuação, me fez enxergar como nós profissionais de Saúde Coletiva somos fundamentais na ponta, na prestação de serviços”* (E9). É possível observar que, em alguns momentos, os estudantes se referem à disciplina APS e, em outros, eles se reportam à APS. A PAPS-DF (Distrito Federal, 2017) determina que este ponto da atenção à saúde seja a “porta de entrada” e o “contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde”.

Apesar da dificuldade representada pela leitura inabitual da legislação, os estudantes admitem: *“pude aprender melhor sobre a APS e como aplicar esses conhecimentos na UBS, na gestão, intervir segundo as Portarias”* (E10). Outro estudante se percebeu exercendo sua profissão na APS: *“foi incrível, eu finalmente entendi as possibilidades de meu futuro como gestora, a apropriação do conhecimento (...) essa disciplina me inspira a ser a melhor sanitarista possível”* (E12).

Ao partir do conhecimento de um campo concreto de trabalho do Sanitarista os estudantes, de maneira geral, desenvolveram uma identificação crescente com a futura profissão. Ao longo dos semestres as estratégias de TES adotadas na disciplina APS suscitam discussões em sala de aula acerca dos principais desafios a serem enfrentados pelos estudantes em sua futura profissão. As avaliações realizadas por eles, descritas acima, repercutem a dinâmica adotada na disciplina APS.

Os fragmentos expressivos dos estudantes de SC corroboram a pesquisa de Sisson (2009). Nela os estudantes apontam a identidade profissional e a aquisição de valores sociais como resultado da prática vivenciada e realizada: *“aprendi a me colocar no lugar do tomador de decisão e analisar a situação como um profissional”* (E13). Para outros as visitas às UBS despertaram o sentimento de identificação com a decisão apoiada na *“legislação para a tomada de decisão”* (E12); *“me fez pensar como gestor”* (E14), *“como profissional de saúde na APS, como tomador de decisão”* (E15).

E ainda, *“A APS trouxe uma perspectiva de conhecimento na função de fazer, delegar e de gestor de saúde”* (E16). Tais características, essenciais nas atividades realizadas, desvelam ganhos importantes na formação dos acadêmicos na disciplina. No estudo de Katajavouri, Lindblom-Ylänne & Hirovonen (2006), os estudantes afirmaram que o período de prática os preparava para a vida profissional e lhes permitia ir trabalhar depois da formatura.

As atividades em sala de aula representaram um duplo desafio: impulso para os estudantes se apropriarem dos principais conceitos que dão sustentação à APS e a compreensão da lógica da legislação estruturante do modelo da APS, PAPS-DF (Distrito Federal, 2017) e Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017), como norteadora das decisões. A disciplina Atenção Primária à Saúde foi incorporada com este nome às trilhas de aprendizagem do curso de Saúde Coletiva (SC). Ao longo desse texto observa-se que alguns estudantes empregam o termo Atenção Básica (AB). Isso acontece porque ambos os

normativos, a PAPS (Distrito Federal, 2017) e a PNAB (Brasil, 2017) admitem os dois termos, AB e APS, para designar este ponto da atenção em saúde.

“Como profissional devo sempre ser pautada pelos *regulamentos [...] ter esperteza e feeling na tomada de decisão, além de conhecer muito bem o meu objeto de trabalho: teoria + senso crítico + vínculo*” (E11). A aquisição dos saberes profissionais mesclou a teoria, a legislação, as práticas reflexivas e a sinergia com o trabalho propiciado pelas vivências nesse trajeto formativo.

O conjunto de enunciados dos estudantes desvelam que “é no encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano” (Ramos, Barros & Ferraço, 2004). O Projeto Político Pedagógico [PPP] (Brasil, 2019) do curso de SC compreende quatro eixos: o modo de vida, os sistemas biológicos, as especificidades do fazer em SC e os cenários e práticas em SC. O eixo que trata das “especificidades do fazer em SC enfatiza aqueles aspectos, conteúdos e abordagens, voltados à qualificação da ação dos estudantes nas questões diretamente implicadas na prática de estruturação, organização e gestão da atenção em saúde e na consolidação do Sistema Único de Saúde.” Os ângulos de visão trazidos pelos estudantes apontam para uma convergência aos preceitos contidos no PPP (Brasil, 2019).

3.2 Importância da TES para a percepção do nexos entre teoria/prática na APS

A atuação dos estudantes no campo, o cadastramento na ESF e o subsequente registro dos dados no SISAB gerou uma disposição favorável à APS, que se constitui na primeira interface dos usuários com o sistema de saúde. Isso parece ter sido importante para a interligação entre teoria e prática nos cenários de aprendizagem propostos.

Referindo-se a essas atuações, dentre as avaliações efetuadas pelos estudantes, encontram-se enunciados como “*conhecimento e vivência da realidade da APS [...] vivência na UBS como prática fundamental*” (E17), a “*aplicação da teoria na prática*” (E18), o “*vínculo entre teoria e prática*” (E19) e o entendimento “*como funciona na teoria e na prática a APS*” (E15), além de muitas outras expressões enfatizando o nexos identificado entre teoria e prática.

Nesse sentido os estudantes manifestaram sua percepção sobre o tópico do PPP (Brasil, 2019) referente aos “cenários e práticas em Saúde Coletiva” através das seguintes frases:

“A [disciplina] APS me deu uma visão prática do que acontece na vida real” (E20). Tal percepção está em conformidade com a pesquisa de Lave (1993). Nela o autor salienta que “o conhecimento prático é adquirido trabalhando e participando de um ambiente de trabalho onde a teoria possa ser aplicada. E, por consequência, o conhecimento prático é socialmente situado e socialmente produzido”.

“A [disciplina] APS aprofundou meus conhecimentos de APS e também nos colocou como gestores ao nos dar leis e documentos que regem nossa atuação e fazendo a conexão da teoria com a prática” (E11). Essa compreensão desvelada na frase desse estudante advém do discernimento quanto à importância do normativo legal como base para a tomada de decisão do gestor.

“Por fazer a ligação da teoria com a prática [a disciplina APS] me fez enxergar necessidades e ter um olhar mais amplo em relação à sociedade” (E9). “Trouxe coisas importantes como a experiência de vivenciar a teoria com a prática e como nossa formação é importante para a APS. Uma das poucas disciplinas que faz os alunos vivenciarem teoria e prática” (E21). Na proposta pedagógica da disciplina APS os saberes são estimulados/mobilizados mediante a elaboração de sínteses dos artigos interconectados à APS. Ao apresentarem essas sínteses com base nos critérios de avaliação estabelecidos previamente, eles fazem a inter-relação com aspectos das Portarias PAPS-DF (Distrito Federal, 2017) e PNAB (Brasil, 2017). Sua exposição subsidia a discussão e evidencia a importância da legislação para a tomada de decisão do gestor.

No estudo de Katajavouri, Lindblom-Ylänne & Hirovonen (2006), os resultados mostraram que, durante o período de prática, muitos estudantes sentiram que eram capazes de vincular seu conhecimento teórico à sua atividade no local de trabalho e, assim, obter uma imagem coerente da interconexão entre os aspectos práticos e teóricos. Depois de se familiarizarem com os aspectos práticos da profissão, o conhecimento teórico tomou forma concreta, e os estudantes relataram que agora perceberam como as questões técnicas estavam interligadas entre si.

3.3 Importância da TES na interação entre estudantes, gestores e usuários de UBS

Inúmeras palavras remetem à interação e à sinergia dos estudantes em sua relação com os sujeitos no campo de trabalho: “diálogo” (E4), “importância do trabalho em equipe” (E6, E19,

E20, E22, E23), “vínculo” (E11), “responsabilidade” (E17, E18, E19, E23), “empatia” (E15, E17, E18, E20, E21, E24, E25, E26, E29, E30), “compreensão” (E26), “respeito” (E28), “esperança, compaixão” (E30).

A vivência no campo de práticas proporcionada pela atuação no cenário real de uma UBS parece ter produzido importantes reflexões nos estudantes sobre questões relativas à complexidade humana envolvida neste local de trabalho, como indicam as frases abaixo: *“com as saídas de campo pude ter uma melhor relação com os demais sujeitos da sociedade, saber ouvi-los e ajudá-los no que for necessário”* (E31) e *“a disciplina [APS] trouxe uma evolução pois fui desenvolvendo a capacidade de construir relacionamentos interpessoais e aprendendo a lidar com as pessoas”* (E32).

“A [disciplina] APS me trouxe a capacidade de compreender os profissionais de saúde, como ‘funciona’ seus processos de tomada de decisão para lidar com as dificuldades e demandas da população” (E15). E ainda [ajudou a] *“me tornar uma melhor profissional, com mais habilidade de escuta, sendo mais humanizada e acolhedora, com melhor compreensão dos processos sociais e do ambiente no qual estarei inserida”* (E33).

“A ida à UBS me fez ter contato com uma realidade que eu ainda não conhecia. Me ajudou com valores pessoais como respeito, empatia, solidariedade e ‘prestatividade’. Valores que ajudam muito nas relações sociais” (E34). Nesse contexto, outra forma de aproximação da disciplina APS com os serviços de APS ocorre semestralmente, através de rodas de conversa com gestores de APS. Elas constituem mais uma forma de promover o avizinhamento dos estudantes ao cotidiano da profissão de Sanitarista e se configuram na interlocução com gestores e com egressos do curso de Saúde Coletiva exercendo atividade na APS.

“As rodas de conversa com os gestores acolhendo as experiências que trouxeram, agregou conhecimento” (E35). Muito apreciadas pelos estudantes, as Rodas de Conversa “consistem em um método de participação coletiva de debate acerca de determinada temática em que é possível dialogar com os sujeitos, que se expressam e escutam seus pares e a si mesmos por meio do exercício reflexivo” (Moura & Lima, 2014). Nesses momentos, a participação intensa e interessada manifesta sua empatia com os egressos de SC já trabalhando nos diferentes pontos de atenção à saúde. Desvelam também a relevância dos assuntos tratados que os envolvem diretamente em seu futuro como Sanitaristas, como enfatizou

(E36): *“em especial a presença dos egressos de Saúde Coletiva e dos gestores trouxeram uma perspectiva de futuro”*.

O conhecimento da percepção dos estudantes sobre a aprendizagem na disciplina de APS constitui um recurso docente para reflexão acerca do desenvolvimento semestral da disciplina, com o objetivo de avaliar criticamente a prática pedagógica e, conseqüentemente, para seu aprimoramento progressivo. Esse tipo de contribuição gera uma sinergia de esforços e de aprendizagem recíproca. Gera ao mesmo tempo a reflexão crítica, matriz do exame contínuo das “experiências de ensino como base para a avaliação, a tomada de decisão e como fonte de mudança” (Bartlett, 1990, p. 4).

4. CONCLUSÕES

Na percepção dos estudantes o emprego de Tecnologia Educacional e Social proporcionou um processo de ação-reflexão-ação, ampliando e acelerando processos complexos de aprendizagem. A experiência pedagógica estimulou uma identificação crescente do estudante com a futura profissão, uma maior compreensão da interconexão teoria e prática, bem como a percepção da complexidade humana envolvida nos serviços de Atenção Primária à Saúde.

A articulação da disciplina APS ao mundo real de trabalho no âmbito da Atenção Primária à Saúde tem sido desafiadora e implica a necessidade de boa comunicação entre diferentes instituições e atores sociais para alcançarem objetivos pedagógicos comuns. A opção pedagógica adotada retrata a materialização de um novo currículo como está previsto no Projeto Político Pedagógico do curso de Saúde Coletiva. E, acima de tudo, representa um novo pensamento na formação de profissionais de saúde.

A adoção da metodologia de Estudo de Caso nessa pesquisa propiciou o aprofundamento do contexto de uma disciplina ministrada na educação superior pública. Sua principal contribuição foi ter focado a TES aplicada ao campo de formação de um novo profissional de saúde, o Sanitarista, que se encontra em fase de consolidação. Seu desenvolvimento impacta o exercício da docência, o estabelecimento de parcerias com os serviços de saúde e o exercício profissional na APS. Dentre as estratégias adotadas na disciplina APS, a avaliação efetuada ao final dos semestres proporciona aprendizagem docente em seu relacionamento com os estudantes e com outros atores sociais envolvidos, bem como na reelaboração do plano de ensino.

É possível afirmar que, com a TES adotada na disciplina, vai ocorrendo uma aproximação gradativa de ações características de Metodologias Ativas, tão indicadas para a área da saúde. Dentre estas ações encontram-se: a articulação direta dos estudantes com o futuro campo de trabalho; a observação direta de problemas/dificuldades que ali ocorrem e que servirão como base de reflexão pessoal e coletiva; a interligação entre a teoria estudada e a prática observada. De um lado verifica-se o engajamento do aluno em relação a novas aprendizagens, pela compreensão e pelo interesse. De outro cria-se a condição para ampliar suas possibilidades de exercitar a liberdade e a autonomia na tomada de decisões, preparando-se para o exercício profissional futuro.

Tudo isso acarreta a reflexão e o aprimoramento da disciplina APS que vão sendo construído ao longo do tempo. Os resultados deste estudo contribuem para o aprimoramento de práticas pedagógicas inovadoras no ensino superior.

5. REFERÊNCIAS

- Albuquerque et al. (2018). Uso de tecnologia Social na constituição do conselho gestor de unidade de saúde. *RISTI - Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação*, (28), 41-56.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo* (3. reimp.). Lisboa: Edições, 70.
- Bartlett, L. (1990). Teacher development through reflective teaching. In J. C. Richards & D. Nunan (Eds.). *Second language teacher education* (p. 202-214). New York: Cambridge University Press.
- Brasil (2017). *Portaria de Consolidação nº 02*, de 28 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Recuperado em 24 abril, 2020, em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html
- Brasil (2019). *Projeto Político-Pedagógico*. Recuperado em 24 abril, 2020, em http://fce.unb.br/images/documentos/graduacao/saudecoletiva/ppp/ppc_saude_coletiva.pdf.
- Corrêa D. S. R. et al. (2019). Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: a conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(6), 2031-2041.
- Distrito Federal (2017). *Protocolo de acesso de atenção primária à saúde do Distrito Federal - PAPS/DF*. Recuperado em 24 abril, 2020, em <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Protocolo-Vers%C3%A3o-final-aprovada-na-CPPAS-10.04-apresentada-ao-gab.pdf>.
- Gil, A. C. (2012). *Didática do ensino superior* (1. ed., 7 reimpr.). São Paulo: Atlas.
- Guile, D. & Evans, K. (2010, October). *Putting knowledge to work: re-contextualising knowledge through the design and implementation of work-based learning at higher education levels*. Recovered in 24 April, 2020, on https://s3.eu-west-2.amazonaws.com/assets.creode.advancehe-document-manager/documents/hea/private/putting-knowledge-to-work_1568037385.pdf.
- Januszewski, A. & Molenda, M. (2008). Definition. In A. Januszewski & M. Molenda (Eds.). *Educational technology: a definition with commentary* (1st. ed., p. 195-211). New York: Lawrence Earlbaum Associates.
- Katajavuori, N., Lindblom-Ylänne, S. & Hirvonen, J. (2006). The significance of practical training in linking theoretical studies with practice. *Higher Education*, (51), 439--464.

- Lave, J. (1993). The practice of learning. In S. Chaiklin & J. Lave (Eds.). *Understanding practice: perspectives on activity and context* (p. 3-32). Cambridge: Cambridge University Press.
- McCrone, T., O'Beirne, C., Sims, D. & Taylor, A. (2015, November). *A review of technical education*. Recovered in 24 abril, 2020, on <https://www.nfer.ac.uk/media/1584/aoc01.pdf>.
- Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017 (2017). Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal. Brasília, DF: Secretaria de Estado de Saúde.
- Portaria nº 78, de 14 de fevereiro de 2017 (2017). Regulamenta o art. 51 da Portaria nº 77, de 2017, para disciplinar o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo a Estratégia Saúde da Família. Diário Oficial do Distrito Federal. Brasília, DF: Secretaria de Estado de Saúde.
- Ramos, M. C., Barros, M. E. B. & Ferraço, C. E. (2016). As redes cotidianas dos currículos na formação dos trabalhadores da saúde. In: F. Sodré, M. A. C. Andrade, R. C. D. Lima & A. C. P. Garcia. *Formação em Saúde: práticas e perspectivas no campo da saúde coletiva* (p. 30-56). Vitória: EDUFES.
- Sant'Anna, I. M. & Menegolla, M. (1989). *Didática: aprender a ensinar* [Coleção Escola e Participação]. São Paulo: Loyola
- Silva, O. S. & Pinto, I. C M. (2013). Construção da identidade dos atores da saúde coletiva no Brasil: uma revisão da literatura. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 17(46), 549-560.
- Silva, O. S., Pinto, I. C M. & Teixeira, C. F. (2018). Identidade profissional e movimentos de emprego de egressos dos cursos de graduação em Saúde Coletiva. *Saúde em Debate*, 42(11), 799-808.
- Sisson, M. C. (2009). Implantação de programas e redefinição de práticas profissionais. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33 (Supl. 1), 92-103.
- Stake R. (2000). Case studies. In. Denzin NK e Lincoln YS. *Handbook of qualitative research* (2nd ed.). California: Sage.
- Vendruscolo, C., Prado, M.C. & Kleba, M. E. (2016). Integração ensino-serviço no âmbito do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(9), 2949-2960.
- Yin, R. K. (2005). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman.

SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM - REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Deolinda Bernardo^{1,2}, Pedro Bernardes Lucas²

¹ Agrupamento de Centros de Saúde de Cascais, Portugal. dcbernardo@esel.pt;

² Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal. prlucas@esel.pt

Resumo. Introdução: A satisfação do usuário (SU) é um indicador significativo e uma das dimensões fundamentais para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem (CE). Os enfermeiros detêm um papel extremamente importante na SU com os cuidados de saúde, uma vez que estes constituem a maioria dos profissionais de saúde nas diferentes equipas e contactam diária e frequentemente com os usuários. Objetivo: Analisar o nível de satisfação dos usuários face aos cuidados de enfermagem em CSP. Métodos: Revisão integrativa da literatura com 3 etapas. 1) Uma pesquisa inicial na CINHALL e MEDLINE. 2) Uma pesquisa mais alargada, utilizando as mesmas palavras-chave e termos de pesquisa, nas restantes bases de dados da plataforma EBSCOHost. 3) Pesquisa nas referências bibliográficas dos artigos selecionados. Os estudos selecionados foram do período entre 2009 e 2019. Resultados: Selecionaram-se vinte estudos que relatam achados sobre as dimensões que constituem o conceito de SU: arte no atendimento; qualidade técnica ou científica; custos; organização física e ambiental; disponibilidade dos profissionais; continuidade de cuidados; e resultados dos CE. Conclusão: A SU é descrita como o valor e reação aos CE que receberam. A SU com os CE é considerada como indicador fundamental da qualidade dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Satisfação do Paciente; Cuidados de Enfermagem; Qualidade da Assistência à Saúde; Gestão em Enfermagem.

PATIENT SATISFACTION WITH NURSING CARE - INTEGRATED REVIEW

Abstract. Introduction: User satisfaction (US) is a significant indicator and one of the fundamental dimensions to improve the quality of nursing care (NC). Nurses play an extremely important role in PS with health care, since they make up the majority of health professionals in the different teams and contact daily and frequently with patients. Goals: To analyze about US with NC in Primary Health Care. Methods: Integrative literature review with 3 steps. 1) An initial search at CINHALL and MEDLINE. 2) A broader search, using the same keywords and search terms, in the remaining databases of the EBSCOHost platform. 3) Search the bibliographic references of the selected articles. The selected studies were from the period between 2009 and 2019. Results: Twenty studies were selected that report findings on the dimensions that make up the US concept: art in care; technical or scientific quality; costs; physical and environmental organization; availability of professionals; continuity of care; and CE results. Conclusions: US is described as the value and reaction to the NC they received. US with NC is considered a fundamental indicator of the quality of health services.

Keywords: User Satisfaction; Nursing Care; Quality of Health Care; Nursing Management.

1. INTRODUÇÃO

A satisfação do usuário é um indicador significativo da qualidade dos cuidados prestados. Os enfermeiros procuram um exercício profissional de excelência conforme os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, para tal acontecer é imperativo pesquisar a qualidade dos cuidados na perspetiva do usuário.

Os enfermeiros detêm um papel extremamente importante na satisfação do usuário com os cuidados de saúde, uma vez que estes constituem a maioria dos profissionais de saúde nas diferentes equipas e contactam diária e frequentemente com os usuários.

Na área da enfermagem, a satisfação dos usuários resulta da relação entre as expectativas dos usuários relativamente aos cuidados de enfermagem e a percepção dos cuidados efetivamente recebidos. Por isso, Ribeiro (2003) refere que “os consumidores de cuidados de saúde requerem cada vez mais cuidados de qualidade, sendo que um dos indicadores da qualidade desses cuidados é a satisfação dos usuários” e “... é de extrema importância ser capaz de definir, medir e avaliar a qualidade dos cuidados de saúde prestados, a fim de manter e aumentar a satisfação do usuário” (Johansson, Oléni & Fridlund, 2002, p.337).

Conhecer a satisfação dos usuários acerca dos cuidados de enfermagem, pontos fortes e fracos, potencialidades e deficiências permite aos gestores alguns caminhos decisórios para a reorganização das atividades assistenciais, de gestão e de ensino, conduzindo a uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

No contexto da saúde, a satisfação dos usuários é uma das variáveis essenciais a incluir nos modelos de gestão e governo da qualidade dos serviços. (Vilela 2018).

Deste modo o objetivo desta revisão é analisar o nível de satisfação dos usuários face aos cuidados de enfermagem em cuidados de saúde primários (CSP), tendo por base a seguinte questão de revisão: “Qual o nível de satisfação dos usuários face aos cuidados de enfermagem prestados pelas equipas dos CSP?”

2. MÉTODOS

Esta revisão teve como referência a metodologia proposta por Whitemore & Knafl (2005) para revisões integrativas: tendo como objetivo “analisar a evidência científica acerca da satisfação dos usuários face aos cuidados de enfermagem”. A questão de revisão é: Qual o nível de satisfação dos usuários face aos cuidados de enfermagem prestados pelas equipas dos CSP?

A pesquisa considerou os idiomas português, inglês e espanhol e delimitou-se a artigos publicados entre 2009 e 2019, visto compreender um recorte de tempo mais próximo de toda a realidade. No entanto pela dificuldade em encontrar artigos de estudos realizados em cuidados de saúde primários foram elegíveis cinco artigos de 2001 a 2019.

Elegeram-se a plataforma EBSCOhost e selecionaram-se as bases bibliográficas eletrônicas: CINAHL, MEDLINE, Cochrane.

Identificamos quatro descritores: Satisfação dos usuários (*User satisfaction*); Cuidados de Enfermagem (*Nursing Care*); Qualidade dos cuidados de enfermagem (*Quality of health care*); Gestão dos cuidados de enfermagem (*Nursing care management*), validados através dos Descritores em Ciências da Saúde - DeCS (compatível com Medical Subject Headings - MeSH). Estes foram combinados através das expressões booleanas OR e AND da seguinte forma: *User Satisfaction and (Nurse management OR Nurse Leaders OR Nurse managers) and nurs* and Quality of Health Care*.

Como critérios de inclusão considerou-se: artigos apresentados com texto integral; referentes a cuidados de enfermagem; apresentarem informação ao nível dos parâmetros considerados imprescindíveis de analisar: Participantes (usuários ou pacientes, enfermeiros (que exercem funções em cuidados de saúde primários), Intervenções (estudos que se reportam a cuidados de enfermagem), Comparações (quando existentes), Resultados (percepções sobre a satisfação dos usuários face aos cuidados de enfermagem) e desenho do estudo e ainda, ano e autor(es). Como critérios de exclusão considerou-se artigos não primários, como os de opinião e as revisões, e aqueles que, após a leitura na íntegra, não respondessem ao objetivo da revisão.

A Figura 1 especifica os resultados das etapas da análise.

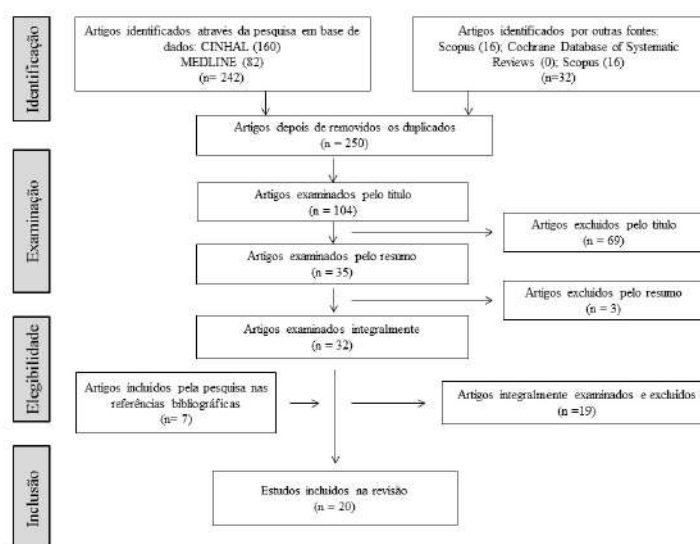


Figura 1. Fluxograma do processo de pesquisa e seleção dos estudos

A seleção dos estudos foi realizada por meio da leitura minuciosa dos títulos e resumos, de modo que foram para a seleção final os estudos que atendiam aos critérios de inclusão supracitados. Para a seleção final dos artigos foi realizada a leitura do trabalho na íntegra, sendo selecionados aqueles cujos tópicos de interesse abordados são: autor, ano de publicação, idioma ou país de origem da publicação, título do artigo, tipo de estudo e população abrangida. Objetivo da investigação, resultados encontrados e implicação para a gestão em enfermagem.

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Estes estudos demonstram que a satisfação do usuário é o valor e reação aos cuidados de enfermagem que receberam. A satisfação do usuário com os cuidados de enfermagem é considerada como indicador fundamental num serviço de saúde de qualidade.

É multidimensional o conceito de satisfação por parte dos usuários e aborda os seguintes aspectos: a arte no atendimento, a qualidade técnica ou científica, o custo, a organização física e ambiental, a disponibilidade dos profissionais, a continuidade de cuidados e resultados. Medir o nível de satisfação do usuário é um desafio e deve ser feito com precisão a reação do usuário aos cuidados que recebeu usando um instrumento válido e confiável. Medir a satisfação do usuário com diferentes instrumentos pode dar resultados diferentes do resultado (nível de satisfação) (Margolis et al, 2003; Vilela, 2018).

3.1 Qualidade técnica ou científica

Assim, medir o nível de satisfação do usuário com os cuidados de enfermagem é importante para determinar a satisfação geral do serviço de saúde prestado e avaliar as necessidades e expectativas dos usuários pode ajudar os enfermeiros a planejar intervenções para com estes (Atallah, Hamdan-Mansour, Al-Sayed & Aboshaiqah, 2013; Karaca & Durna, 2019; Wai, Chi-Yang, Wen, 2013).

A satisfação do usuário é uma das principais preocupações do sistema de saúde, particularmente nos países em desenvolvimento. Usuários satisfeitos são mais propensos a ter um bom relacionamento com enfermeiros, o que sugere melhora da qualidade de cuidado. A literatura também sugeriu que o usuário estando satisfeito está diretamente ligada a melhores resultados para os próprios (Alhusban & Abualrub, 2009; Atallah et al,

2013; Fan, Burman, McDonell & Fihn, 2005; Freitas, Silva, Minamisava, Bezerra & Sousa, 2014).

Além disso, alcançar o nível ideal de satisfação do usuário com os cuidados de enfermagem resulta em melhor adesão do usuário ao regime de cuidados de saúde (Johansson, Oléni & Fridlund, 2002).

A satisfação do usuário com os cuidados de enfermagem, podem ser afetados por inúmeros fatores, incluindo fatores relacionados com o usuário (por exemplo, residência, história de hospitalização prévia) e fatores relacionados com o contexto (por ex. disponibilidade do enfermeiro/s designados, comportamentos dos enfermeiros e ambiente físico circundante) (Ahmed, Shehadeh & Collins, 2013; Batbaatar, Dorjdagva, Luvsannyam, Savino & Amenta, 2016; Gill & White, 2009; Santos, Sardinha & Santos, 2017).

A avaliação da satisfação do usuário tem sido para as instituições de saúde como uma estratégia para compreender os fatores que influenciam a percepção da qualidade do cuidado, na perspectiva do usuário (Alhusban & Abualrub, 2009; Crow et al, 2003; Karaca & Durna, 2019).

A satisfação do usuário é avaliada como o grau de coerência entre as expectativas e a percepção do indivíduo sobre o cuidado recebido (Crow et al, 2003; Johansson, Oléni & Fridlund, 2002) que reflete a avaliação cognitiva e emocional do usuário com base em experiências anteriores (Mulugeta, Wagnaw, Dessie, Biresaw & Habtewold, 2019).

Também pode ser compreendida como o grau em que os cuidados de enfermagem atendem às expectativas do usuário em termos da arte do cuidado, da qualidade técnica, do ambiente físico, da continuidade de cuidados prestados e eficácia dos resultados. Entre os fatores que influenciam a satisfação do usuário com os cuidados de enfermagem destacam-se aqueles que envolvem o relacionamento entre enfermeiro e usuário (Atallah, Hamdan-Mansour, Al-Sayed & Aboshaiqah, 2013; Karaca & Durna, 2019; Oliveira, 2012) o apoio afetivo, as informações sobre a saúde, o controle da decisão pelo usuário e a competência técnica do profissional que o assiste (Ahmed, Shehadeh & Collins, 2013; Johansson, Oléni & Fridlund, 2002; Wai, Chi-Yang, Wen, 2013).

Os estudos da satisfação do usuário passam por ser sobre a avaliação da percepção do usuário sobre a qualidade dos cuidados prestados e tem de ser as organizações a concentrar-se na qualidade percebida pelos usuários (Johansson et al, 2002).

Para realizar as avaliações da satisfação dos usuários face aos cuidados de enfermagem, recomenda-se a utilização de instrumentos com confiabilidade e validade reconhecidos (Johansson et al, 2002).

A avaliação da satisfação dos usuários deve ser pelo uso de ferramentas que garantam uma qualidade útil para o desenvolvimento de cuidados de enfermagem de qualidade (Margolis et al, 2003).

Nos últimos anos, muitos estudos foram realizados para determinar o nível de satisfação do usuário com os cuidados de enfermagem. Por exemplo, estudos feitos na Malásia (Wai et al, 2013), Brasil (Freitas et al, 2014; Santos et al, 2017) e Arábia (Atallah et al, 2013) mostraram que, a satisfação do usuário com os cuidados de enfermagem é alta.

A avaliação da satisfação do usuário possibilita ao enfermeiro gestor implementar mudanças e propor ações para melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Freitas, Parreira & Domingues, 2016; Johansson et al, 2002; Wai et al, 2013) contribuindo para a visibilidade do trabalho da equipa de enfermagem nas instituições de saúde (Wai et al, 2013).

Quanto menor o grau de escolaridade, maior o nível de satisfação do usuário (Ahmed et al, 2013). Este resultado é coerente com os descritos em outras pesquisas, que indicam a escolaridade como um fator que influencia na utilização de serviços de saúde.

Reformular as políticas de cuidados de enfermagem de saúde comunitária para dar mais atenção ao aumento do nível de coordenação e aos aspetos interpessoais do cuidado prestado provavelmente aumentaria sua satisfação (Ahmed et al, 2013).

Os gestores em enfermagem precisam manter os cuidados de enfermagem de qualidade e desenvolver estratégias para melhorar esses mesmos cuidados, não tornando a linguagem como barreira, utilizando habilidades para a disseminação de informação e assim melhorar a satisfação dos usuários (Atallah et al, 2013).

A satisfação do usuário passa por ser sobre a avaliação da percepção do usuário sobre a qualidade dos cuidados prestados e tem de ser as organizações a concentrar-se na qualidade percebida pelos usuários (Gill & White, 2009).

Uma implicação importante para futuras pesquisas é continuar a elucidar os fatores que influenciam a satisfação do usuário para com os cuidados de enfermagem, na perspectiva do usuário (Johansson et al, 2002).

No estudo de Karaca & Durna (2019), os enfermeiros precisavam de mostrar maior interesse para com os usuários. A avaliação da satisfação dos usuários deve ser pelo uso de ferramentas que garantam uma qualidade útil para o desenvolvimento de cuidados de enfermagem de qualidade (Margolis et al, 2003).

3.2 Arte no atendimento/Disponibilidade dos profissionais

As características sociodemográficas dos usuários como idade, sexo, nível de escolaridade (Santos, Sardinha & Santos, 2017) e experiência anterior de internamento anteriores (Mulugeta et al, 2019), também têm sido apontadas como variáveis que exercem influência na satisfação do usuário.

A equipa de enfermagem ocupa uma posição de destaque em influenciar a satisfação do usuário com o cuidado recebido, pois é a responsável pelo cuidado direto ao usuário, pela organização do cuidado e pela coordenação do trabalho de enfermagem. Os Enfermeiros são um grupo profissional fundamental do sistema de saúde, que passa mais tempo com os usuários e fornecem cerca de 80% do serviço de cuidados de saúde.

É importante destacar que a informação dada pelos enfermeiros constitui um dos fatores-chave para a satisfação quanto ao cuidado de enfermagem recebido (Johansson et al, 2002) e também para a atuação do enfermeiro no processo de alta hospitalar, pois o aspeto educacional é imprescindível para garantir o autocuidado do usuário e até evitar possíveis reinternamentos decorrentes da falta de orientação (Atallah et al, 2013).

Os usuários ao serem considerados em relação às suas expectativas, apresentam melhores condições de responder positivamente às intervenções terapêuticas (Atallah et al, 2013; Johansson et al, 2002; Santos et al, 2017), pois envolvem-se com o cuidado prestado e aderem melhor às orientações propostas.

3.3 Continuidade de cuidados

Com o foco nos cuidados de enfermagem, o estudo de Chaves et al, (2016) mensurou o grau de satisfação dos pacientes das variadas unidades de CSP como “muito bom” (97,3%). Em relação às consultas realizadas pelos enfermeiros, a maioria (51,9%) respondeu ser pertinente a sua realização.

A satisfação e a qualidade, estão presentes em vários estudos, podendo ser entendidas por visões diferentes, como sejam a do enfermeiro que presta cuidados, a do enfermeiro gestor, a do usuário e ainda a da direção da organização.

Conhecer a satisfação dos usuários acerca dos cuidados de enfermagem, pontos fortes e fracos, potencialidades e deficiências permite aos gestores alguns caminhos decisórios para a reorganização das atividades assistenciais, de gestão e de ensino, conduzindo a uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

A opinião dos usuários sobre suas expectativas e satisfação com os cuidados de enfermagem pode ser considerada uma importante oportunidade para o enfermeiro planear e implementar estratégias adequadas que melhorem a qualidade dos cuidados de enfermagem (Abdel Maqsood, Oweis & Hasna, 2012).

A satisfação do utente é decisiva para a qualidade e eficiência dos cuidados prestados, sendo necessário o compromisso de todos os prestadores na implementação de práticas sistemáticas de gestão que conduzam à satisfação, dando particular atenção à melhoria contínua dos processos organizacionais (Chaves et al, 2016).

Melhores informações sobre os fatores que afetam a satisfação ajudarão os prestadores de serviços de saúde e gestores a melhorar a qualidade do serviço prestado. Orientação sobre métodos de colheita de resultados dos usuários irá garantir informações confiáveis para o processo de tomada de decisão (Crow et al, 2003).

A melhoria continua da qualidade dos cuidados de enfermagem pode melhorar a satisfação do usuário bem como traz benefícios à organização (Fan, Burman, McDonell, Fihn, 2005).

Há necessidade de a instituição centrar os seus objetivos num sistema de avaliação permanente da qualidade do cuidado, visando o atendimento das expectativas dos usuários (Freitas, Parreira & Domingues, 2016).

Conhecer o índice de satisfação dos utentes que recorrem aos serviços de saúde é um elemento estruturante e fundamental para a eficiência e qualidade dos cuidados prestados (Oliveira, 2012).

4. CONCLUSÕES

A satisfação é influenciada diretamente pela qualidade dos cuidados prestados, pelo profissionalismo, pela acessibilidade e pela qualidade técnica e eficiência, pelo valor percebido, pelo envolvimento, pela imagem e pela equidade.

A satisfação do usuário é decisiva para a qualidade e eficiência dos cuidados de enfermagem prestados, sendo necessário o compromisso de todos na implementação de práticas organizadas de gestão que conduzam à satisfação, dando particular atenção à melhoria contínua dos processos organizacionais. A avaliação da satisfação do usuário tem-se revelado uma ferramenta indispensável para a melhoria dos cuidados de saúde.

Existem implicações para a gestão em enfermagem, devendo estes conhecer os aspetos positivos e negativos da qualidade dos seus serviços, procurar definir aspetos negativos observados pelos usuários e deste modo procurar minimizar as falhas no sistema de prestação de cuidados através da análise das razões subjacentes às mesmas. Apesar dos esforços em minimizar estas situações, as falhas nos cuidados não podem ser totalmente evitadas, pelo que os gestores devem estar preparados para a ocorrência e resolução destes problemas.

Os gestores em enfermagem devem adotar medidas que despertem a cooperação, a satisfação e a partilha de informação, podendo lançar medidas coletivas catalisadoras destes fatores.

5. REFERÊNCIAS

- Abdel Maqsood, A. S., Oweis, A. I., & Hasna, F. S. (2012). Differences between patients' expectations and satisfaction with nursing care in a private hospital in Jordan. *International Journal of Nursing Practice*, 18(2), pp 140–146. doi:10.1111/j.1440-172X.2012.02008.x
- Ahmed, M., Shehadeh, A. & Collins, M. (2013). Quality of nursing care in community health centers: clients' satisfaction. *Health Science Journal*, 7(2): pp 229-36. <http://hdl.handle.net/11400/1412>
- Alhusban, M. A. & Abualrub, R. F. (2009). Patient satisfaction with nursing care in Jordan. *Journal of Nursing Management*. Vol. 17. Pp 749-758 17(6):749-58. doi:10.1111/j.1365-2834.2008.00927.x

- Atallah MA, Hamdan-Mansour AM, Al-Sayed MM, Aboshaiqah AE. (2013). Patients' satisfaction with the quality of nursing care provided: the Saudi experience. *International Journal of Nursing Practice*, 19(6). 584–90. <https://doi.org/10.1111/ijn.12102>
- Batbaatar, E., Dorjdagva, J., Luvsannyam, A., Savino, M. M., & Amenta, P. (2016). Determinants of patient satisfaction: a systematic review. *Perspectives in Public Health*, 137(2). 89–101. <https://doi.org/10.1177/1757913916634136>
- Chaves, C.; Duarte, J.; Amaral, O. et al. (2016). Satisfação dos utentes dos cuidados de saúde primários com os cuidados de enfermagem – amostra da Região Centro de Portugal. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (2). 339-346. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n2.v1.582>
- Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A. & Storey, L. (2003). The measurement of satisfaction with health care: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assessment*. 6(32).
- Fan, V.S., Burman, M., McDonell, M. B. & Fihn, S. D. (2005). Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care. *Journal of General Internal Medicine*. DOI: 10.1111/j.1525-1497.2005.40135.x
- Freitas, J. S., Silva, A. E., Minamisava, R., Bezerra, A. L., Sousa, M. R. (2014). Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente atendido em um hospital de ensino. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 22(3): 454-60. DOI: 10.1590/0104-1169.3241.2437
- Freitas, M. J., Parreira, P. M. & Domingues, J. P. (2016). Avaliação das propriedades psicométricas da Escala Satisfação dos Usuários com os Cuidados de Enfermagem no Hospital. *Revista Enfermagem Referência*. 4(10), 9-17. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16031>
- Gill, L. & White, L. (2009). A critical review of patient satisfaction. *Leadership in Health Services*; 22: pp 8–19. DOI 10.1108/17511870910927994
- Johansson, P., Oléni, M., & Fridlund, B. (2002). Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(4), pp 337–344.
- Karaca, A., & Durna, Z. (2019). Patient satisfaction with the quality of nursing care. *Nursing Open*; 6:535–545. <https://doi.org/10.1002/nop2.237>
- Margolis, S. A., Al-Marzouq, S., Revel, T. & Reed, R. L. (2003). Patient satisfaction with primary health care services in the United Arab Emirates. *International Journal for Quality in Health Care*. 15(3). 241-9. DOI: 10.1093/intqhc/mzg036
- Mulugeta, H., Wagnew, F., Dessie, G., Biresaw, H. & Habtewold, T. (2019). Patient satisfaction with nursing care in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *BMC Nursing*. Vol 18. pp 18-27. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0348-9>
- Oliveira, A. (2012). *Satisfação dos utentes numa unidade de saúde do interior*. Dissertação de mestrado, Instituto Universitário de Lisboa: ISCTE, Lisboa. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.
- Rafill, F., Hajiezhad, M. & Haghani, H. (2009). Nurse caring in Iran and its relationship with patient satisfaction. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 26(2). 75-84.
- Ribeiro, A. L. A. (2003). *Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem: Construção e validação de um instrumento de medida*. Porto: Escola Superior de Enfermagem São João. Dissertação para concurso de Provas Públicas para Professor Coordenador na área Científica de Ciências de Enfermagem.
- Ribeiro, R. M. (2014). *Cuidados de Enfermagem prestados pelas Equipas de Cuidados Continuados Integrados – Satisfação dos Utentes e Cuidadores*. Dissertação de mestrado. Escola Superior de Enfermagem Porto.

- Santos, M. A., Sardinha, A. H. L. & Santos, L. N. (2017). Satisfação dos usuários com os cuidados dos enfermeiros. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 38(1).
- Silva, E. (2013) *Ganhos em satisfação face aos cuidados de enfermagem de reabilitação: Doentes dependentes*. Dissertação de mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.
- Vilela, C. (2018). *Impacte do modelo de implementação das Equipas de Cuidados Continuados Integrados: Satisfação dos usuários com os cuidados de enfermagem*. Tese para obtenção de Doutoramento. Porto.
- Wai, M. T., Chi-Yang, S. & Wen, C. L. (2013). Patient Satisfaction with Nursing Care: A Descriptive Study Using Interaction Model of Client Health Behavior. *International Journal of Nursing Science*. 3(2): pp 51-56. DOI: 10.5923/j.nursing.20130302.04
- Walsh, M. & Walsh, A. (2001). Measuring patient satisfaction with nursing care: experience of using the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale. *Journal of Advanced Nursing*, 29(2), 307–315.
- Whittemore, R. & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546–553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>

USO DE MÉTODOS PARTICIPATIVOS EN EL DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA EL AUTOCUIDADO DE LA DIABETES EN ADULTOS MAYORES EN CANADÁ

Pilar Camargo-Plazas¹, Idevania Costa², Lenora Duhn¹,
Beatriz Alvarado³ y Deborah Tregunno¹

^{1,3} School of Nursing, Queen's University, Ontario, Canadá. mdpc@queensu.ca; duhnl@queensu.ca; alvaradb@queensu.ca; tregunno@queensu.ca

² School of Nursing, Lakehead University, Ontario, Canadá. igcosta@lakeheadu.ca

Resumen. El presente trabajo presenta el uso de métodos participativos para desarrollar un programa de educación para el autocuidado de la diabetes en adultos mayores en Canadá. Objetivos; presentar nuestra experiencia con el uso de métodos participativos con una comunidad de adultos mayores con diabetes. Métodos: Para este estudio se usó una metodología investigación-acción participativa en una comunidad rural de Ontario, Canadá. La implementación de comité asesor, el uso del modelo de salud pública PRECEDER-PROCEDER es presentado, así como el uso del World café o café del munod, finalmente se presenta el método de fotovoz que será usado con la comunidad. Conclusiones. El uso de métodos participativos ha sido un proceso enriquecedor en donde le hemos dado voz a la comunidad para que guíe el proyecto. Asimismo, hemos aprendido a conocer las necesidades de la población de adultos mayores en esta comunidad. Igualmente hemos aprendido que el uso de métodos participativos debe estar basado en el contexto en donde la investigación toma lugar.

Palabras clave: Adultos Mayores; Diabetes; Autocuidado; Investigación-Acción Participativa; Determinantes Sociales de la Salud.

USING PARTICIPATORY METHODS IN THE DEVELOPMENT OF DIABETES SELF-CARE MANAGEMENT EDUCATIONAL PROGRAMS FOR SENIORS: PRELIMINARY FINDINGS

Abstract. The following paper presents preliminary findings of a Participatory Action Research (PAR) project aimed to engage seniors in the development, design, implementation, and evaluation of an educational program in self-management for seniors with diabetes. Methods: Using PAR, we will engage seniors with diabetes in understanding their experiences with diabetes self-management through the implementation of participatory processes in a rural community in Ontario, Canada. We present our experiences engaging community members in our advisory committee, using the PRECEDE-PROCEED model to assess the community needs and planning the implementation of a World café and photovoice participatory methods. Conclusion: Identifying the factors and barriers influencing education in self-management and determining the broader social determinants of health are critical to addressing social and health inequities for seniors. Among the factors that contribute to the suboptimal practice of self-care management in older adults, health literacy has been identified as an essential and potentially ameliorable issue. By using participatory methods of engagement, we will give voice to the unique needs of seniors with diabetes. We have also learned that the use of participatory methods must be based on the context in which the research takes place.

Keywords: Seniors; Diabetes; Self-care Management; Participatory Action Research; Social Determinants of Health.

1. INTRODUCCIÓN

A nivel global se calcula que cerca de 463 millones de adultos padecen de diabetes y se espera que para el 2045 este número se incremente a 700 millones de individuos (IDF,

2019). En el 2016, 1.6 millones de personas fallecieron como resultado de la diabetes (WHO, 2019). Igualmente, cerca de 2.2 millones de las muertes por enfermedades cardiovasculares y enfermedades renales crónicas son consecuencia de complicaciones de la diabetes (WHO, 2019). En el Canadá cerca de 11 millones de individuos viven con diabetes o pre-diabetes. En la provincia de Ontario alrededor de 4.4 millones de personas viven con esta enfermedad (Diabetes Canada, 2018). Sin el tratamiento adecuado la diabetes conlleva a complicaciones y a una muerte prematura. Si no se controla con medicación y autocuidado, la hiperglicemia puede causar eventos cerebrovasculares, nefropatía, infarto, amputación, retinopatías y pie diabético (WHO, 2019). La diabetes y sus complicaciones generan grandes pérdidas económicas para aquellos que viven con esa condición, sus familias, para los sistemas de salud y las economías nacionales, en forma de gastos médicos directos y por pérdida de trabajo e ingresos (IDF, 2019; WHO, 2019). En el Canadá, el gasto en tratamiento de la diabetes se incrementó de \$14 billones en el 2008 a \$30 billones en el 2019 (Diabetes Canadá, 2018). Si a esto se le suma que el 33% de los canadienses que tienen diabetes pueden identificar menos de la mitad de los signos de alarma, entonces la morbilidad y discapacidad funcional resultantes de la diabetes son aspectos que pueden ser modificados con un buen autocuidado.

El autocuidado es importante en la reducción de complicaciones y en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas que viven con diabetes. No obstante, para que sea efectivo el autocuidado la educación proveída a las personas con diabetes debe tener un enfoque interdisciplinario (Geboers et al., 2015; Harris, 2019). La educación en salud se considera un proceso interactivo en el cual las personas o las comunidades aprenden aspectos que favorecen la prevención, promoción, el mantenimiento o la restauración de la salud (Beck et al., 2019). Para que la educación en salud alcance su objetivo final de prevención y promoción de la salud se requiere que el profesional de salud tenga experiencia en el tema y sea un facilitador en el proceso de aprendizaje de sus pacientes de manera que estos se convierten en agentes activos que imparten el conocimiento aprendido dentro de sus comunidades. Sin embargo, estudios han mostrado como la educación para el autocuidado de la diabetes no ha sido un proceso interactivo sino más bien de entrega unidireccional de información en donde el paciente con diabetes solo recibe instrucciones acerca de su enfermedad (Costa, Camargo-Plazas, & Tregunno, 2017; Geboers et al., 2015; Harris, 2019). El manejo de la diabetes necesita que las personas que padecen esa condición tomen decisiones acertadas para el cuidado de su salud, para lo cual se necesita programas

de educación en diabetes que enfaticen la participación activa y que considere las necesidades y el contexto único de cada individuo. Otro aspecto que se considera importante en el desarrollo de programas de educación para el autocuidado de la diabetes es el nivel de alfabetización en salud de las personas. La alfabetización en salud se define como la capacidad de una persona para encontrar, comprender y utilizar la información de manera adecuada y de esta manera acceder a los servicios de salud necesarios. De allí, que la alfabetización en salud este relacionada con el concepto de autonomía (Rootman & Gordon-El-Bihbety, 2008).

Es por eso por lo que el autocuidado es fundamental en el manejo de las enfermedades crónicas para evitar complicaciones. No obstante, cerca de un 88% de los adultos mayores en el Canadá carecen de los conocimientos, habilidades y destrezas provenientes de una educación para la salud para controlar la enfermedad y prevenir complicaciones (Canadian Public Health Association, 2014). En la población canadiense se ha encontrado una asociación entre los niveles de alfabetización en salud y la prevalencia de diabetes en donde individuos con niveles bajos de alfabetización tienen mayor probabilidad de desarrollar diabetes (Canadian Council on Learning, 2008). Otros estudios han demostrado como los individuos con diabetes expresan frustración al tratar de aplicar, sin éxito, lo aprendido en las sesiones de educación a su vida diaria sin éxito, puesto que la aplicabilidad de lo aprendido es siempre desafiada por factores contextuales como los bajos ingresos económicos, la falta de transporte, el desempleo, el acceso a los servicios de salud o a los tratamientos, el vivir en un área remota o rural y los riesgos ambientales (Agarwal et al., 2018; Al Sayah & Williams, 2012). Es desde este contexto que nuestro trabajo participativo emerge para atender las necesidades únicas de los adultos mayores con diabetes. Nuestro plan es desarrollar un programa de educación para el autocuidado de la diabetes que incorpore las experiencias, el contexto único y los determinantes sociales de la salud de los adultos mayores del sureste de Ontario. El propósito de este artículo es describir como ha sido el proceso de emprender una investigación-acción participativa (IAP) con adultos mayores que viven con diabetes. Nuestro objetivo es presentar los resultados preliminares de nuestro trabajo que busca describir como ha sido el proceso de problematización del autocuidado en personas mayores con diabetes y que métodos pensamos implementar para delinear mejor las estrategias de educación para el autocuidado. Empezaremos presentando los objetivos del estudio y su contexto, continuaremos con una descripción de la metodología del estudio, nuestro plan del trabajo participativo hecho hasta el momento con

sus ventajas y desafíos, finalizando con lo que hemos aprendido con este estudio y los planes futuros.

2. El Estudio

El objetivo de este estudio es desarrollar un programa de educación para el autocuidado de la diabetes en adultos mayores. Siguiendo los lineamientos de una IAP, adultos mayores, profesionales de la salud e investigadores formularemos el proceso de diseño, implementación y evaluación del programa de educación para la diabetes. Nuestra idea inicial era invitar un grupo de expertos en el tema para que le presentaran a miembros de la comunidad información acerca del autocuidado de la diabetes y los efectos de los determinantes sociales de la salud. Terminadas las presentaciones habíamos planeado usar los círculos de cultura descritos por Paulo Freire para así determinar las necesidades de autocuidado en la comunidad. Aunque el objetivo no ha cambiado los métodos de participación han evolucionado para incorporar las necesidades únicas de la comunidad de Sharbot Lake. Este trabajo de investigación ofrece la oportunidad para que los adultos mayores, los profesionales de la salud y los investigadores determinen la forma mas efectiva de atender a las necesidades de salud de los adultos mayores con diabetes. El proyecto se esta desarrollando en colaboración con un centro de salud comunitario ubicado en el municipio de Sharbot Lake, en la provincia de Ontario, Canadá. Según las estadísticas el número de adultos mayores que viven en esta región se ha duplicado entre los años 2006 y 2016. Igualmente, en esta región es común encontrar mayor exposición a condiciones socioeconómicas adversas que en otras regiones, lo cual ha contribuido a una incidencia mas alta de enfermedades crónicas y a la exposición continua a diversos factores de riesgo. La falta de transporte, acceso a los servicios de salud, la ruralidad, la pobreza y la falta de educación son factores que dificultan la creación de programas de autocuidado adecuados en la región.

Esta investigación fue aprobada por el comité de ética de Queen's University, en Kingston, Ontario. Tenemos planeado invitar 30 participantes de la comunidad, adultos mayores de 65 años y más. Las actividades de investigación desarrolladas y futuras son descritas en la siguiente sección. El análisis de datos es participativo y sigue un lineamiento temático (van Manen, 2014). Los determinantes sociales de la salud son un aspecto fundamental a tener en cuenta por esta razón nuestro estudio es guiado por el modelo teórico descrito por Loppie-Reading and Wien (2009) quienes clasificaron los determinantes sociales de la salud

en tres diferentes categorías: (1) distal (ej. aspectos históricos, políticos, sociales y el contexto económico), (2) intermedios (ej. la infraestructura de la comunidad, recursos, sistemas y capacidades), y (3) proximales (ej. las conductas de salud, los aspectos físicos y del medio ambiente). Este modelo guiará el análisis de ideas y estrategias priorizadas durante el proceso de recolección de datos. Las actividades participativas son conducidas por el método de educación participativa descrito por Paulo Freire (2014). En las siguientes secciones se presenta en forma más detallada el uso de métodos participativos de este proyecto.

3. METODOLOGÍA

La IAP se conceptualiza como una metodología científica enfocada en un elemento clave: la participación activa de diferentes agentes en el proceso de investigación (Asirifi, 2019; Kidd, Davidson, Frederick, & Kral, 2018). A diferencia de otras metodologías de investigación, en la IAP es la propia comunidad la encargada de definir el problema, crear soluciones y disseminar los resultados. La IAP ha surgido como respuesta a la forma clásica de intervenir, en la cual el investigador como único poseedor del conocimiento se encarga de definir las prioridades a investigar sin tener en cuenta a los destinatarios de los resultados (Akintobi et al., 2018; Kidd et al., 2018). Históricamente la investigación participativa esta vinculada a la movilización de sectores sociales vulnerables, promoviendo formas de hacer investigación cuyo conocimiento generado sea utilizado para el beneficio de la comunidad o grupo poblacional donde la investigación se realiza (Etowa, Bernard, Oyinsan, & Clow, 2007). La investigación participativa promueve por una parte la expansión del conocimiento, y por otra genera respuestas concretas a problemas que plantea una comunidad o grupo poblacional con la alternativa de cambio o transformación (Paredes-Chi & Castillo-Burguete, 2018). Investigadores que utilizan IAP tratan de redistribuir las relaciones jerárquicas del proceso de investigación para poder comprender de forma única los problemas sociales. El potencial de la IAP está centrado en la producción de conocimiento articulado de manera crítica, tanto de la ciencia como de la experiencia popular con el fin de reorientarlos hacia la creación de acciones transformadoras (Asirifi, 2019). En la IAP los miembros de la comunidad son coinvestigadores quienes junto a los investigadores abordan conjuntamente todas las etapas del proceso de investigación y de intervención social (Esienumoh, Allotey, & Waterman, 2018; Kidd et al., 2018). De esta manera, en el diseño, desarrollo, implementación y evaluación de programas de salud no cabe duda que la sostenibilidad de cualquier estrategia de educación en salud descansa en la participación activa de los diversos actores

en los procesos de decisiones. Como investigadoras en el área de la salud consideramos importante el uso de IAP para el desarrollo de programas educativos para el autocuidado de la diabetes que involucren de forma activa a los individuos que viven con esta enfermedad.

3.1 Desarrollo de la Colaboración

El proyecto de investigación presentado en este artículo está basado en un trabajo previo de teoría fundamentada orientado a explicar el proceso de participación en autocuidado de personas con úlceras activas del pie diabético. Los resultados de este trabajo preliminar revelaron que los participantes tenían preparación limitada sobre el autocuidado de la diabetes y sus complicaciones (Costa et al., 2018). Basados en este hallazgo decidimos desarrollar un proyecto de investigación orientado a explorar la educación para el autocuidado de la diabetes en adultos mayores usando una metodología participativa. Nuestro primer contacto incluyó a miembros de la red local de servicios de salud del suroeste de Ontario. Fue a través de nuestra red local que logramos el contacto con un centro comunitario en la región Central de Frontenac en el municipio de Sharbot Lake. Allí conocimos y presentamos nuestra idea de examinar los programas de educación para el autocuidado de la diabetes a la directora ejecutiva del centro comunitario y a la directora de programas. Ellas expresaron entusiasmo en nuestra idea resaltando la importancia de garantizar que la educación para el autocuidado responda efectivamente a las necesidades individuales de la población de adultos mayores en el municipio de Sharbot Lake. En sus propias palabras, “necesitamos evaluar si nuestro programa de educación en diabetes está realmente abordando las necesidades de las personas mayores con diabetes de nuestra comunidad.” El proceso de participación requirió varios encuentros con diferentes actores del centro de salud presentando y socializando nuestro proyecto.

3.2 Formación del Comité Asesor

La IAP se basa en la colaboración entre los investigadores y las comunidades para poder alinear la agenda investigativa con las prioridades de la comunidad (Kidd et al., 2018). La colaboración con miembros de la comunidad debe basarse en los principios de mutuo respeto, reconocimiento, relevancia y reciprocidad (Asirifi, 2019). Para poder asegurarse que el proceso investigativo sigue estos principios se han creado los comités asesores. Los comités asesores ofrecen la oportunidad para dialogar acerca del proceso de planeamiento, organización, implementación, y evaluación del proceso investigativo (Cramer, Lazoritz,

Shaffer, Palm, & Ford, 2018; Pinto, Spector, Rahman, & Gastolomendo, 2015). En nuestro estudio como parte del proceso participativo decidimos formar un comité asesor que se encargue de supervisar el proyecto y garantizar que la voz de las personas mayores con diabetes

este siempre al centro de todos los procesos investigativos. Nuestro comité asesor esta constituido por una líder comunitaria adulto mayor con diabetes, dos profesionales de la salud que trabajan en el programa de diabetes, la directora de programas de Sharbot Lake, una nutricionista que trabaja en la red local de servicios de salud del suroeste de Ontario y los investigadores. Desde nuestro primer encuentro el comité asesor ha insistido en el uso de métodos de participación que propicien el diálogo entre la comunidad sobre temas sensibles como empleo, educación, transporte, apoyo social, acceso a los servicios de salud y sociales, acceso a tratamiento y adecuada alimentación. Nuestra idea inicial de invitar expertos en educación en salud y diabetes para luego en la sesión de la tarde implementar grupos focales fue cambiada por miembros del comité asesor por no ser suficientemente participativa. Nuestro comité asesor determinó que la meta final de la consulta con la comunidad debe ser la identificación de las necesidades de educación para el autocuidado de la diabetes de las personas mayores en el municipio de Sharbot Lake. Asimismo, se vio la necesidad de hacer una valoración de la comunidad para poder planear de forma mas adecuada nuestra consulta con la comunidad.

3.3 Fase de Diagnostico Uso del Modelo PRECEDER-PROCEDER

El modelo PRECEDER-PROCEDER fue desarrollado por Lawrence W Green en 1974 para la planificación de programas y el desarrollo de intervenciones de salud pública (Castellanos & Abrahamsen, 2014; Sezgin & Esin, 2018). Este modelo proporciona una estructura integral para evaluar las necesidades de salud y la calidad de vida para así diseñar, implementar y evaluar programas de promoción de la salud (Shanta Bridges et al., 2018). El modelo PRECEDER-PROCEDER usa un método participativo desde la fase inicial hasta la final. En la fase PRECEDER se hace una valoración exhaustiva y detallada de todos los aspectos sociales, conductas, epidemiología, administración, políticas de salud y la educación para así poder determinar las prioridades de trabajo y desarrollar la siguiente fase o PROCEDER que incluye las fases de intervención y evaluación (Nomura et al., 2019). En nuestro proyecto involucramos a dos estudiantes de ultimo año del programa de enfermería quienes como requisito de la clase NURS 405-Práctica en la Promoción de la Salud Comunitaria deben

aplicar el modelo PRECEDER-PROCEDER. Como tutores de práctica guiamos a los estudiantes durante todo el proceso de implementación del modelo. En la fase PRECEDER los estudiantes entrevistaron unos pocos adultos mayores y profesionales de la salud que trabajan en educación de la diabetes para entender las necesidades de educación en diabetes, información que fue después corroborada con literatura en el tema. Los resultados de esta fase confirmaron que los programas de educación en autocuidado necesitan de la participación de los adultos mayores. Igualmente confirmaron la importancia de implementar un programa de educación que tenga en cuenta los determinantes sociales de la salud y que se ajuste a los niveles de alfabetización de la comunidad. En la segunda fase del modelo o PROCEDER los estudiantes crearon una serie de preguntas para ser usadas con la comunidad. La implementación de este modelo nos ayudo a darnos una idea de los problemas de la comunidad de Sharbot Lake. Con esas preguntas listas comenzamos a planear el uso de ellas usando la técnica participativa de café del mundo.

3.4 World Café o Café del Mundo como Método Participativo

El “world café” o café del mundo es una técnica participativa en donde un grupo de 4 o 5 personas conversan sobre un tema que les interesa o algún trabajo que piensan hacer juntos (Johnson et al., 2018). Es un método ideal para descubrir lo que la comunidad piensa y siente acerca de un tema. Después de la primera conversación, alguien se queda en la mesa como anfitrión mientras que los otros participantes se mueven de la mesa para retomar conversaciones previas en otras mesas (Dawkins & Solomon, 2017). De esta manera, los temas de las distintas conversaciones se entrelazan y todos los participantes crean un dialogo colaborativo alrededor de asuntos que importan (Dawkins & Solomon, 2017; O'Connor & Cotrel-Gibbons, 2017). Ser anfitrión de un café del mundo no es difícil; sin embargo, se deben seguir unos lineamientos. Por ejemplo, se debe establecer el contexto para así determinar el propósito y los parámetros de la reunión; crear un espacio acogedor; explorar preguntas que son relevantes para la comunidad; alentar la contribución de todos; conectar diversas perspectivas; escuchar juntos patrones y percepciones; y el compartir descubrimientos colectivos (O'Connor & Cotrel-Gibbons, 2017). La idea de usar este método igualmente se consultó con nuestro comité asesor. El plan era organizar un café del mundo con las preguntas generadas del trabajo de los estudiantes para así determinar las necesidades de educación de los adultos mayores con diabetes en Sharbot Lake. Sin embargo, después de una evaluación cuidadosa, el comité asesor decidió que, debido al nivel de alfabetización en salud de la comunidad y para evitar que los participantes se

sientan juzgados o criticados por sus conductas o creencias en el autocuidado, se debería crear otra estrategia diferente al café del mundo para lograr la participación activa de los adultos mayores con diabetes.

3.5 Uso de Fotovoz como Método Participativo

La fotovoz es un método participativo que usa los recursos visuales y discursivos para el conocimiento de la realidad social (Budig et al., 2018; Newman, 2010). La fotovoz es un método orientado hacia el cambio social y el empoderamiento de los sujetos participantes (Twyman, Lehna, Fahey, Coty, & Wishnia, 2015). Con esta técnica de investigación social se combina el uso de la fotografía con la acción comunitaria desde una perspectiva participativa (Budig et al., 2018; Twyman et al., 2015). A través de la fotovoz las personas pueden identificar, representar y mejorar sus comunidades por medio de una técnica fotográfica específica. A través de las fotos se espera que las personas expresen sus ideas, concepciones, pensamientos, relaciones e interacciones favoreciendo así la implicación directa de los participantes en la producción de información visual (Twyman et al., 2015). El objetivo de la fotovoz es: a) permitir que las personas registren y reflejen las preocupaciones y realidades de sus comunidades; b) promover el dialogo crítico y el conocimiento de la comunidad a través de la discusión grupal sobre las fotografías producidas; y c) generar cambio en la comunidad afectada (Budig et al., 2018). Nuestra idea es invitar a adultos mayores de la comunidad con diabetes y prediabetes para que a través de la fotografía identifiquen aspectos específicos de su experiencia de vivir con diabetes, su contexto y las condiciones de vida que afectan el proceso de autocuidado de su enfermedad. La fotovoz será el método participativo que usaremos para entender las experiencias de vida de los adultos mayores de Sharbot Lake. Este método tiene el potencial de crear un espacio de dialogo en donde adultos mayores puedan presentar sus experiencias de autocuidado. En la siguiente sección presentamos como planeamos implementar esta técnica. Para implementar esta actividad tenemos las siguientes actividades planeadas:

- a) Reunión inicial con miembros de la comunidad para conceptualizar el tema de la educación para el autocuidado de la diabetes. En esta fase nos reunimos con miembros de la comunidad para definir el objetivo de la fotovoz, concertar el tipo de fotografías que se tomaran, el tiempo para tomarlas y las anotaciones que pueden hacer una vez tomen las fotos.

- b) Después invitaremos a cada participante a una entrevista individual en donde ellos describirán donde se tomaron las fotografías y el significado de cada una de ellas. Se invitará luego al adulto mayor a seleccionar dos fotos para presentarle al grupo.
- c) Invitaremos a los participantes a una actividad con grupos focales en donde cada individuo presentará las dos fotografías seleccionadas y compartirá el significado de cada foto. Luego el grupo creará a partir de ese diálogo una lista con las necesidades identificadas en las presentaciones. Asimismo, los participantes organizarán las prioridades identificadas de mayor a menor impacto, colocando de primeras aquellas necesidades que afectan su autocuidado de una forma más profunda. Los participantes dibujarán un árbol en donde el tronco representa el problema específico al que el grupo considera el problema mayor, las hojas mostraran las consecuencias del problema, y la raíz representará la causa del problema.
- d) Se invitará a los participantes a crear una presentación corta para la comunidad, los profesionales de la salud y los investigadores en donde se muestren las fotografías seleccionadas con la presentación del árbol que describe el problema identificado por la comunidad en los grupos focales.
- e) A raíz del dialogo se invitarán miembros de la comunidad a trabajar en conjunto con los investigadores en el desarrollo de otros proyectos de investigación orientados a mover a la acción las soluciones presentadas en la exhibición de fotografía.

4. CONCLUSIÓN

El uso de métodos participativos para el desarrollo de este proyecto ha sido exitoso en el desarrollo de estrategias participativas con adultos mayores. El tener un comité asesor ha abierto un espacio para que la reflexión y la concientización afloren y se consoliden durante el proceso participativo. Los métodos participativos se conocen por ayudar a las poblaciones más vulnerables a transformar las experiencias de vida, los pensamientos y los sentimientos relacionados a la educación para el autocuidado de la diabetes en adultos mayores. Existe una gran necesidad de identificar problemas sistémicos, locales y culturales que afectan a los adultos mayores con diabetes. Los métodos participativos brindan un lugar para la reflexión y creación de propuestas educativas que mejoren el autocuidado de la diabetes. Por lo tanto, el desarrollo de un programa de educación para el autocuidado de la diabetes debe comenzar con una visión ampliada de las experiencias vividas por los adultos mayores. El uso de métodos participativos facilita la colaboración mutua entre personas mayores, proveedores de servicios de salud e investigadores. Este método participativo de educación con datos experimentales y discusión grupal podría involucrar a las personas mayores en un proceso que transforma a los individuos en maestros emergentes y actores

sociales en sus comunidades. Este documento ha tratado de ilustrar cómo los proveedores de salud y los educadores pueden asociarse con personas mayores que viven con diabetes de maneras que las interacciones sean mutuamente beneficiosas para mejorar su calidad de vida y evitar complicaciones. Este trabajo tiene el potencial de cambiar los programas tradicionales de educación para el autocuidado de la diabetes a una educación que incorpora el esfuerzo, la colaboración y transformación de los adultos mayores como agentes activos de cambio y decisión en el proceso investigativo.

Agradecimientos. Este trabajo ha sido financiado por el Canadian Institute of Health Research (CIHR)-Institute of Aging.

5. REFERENCIAS

- Agarwal, G., Habing, K., Pirrie, M., Angeles, R., Marzanek, F. & Parascandalo, J. (2018). Assessing health literacy among older adults living in subsidized housing: A cross-sectional study. *Canadian Journal of Public Health*, 109, 401-9.
- Akintobi, T. H., Lockamy, E., Goodin, L., Hernandez, N. D., Slocumb, T., Blumenthal, D., . . . Hoffman, L. (2018). Processes and Outcomes of a Community-Based Participatory Research-Driven Health Needs Assessment: A Tool for Moving Health Disparity Reporting to Evidence-Based Action. *Prog Community Health Partnersh*, 12(1S), 139-147. doi:10.1353/cpr.2018.0029
- Al Sayah, F. & Williams, B. (2012). An integrated model of health literacy using diabetes as an exemplar. *Canadian Journal of Diabetes*, 36, 27-31.
- Asirifi, M. A. (2019). Reflecting on Leadership Development through Community Based Participatory Action Research. *Int J Nurs Educ Scholarsh*, 16(1). doi:10.1515/ijnes-2018-0086
- Beck, J., Greenwood, D. A., Blanton, L., Bollinger, S. T., Butcher, M. K., Condon, J. E., . . . Wang, J. (2019). 2017 National Standards for Diabetes Self-Management Education and Support. *Diabetes Educ*, 45(1), 34-49. doi:10.1177/0145721718820941
- Budig, K., Diez, J., Conde, P., Sastre, M., Hernan, M., & Franco, M. (2018). Photovoice and empowerment: evaluating the transformative potential of a participatory action research project. *BMC Public Health*, 18(1), 432. doi:10.1186/s12889-018-5335-7
- Canadian Council on Learning (CCL). (2008). Health literacy in Canada: A healthy understanding. Retrieved from: <http://www.en.copian.ca/library/research/ccl/health/health.pdf> 2008 [accessed 03. 06. 2020].
- Canadian Public Health Association. (2014) Examples of health literacy in practice. Retrieved from: https://www.cpha.ca/sites/default/files/uploads/resources/healthlit/examples_e.pdf [accessed 03. 06. 2020].
- Castellanos, D. C., & Abrahamsen, K. (2014). Using the PRECEDE-PROCEED model to assess dietary needs in the Hispanic population in northeastern Pennsylvania. *Hisp Health Care Int*, 12(1), 43-53. doi:10.1891/1540-4153.12.1.43
- Costa, I. G., Camargo-Plazas, P., & Tregunno, D. (2017). Re-thinking self-care management for individuals with diabetic foot ulcers. *Wounds Int J* 8(2), 10-14.

- Cramer, M. E., Lazoritz, S., Shaffer, K., Palm, D., & Ford, A. L. (2018). Community Advisory Board Members' Perspectives Regarding Opportunities and Challenges of Research Collaboration. *West J Nurs Res*, 40(7), 1032-1048. doi:10.1177/0193945917697229
- Dawkins, V., & Solomon, A. (2017). Introducing the World Cafe to Doctor of Nursing Practice Students. *J Nurs Educ*, 56(10), 638-639. doi:10.3928/01484834-20170918-11
- Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert, C., Meneilly, G. S., Knip, A., Miller, D. B., Sherifali, D., Tessier, D., & Zahedi, A. (2018). Diabetes in older people. *Canadian Journal of Diabetes*, 42 Suppl 1, S283-S295. doi:10.1016/j.jcjd.2017.10.021
- Esienumoh, E. E., Allotey, J., & Waterman, H. (2018). Empowering members of a rural southern community in Nigeria to plan to take action to prevent maternal mortality: A participatory action research project. *J Clin Nurs*, 27(7-8), e1600-e1611. doi:10.1111/jocn.14244
- Etowa, J. B., Bernard, W. T., Oyinsan, B., & Clow, B. (2007). Participatory action research (PAR): an approach for improving black women's health in rural and remote communities. *J Transcult Nurs*, 18(4), 349-357. doi:10.1177/1043659607305195
- Geboers, B., Brainard, J. S., Loke, Y. K., Jansen, C. J., Salter, C., Reijneveld, S. A., & de Winter, A. F. (2015). The association of health literacy with adherence in older adults, and its role in interventions: a systematic meta-review. *BMC Public Health*, 15, 903. doi:10.1186/s12889-015-2251-y
- Harris, A. N. (2019). Diabetes Self-management Education Provision by an Interprofessional Collaborative Practice Team: A Quality Improvement Project. *Nurs Clin North Am*, 54(1), 149-158. doi:10.1016/j.cnur.2018.11.002
- IDF. (2019). IDF diabetes atlas Ninth edition. Retrieved from https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/2019/IDF_Atlas_9th_Edition_2019.pdf
- Johnson, S. M., Trejo, G., Beck, K. L., Worsley, C., Tranberg, H., Plax, K. L., & Linton, J. M. (2018). Building Community Support Using a Modified World Cafe Method for Pregnant and Parenting Teenagers in Forsyth County, North Carolina. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 31(6), 614-619. doi:10.1016/j.jpap.2018.06.009
- Kidd, S., Davidson, L., Frederick, T., & Kral, M. J. (2018). Reflecting on Participatory, Action-Oriented Research Methods in Community Psychology: Progress, Problems, and Paths Forward. *Am J Community Psychol*, 61(1-2), 76-87. doi:10.1002/ajcp.12214
- Loppie-Reading, C. & Wien, F. (2009). Health inequalities and social determinants of Aboriginal peoples' health. National Collaborating Centre for Aboriginal Health. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
- Newman, S. D. (2010). Evidence-based advocacy: Using photovoice to identify barriers and facilitators to community participation after spinal cord injury. *Rehabilitation Nursing*, 35(2), 47-59.
- Nomura, Y., Matsuyama, T., Fukai, K., Okada, A., Ida, M., Yamauchi, N., . . . Hanada, N. (2019). PRECEDE-PROCEED model based questionnaire and saliva tests for oral health checkup in adult. *J Oral Sci*, 61(4), 544-548. doi:10.2334/josn.18-0288
- O'Connor, M., & Cotrel-Gibbons, L. (2017). World Cafe: a proactive approach to working with mentors. *Nurs Manag (Harrow)*, 24(2), 26-29. doi:10.7748/nm.2017.e1553
- Paredes-Chi, A. A., & Castillo-Burguete, M. T. (2018). Is Participatory Action Research an innovative pedagogical alternative for training teachers as researchers? The training plan and evaluation for normal schools. *Eval Program Plann*, 68, 176-184. doi:10.1016/j.evalprogplan.2018.03.007

- Pinto, R. M., Spector, A. Y., Rahman, R., & Gastolomendo, J. D. (2015). Research advisory board members' contributions and expectations in the USA. *Health Promot Int*, 30(2), 328-338. doi:10.1093/heapro/dat042
- Rootman I, Gordon-El-Bihbety D. A vision for a health literate Canada: Report of the expert panel on health literacy. https://www.cpha.ca/sites/default/files/uploads/resources/healthlit/report_e.pdf 2008 [modified 06.16.2017].
- Sezgin, D., & Esin, M. N. (2018). Effects of a PRECEDE-PROCEED model based ergonomic risk management programme to reduce musculoskeletal symptoms of ICU nurses. *Intensive Crit Care Nurs*, 47, 89-97. doi:10.1016/j.iccn.2018.02.007
- Shanta Bridges, L., Sharma, M., Lee, J. H. S., Bennett, R., Buxbaum, S. G., & Reese-Smith, J. (2018). Using the PRECEDE-PROCEED model for an online peer-to-peer suicide prevention and awareness for depression (SPAD) intervention among African American college students: experimental study. *Health Promot Perspect*, 8(1), 15-24. doi:10.15171/hpp.2018.02
- Twyman, S., Lehna, C., Fahey, E., Coty, M. B., & Wishnia, G. (2015). Photovoice as a Way to Describe Home Fire Safety in a Group of Urban Seniors. *Kentucky Nurse*, 63(1), 12.
- van Manen, M. (2014). Phenomenology of practice. meaning-giving methods in phenomenological research and writing. Walnut Creek, California. Left Coast Press.
- WHO. (2019). *Classification of diabetes mellitus 2019*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325182>

GESTÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR EM PESSOAS COM DOENÇA CRÓNICA NA COMUNIDADE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Helga Rafael Henriques¹, Joana Pinto², José Faria², Augusto Silva³

¹ Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal. hrafael@esel.pt;

² Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central e ESEL- Lisboa, Portugal. joanapinto@esel.pt; jose.faria@esel.pt

³ Centro Hospitalar Lisboa Norte, Portugal. gusto.silva83@gmail.com

Resumo. As doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morte em todo o mundo. Os seus fatores de risco sobrepõem-se aos das principais doenças crónicas. Existe evidência insuficiente no que respeita à efetividade de intervenções de promoção da gestão do risco cardiovascular na doença crónica, pelo que a investigação sobre novas formas de cuidados de saúde é uma prioridade. Temos como objetivo identificar os componentes dos programas de gestão do risco cardiovascular, benefícios e técnicas de mudança comportamental utilizadas. Realizou-se uma revisão sistemática da literatura nas bases de dados Scopus, MEDLINE, CHINAL, Cochrane Central Register of Controlled Trials, e Medlatina. Obteve-se uma amostra bibliográfica de 16 artigos, envolvendo 20301 pessoas com doença crónica. Os programas de intervenção integram, de forma isolada ou combinada, os elementos educação para a saúde, exercício físico, alimentação, vigilância de saúde e psicologia motivacional. Revelam-se heterogêneos nos seus componentes, duração e estratégias utilizadas. Recorrem à intervenção uni ou multidisciplinar. Concluímos que os resultados indicam algumas intervenções promissoras na gestão do risco de DCV em pessoas com doenças crónicas. No entanto, a heterogeneidade dos programas e a inconsistência de alguns resultados impedem conclusões pouco sólidas. É necessário continuar a investigar para tornar os resultados mais consistentes.

Palavras-chave: Doença Crónica; Autogestão; Gestão do Risco; Programa

MANAGING CARDIOVASCULAR RISK IN PEOPLE WITH CHRONIC DISEASE IN THE COMMUNITY: A SYSTEMATIC REVIEW OF THE LITERATURE

Abstract. Cardiovascular diseases (CVD) are the leading cause of death worldwide. Its risk factors overlap with those of the main chronic diseases. There is insufficient evidence regarding the effectiveness of interventions to promote cardiovascular risk management in chronic disease, so research into new forms of health care is a priority. We aim to identify the components of cardiovascular risk management programs, benefits and behavioral change techniques used. A systematic review of the literature was carried out in the Scopus, MEDLINE, CHINAL, Cochrane Central Register of Controlled Trials, and Medlatina databases. We found a bibliographic sample of 16 articles, involving 20301 people with chronic disease. The intervention programs integrate, in an isolated or combined way, the elements health education, physical exercise, food, health surveillance and motivational psychology. They are heterogeneous in their components, duration and strategies used. They resort to uni or multidisciplinary intervention. We conclude that the results indicate some promising interventions in the management of CVD risk in people with chronic diseases. However, the heterogeneity of the programs and the inconsistency of some results prevent poor conclusions. Further research is needed to make the results more consistent.

Keywords: Chronic Disease; Self-Management; Risk Management; Program

1. INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morte em todo o mundo, representando 44% das mortes por doenças crônicas não transmissíveis (WHO, 2018). Estima-se que 17,9 milhões de pessoas morreram de DCV em 2016, representando 31% de todas as mortes globais. As DCV são um grupo de enfermidades que incluem as doenças do coração e dos vasos, sendo as mais frequentes (85%), o enfarte agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral (WHO, 2017).

Em Portugal, a mortalidade por doenças do aparelho circulatório contrariou a tendência decrescente entre 2013 e 2014, ultrapassando os 30% (DGS, 2016). Este acréscimo deveu-se ao aumento das mortes associadas a doença isquêmica cardíaca. Na sequência destes dados, o Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares (DGS, 2016) modificou as suas metas e objetivos estratégicos, passando a eleger como prioritária a redução da mortalidade prematura (<70 anos).

A maioria das doenças cardiovasculares pode ser evitada através de uma adequada gestão dos fatores de risco comportamentais, como uso de tabaco, dieta não saudável e obesidade, inatividade física e uso nocivo de álcool (WHO, 2017). A evidência mais recente mostra existir uma ligação muito forte entre os fatores de risco ligados ao estilo de vida, anteriormente descritos, e o risco de doenças não transmissíveis (Peters et al., 2019), sendo que estes coincidem com os das DCV.

De uma forma isolada, alguns estudos mostram a efetividade de uma ou duas áreas de intervenção na gestão do risco de DCV. Assim, a atividade física é eficaz para a prevenção e tratamento de doenças crônicas, como a DCV, o cancro, a diabetes e as doenças respiratórias crônicas, podendo os programas domiciliários ser tão viáveis quanto os programas de atividade física supervisionados por clínicos (Bullard, Ji, An, Trinh, Mackenzie & Mullen, 2019). Da mesma forma, alterações positivas no estilo de vida, como o aumento da atividade física e mudanças na alimentação, têm sido consideradas fulcrais no controlo da hipertensão e pré-diabetes (Pengpid, Peltzer, Puckpinyo, & Chantarasongsuk, 2019).

A gestão do risco cardiovascular pressupõe a implementação de intervenções de promoção da saúde, dirigidas a mais do que um fator de risco ao mesmo tempo. Contudo, a evidência disponível nem sempre investiga a implementação destas intervenções de forma conjugada,

o que não permite concluir acerca da sua eficácia sobre a gestão do risco de DCV (Uthman et al., 2015).

De acordo com o *Chronic Care Model* (Wagner, 2001), a gestão da doença crónica inclui dimensões como a organização dos cuidados de saúde, uma rede de serviços, suporte à tomada de decisão, sistema de informação clínica, suporte à autogestão e recursos comunitários. Contudo, poucos são os programas de promoção da gestão da doença crónica que abordam todos estes componentes. O suporte na autogestão da doença crónica é a intervenção com resultados mais significativos (Reynolds et al., 2018), havendo evidência de que o cuidado colaborativo pode trazer resultados estatisticamente significativos e positivos em pessoas com múltiplas doenças crónicas (Luijckx et al., 2015; Kastner et al., 2018).

Entendemos a autogestão de doenças crónicas como a intervenção sistemática, direcionada à pessoa com estas problemáticas, que lhe permite participar ativamente na auto-monitorização (de sintomas ou de processos fisiológicos) e na tomada de decisão (gestão da doença e seu impacto) (Chodosh et al., 2005).

As técnicas de mudança de comportamento são essenciais para o desenho e implementação de programas promotores da autogestão da doença crónica. Uma técnica de mudança de comportamento é um elemento observável, replicável e irreduzível de uma intervenção projetada para alterar ou redirecionar processos causais que regulam o comportamento, ou seja, propõe-se que uma técnica seja um ‘ingrediente ativo’ (Michie et al., 2013). Quisemos, portanto, perceber quais os componentes dos programas de gestão do risco cardiovascular, dando atenção às características das intervenções, benefícios e técnicas de mudança comportamental utilizadas.

A evidência disponível no que respeita à efetividade de intervenções de promoção da gestão da doença crónica é manifestamente insuficiente, pelo que a investigação sobre novas formas de cuidados de saúde é uma prioridade (Xu, Mishra, & Jones, 2017; Van der Heide, 2018).

2. METODOLOGIA

O objetivo deste estudo foi identificar os componentes de um programa de gestão do risco cardiovascular, na população adulta com doença crónica na comunidade.

Para tal realizou-se uma revisão sistemática da literatura de acordo com os referenciais da PRISMA (Moher et al., 2015).

A pesquisa foi realizada nas bases de dados Scopus, MEDLINE, CHINAL, Cochrane Central Register of Controlled Trials, e Medlatina, num intervalo temporal entre 2015 e 2019.

A estratégia de pesquisa combinou os termos relacionados com a população (Chronic Disease, Noncommunicable Diseases), os termos relacionados com a intervenção (Program Development, program, Long-Term Care, or Community Health Planning) e os resultados esperados (Risk, Health Risk Behaviors, Risk Management, Risk Factors, Cardiovascular Diseases).

Os estudos identificados foram analisados por três revisores independentes.

Foram incluídos todos os estudos cujos participantes eram pessoas com mais de 18 anos, com doença crónica, em contexto comunitário, que tinham sido submetidas a um programa de intervenção promotor da gestão do risco cardiovascular.

Selecionaram-se ensaios clínicos aleatorizados, tendo sido possível comparar pessoas com doença crónica que receberam um programa de intervenção com pessoas com doença crónica que receberam os cuidados convencionais.

Os estudos foram rastreados pelo título e, em seguida, analisaram-se os resumos que forneceram informações mais precisas sobre a população ou intervenção utilizada.

Foram excluídos os estudos cujos participantes eram profissionais de saúde, pessoas com doenças transmissíveis, crianças, grávidas ou puérperas. Excluíram-se também estudos qualitativos, artigos de opinião, protocolos de investigação e revisões da literatura (Figura 1).

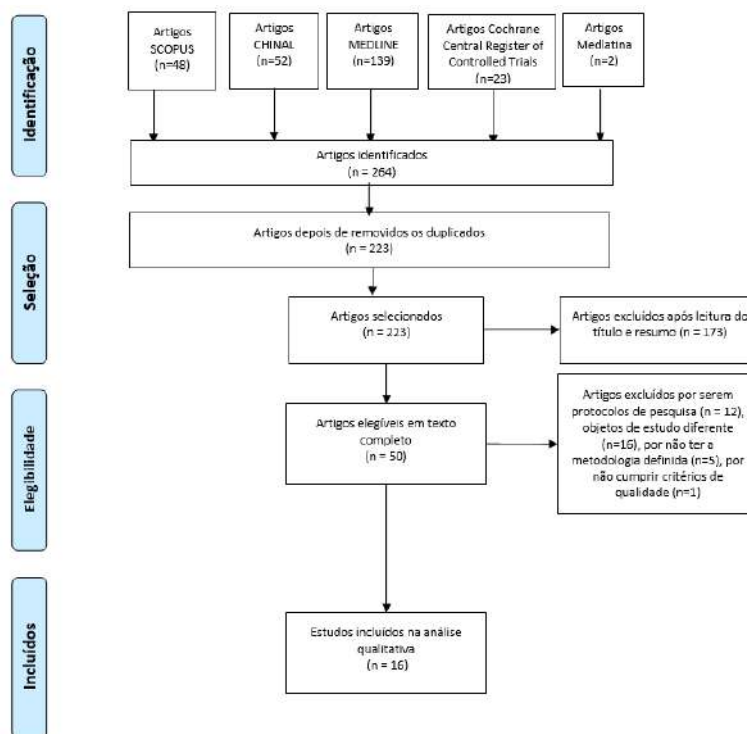


Figura 1. Diagrama da Revisão Sistemática da Literatura

Para garantir a qualidade dos estudos, foram incluídos, estudos experimentais aleatorizados (12), estudos quasi experimental (2), estudo coorte (1) e estudo epidemiológico retrospectivo (1), de acordo com os níveis de qualidade metodológica (Meader, et al., 2014).

A análise dos estudos decorreu tendo por base o *Chronic Care Model* (Wagner, 2001) e as técnicas de mudança de comportamentos propostas por Michie, Atkins & West (2014).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do processo de seleção dos artigos resultou uma amostra bibliográfica de 16 artigos, envolvendo 20301 pessoas com doença crónica, de países como EUA, Canadá, Austrália, China, República da Coreia, Irão, Itália, Taiwan e Alemanha. Os estudos focavam-se em apenas uma morbilidade, ou em multimorbilidades, estando descritas as seguintes patologias obesidade (4), dislipidemia (3), HTA (4), diabetes (8) e doenças cardiovasculares (4). Dos artigos selecionados extraíram-se os dados que constam no quadro seguinte (Quadro 1).

Quadro 1. Estudos extraídos

Código/ Estudo	Objetivo	Componentes da intervenção	Resultados
1 Abbott et al., 2020	Determinar o efeito de um programa de promoção da saúde sobre o conhecimento de diabetes e comportamentos de autocuidado autorrelatados	Sessões de educação em grupo sobre diabetes	O grupo de intervenção teve mudanças significativas, do pré-teste ao pós-teste, nos conhecimentos sobre diabetes e comportamentos relacionados com a dieta e testes de glicose no sangue
5 Al Hamarneh et al, 2017	Avaliar o efeito de um programa de intervenção de farmacêuticos na determinação do risco cardiovascular em pessoas com diabetes	Consultas realizada por um farmacêutico a cada 4 semanas, que incluíam avaliação da pessoa, avaliação laboratorial, avaliação individualizada do risco cardiovascular. Sempre que identificadas alterações pressupunha comunicação com o médico assistente	O risco cardiovascular estimado reduziu em maior grau no grupo de intervenção
8 Blackford et al., 2016	Avaliar a eficácia de uma intervenção para pessoas adultas rurais com, ou sem risco de síndrome metabólico, baseada em atividade física e dieta	Exercício físico em casa e aconselhamento nutricional	O grupo de intervenção melhorou significativamente o seu perfil de triglicéridos, colesterol total e o colesterol não-HDL em comparação com o grupo de controlo. O perímetro abdominal, razão cintura-anca e o índice de massa corporal também melhoraram
13 Chao et al., 2017	Avaliar a eficácia de um aplicativo móvel (WeChat), na perda de peso	Educação alimentar	Os participantes no grupo WeChat perderam mais peso do que as pessoas no grupo de controlo. Os participantes do sexo masculino mais ativos foram usando o WeChat, os que perderam mais peso. Pode não haver nenhum efeito ou pode até haver um efeito negativo sobre a perda de peso para as mulheres.
19 Kim et al., 2019	Investigar o efeito do exercício de reabilitação na saúde vascular	Programa de reabilitação, com utilização de exercícios de alongamento ativo-passivo	Existem efeitos de interação significativos no índice braquial do tornozelo (ITB) e no índice vascular cardio-tornozelo (CAVI). O programa de reabilitação mostrou ter um efeito positivo na saúde vascular e acreditasse ser uma medida preventiva eficaz para reduzir a incidência e o risco de doença cardiovascular.
20 Fitzpatrick et al., 2016	Comparar a eficácia de três modalidades de ensino no processo de tomada de decisão quotidiano na pessoa com diabetes tipo 2 (programa DECIDE)	Educação para a saúde em sessões individuais, sessões de grupo e estudo autónomo	As modalidades DECIDE e o grupo controlo não diferiram significativamente nos resultados clínicos 6 meses após a intervenção. Nos participantes com A1C $\geq 7,5\%$ inicialmente, baixou nas várias modalidades DECIDE na primeira semana pós-intervenção. Apenas no estudo autónomo aos 6 meses após a intervenção houve redução significativa da pressão arterial sistólica. No estudo autónomo e no individual houve declínio significativo no LDL. No estudo autónomo houve um aumento no HDL aos 6 meses após a intervenção. O estudo autónomo e o individual tiveram um aumento maior no conhecimento do que o grupo de controle. Todos melhoraram na resolução de problemas 6 meses após a intervenção.
23 Hung et al., 2016	Determinar se um programa de telessaúde, de quarta geração, pode reduzir a mortalidade por todas as causas em	Auto monitorização, acompanhamento telefónico de enfermagem e consulta médica	O programa de telessaúde de quarta geração está associado a menor mortalidade por todas as causas, em comparação com os cuidados usuais após o ajuste para comorbidades crónicas. Os resultados sugerem que o efeito benéfico da telessaúde aumenta ao longo do tempo.

Código/ Estudo	Objetivo	Componentes da intervenção	Resultados
	pessoas com doença cardiovascular crônica		
24 Kempf et al., 2017	Avaliar a eficácia de um programa de intervenção no Estilo de Vida Telemedical (TeLiPro), na melhoria do controle metabólico em pessoas com diabetes tipo 2 em estágio avançado	Sessões de educação em grupo, intervenção nutricional, consulta médica e atendimento telefônico.	A redução da HbA1c foi significativamente maior no grupo TeLiPro. Na diabetes tipo 2 em estágio avançado, o TeLiPro pode melhorar o controle glicêmico e pode oferecer novas opções para evitar a intensificação farmacológica.
26 Kleist et al., 2017	Avaliar os efeitos de uma dieta com restrição de energia, com e sem deambulação moderada, no peso corporal, composição corporal, gasto energético de repouso (GER) e variáveis de risco endócrino e cardiometabólico em pessoas com excesso de peso e obesidade	Caminhada ao ar livre (supervisionada e autônoma) e intervenção nutricional	Existiram reduções significativas no peso corporal e massa gorda no grupo de intervenção, que foi associado a melhorias significativas nos biomarcadores para risco de doença cardiovascular. A perda moderada de peso não foi acompanhada de uma redução no gasto energético de repouso. Caminhadas moderadas adicionais aumentaram os efeitos de uma dieta hipocalórica na perda de gordura e na redução da insulinoresistência. A pressão arterial diastólica, pressão arterial média, colesterol LDL e colesterol HDL também foram significativamente melhoradas pelas duas intervenções. A triiodotironina livre diminuiu significativamente e o cortisol sérico aumentou significativamente em ambos os grupos. Esta intervenção trouxe melhorias significativas nos biomarcadores para redução do risco de doença cardiovascular.
27 Koniak-Griffin et al., 2015	Avaliar a viabilidade de uma intervenção nos estilos de vida, em mulheres latinas e imigrantes com excesso de peso	Educação para a saúde sobre estilos de vida e acompanhamento presencial e via telefônica	Os comportamentos de estilo de vida e outros fatores de risco de mulheres latinas com excesso de peso podem ser melhorados através de uma intervenção comportamental de alteração de estilos de vida.
29 Malagoni et al., 2016	Verificar a viabilidade, segurança e eficácia preliminar de um modelo original de reabilitação em casa, comparado a um programa supervisionado padrão em sobreviventes de AVC hemiplégico crônico	Exercícios músculo-esqueléticos e caminhada no domicílio	O teste de marcha de 6 minutos e o domínio de atividade física aumentaram significativamente nos dois grupos. O tempo necessário para os profissionais de saúde implementarem o programa de exercícios em casa foi de 15 horas VS 30 horas para o programa supervisionado padrão. O programa estruturado de exercícios em casa é viável, seguro e capaz de induzir melhorias na capacidade funcional e na qualidade de vida comparando com um programa convencional de reabilitação supervisionado
30 Marra et al., 2019	Avaliar a viabilidade e eficácia de uma intervenção de telenutrição nos cuidados saúde primários para perda de peso	Educação nutricional e acompanhamento via telefônico	Ambos os grupos reduziram o peso corporal, perímetro abdominal, percentagem de gordura, ingestão calórica e melhoraram a qualidade da dieta. Verificou-se maior perda de peso no grupo experimental. As taxas de retenção, adesão e satisfação relatadas pelos participantes foram ≥80% no grupo de telenutrição. As intervenções de telenutrição nos cuidados saúde primários têm o potencial de melhorar o acesso ao aconselhamento dietético para tratamento da obesidade
33 Mills et al., 2017	Avaliar o efeito do programa Work It Out nos resultados	Educação para a saúde e exercício físico	A distância do teste de marcha melhorou em média 0,053 km, influenciada pelas condições sociais e emocionais. As pessoas com obesidade

Código/ Estudo	Objetivo	Componentes da intervenção	Resultados
	clínicos em pessoas citadinas de Aboriginal and Torres Strait Islander com ou sem risco de doença cardiovascular		extrema diminuíram em média 1,6kg o peso corporal. Os participantes com pressão arterial sistólica basal alta demonstraram uma diminuição média de 11 mmHg. O programa Work It Out pode ser um modelo útil para reabilitação e prevenção doença cardiovascular para as populações citadinas
45 Rigamonti et al., 2019	Investigar os efeitos de um programa de redução de peso corporal.	Dieta com restrição calórica, educação nutricional, aconselhamento psicológico, atividade física;	Redução de 4% no peso corporal foi alcançado no final do programa. Foi associado a uma diminuição do colesterol e glicose, e uma redução da pressão arterial sistólica (redução do risco cardiovascular).
51 Teychenne et al., 2015	Comparar a eficácia de um programa de treino de força padrão com um programa personalizado na adoção e manutenção de fatores de risco e cardiometabólicos e força muscular.	Programa de treino de força e motivacional.	Naqueles com DMT2, houve uma redução significativa de HbA1c no programa adaptado (grupo de intervenção) em comparação ao grupo padrão (grupo controlo) durante a fase de adaptação.
54 Yazdanpana h et al., 2019	Determinar o efeito de um programa educacional baseado no Modelo de Crenças em Saúde sobre adesão medicamentosa em idosos que sofrem de hipertensão.	Sessões educacionais em grupo	A adesão à medicação obtida pelo grupo de intervenção foi significativamente superior ao grupo controle.

Os programas de intervenção são bastante heterogêneos na sua natureza, composição, duração e técnicas de mudança comportamental utilizadas. Podemos verificar que existem programas de gestão do risco de DCV que integram os componentes: educação para a saúde (sessões individuais ou em grupo), exercício físico, alimentação, regime medicamentoso, acompanhamento/aconselhamento e psicologia motivacional. A distribuição destes componentes nas diferentes dimensões do *Chronic Care Model* (Wagner, 2001) permite perceber que se concentram no reforço da rede de serviços, na criação de novos sistemas de informação e no suporte à tomada de decisão e à autogestão (Tabela 1).

Tabela 1. Dimensões do *Chronic Care Model* presentes nos estudos (adaptado de Wagner, 2001)

Dimensões <i>Chronic Care Model</i>	Fi	Fr
Organização dos cuidados de saúde	5	31.25
Rede de serviços	13	81.25
Suporte à tomada de decisão	15	93.75
Sistemas de informação	13	81.25
Suporte autogestão	12	75
Recursos comunitário	4	25

A implementação de programas que se sustentam no *Chronic Care Model* mostrou ser efetiva na redução da utilização dos serviços de saúde e na redução do risco cardiovascular (Yeoh et al., 2018).

Os estudos analisados mostram que os diferentes componentes dos programas de gestão da doença crónica são implementados de forma isolada ou combinada, recorrendo a diferentes técnicas para promover a mudança comportamental (Quadro 2).

Quadro 2. Técnicas de mudança comportamental identificadas
(adaptado de Behavior Change Technique Taxonomy (V1), de Michie, Atkins & West, 2014)

Técnicas de mudança comportamental	Definição	Código dos Estudos
1. Objetivos e planeamento:		
1.1 /1.3 Estabelecer objetivos (comportamento/resultados)	Negociar um objetivo em termos de (resultados) comportamento a alcançar.	8, 24, 27, 30, 45, 51
1.2 Resolução de problemas	Analisar com a pessoa fatores que influenciam o comportamento e criar estratégias para ultrapassar as barreiras ou potenciar os facilitadores.	20, 24, 51
1.4 Planeamento da ação	Definir detalhadamente um plano para o desempenho do comportamento	24, 26, 29, 30, 51
2. Feedback e monitorização:		
2.1 Monitorizar o comportamento por outros	Observa ou regista o comportamento com o conhecimento da pessoa como uma estratégia de mudança comportamental	5, 13, 23, 45
2.2 Feedback sobre o comportamento	Monitoriza e dá feedback sobre o desempenho do comportamento	13, 23, 30, 45, 51
2.3/2.4 Automonitorização do comportamento/resultados	Estabelece um método para a pessoa monitorizar e registar o comportamentos/resultados, como parte da estratégia de mudança comportamental	8, 24, 45
4. Modelando o conhecimento		
4.1 Instruir como desenvolver o comportamento	Aconselhar ou negociar formas de desenvolver o comportamento (inclui treino de habilidades).	1, 5, 13, 20, 23, 24, 26, 27, 30, 33, 45, 51, 54
4.2 Informação sobre antecedentes	Fornecer informação sobre antecedentes que predizem o desempenho do comportamento.	1, 23, 24, 26, 45
5. Consequências naturais		
5.1 Informação sobre consequências para a saúde	Fornecer informações sobre consequências para a saúde de determinado comportamento.	1, 23, 24
6. Comparação de comportamento		
6.1 Demonstração do comportamento	Fornecer um exemplo observável do comportamento desejado, diretamente ou indiretamente, via filme ou imagem, para que a pessoa se inspire ou imite.	8, 19, 24, 26, 27, 33, 45, 51
8. Repetição e substituição		
8.3 Formação de hábitos	Repetição do comportamento no mesmo contexto para que o contexto provoque o comportamento.	8, 13, 19, 26, 29, 33, 45, 51
10. Recompensa e ameaça		
10.1 Incentivo material	Informar que dinheiro, vouchers ou outro objeto de valor será oferecido se, e só se, existir um esforço e/ou progresso no comportamento. Inclui reforço positivo.	27, 51
10.3 Incentivo não-específico	Recompensa se, e só se, houver esforço e/ou progresso no comportamento. Inclui reforço positivo.	8, 24, 45, 51

Vários estudos mostram que, a implementação de técnicas de mudança comportamental tem sido eficaz na gestão da doença crónica (Sawyer et al., 2019; Duff et al., 2017). Tal como Mudaliar et al. (2016) referem, a mudança do estilo de vida é um desígnio importante na gestão de risco DCV em pessoas com doença crónica, conduzindo, não apenas a bons resultados em saúde, mas também reforçando a relação custo-efetividade. Os programas implementados conduziram a vários ganhos em saúde, quer sejam cognitivos ou comportamentais, quer sejam em indicadores clínicos (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos ganhos em saúde dos participantes, pelos estudos analisados

GANHOS EM SAÚDE		Fi	%
Cognitivos	Conhecimentos adquiridos	10	62.5
Comportamentos	Dieta equilibrada	6	37.5
	Controlo da glicemia	6	37.5
	Prática de exercício físico	8	50
	Auto monitorização	3	18.8
	Adesão ao regime medicamentoso	3	18.8
Indicadores clínicos	Normalização dos valores HbA1c	6	37.5
	Perda de peso	7	43.8
	Normalização do IMC	5	31.3
	Normalização do perímetro cintura/anca	4	25
	Controlo da tensão arterial	5	31.3
	Controlo do perfil lipídico	6	37.5

O período de intervenção nos estudos analisados varia entre 8 semanas a 10 anos, havendo recurso, em grande parte das pesquisas, a ferramentas digitais para implementar a intervenção junto dos participantes (Chao et al., 2017) ou para monitorizar ou complementar a intervenção desenvolvida (Marra et al., 2019; Hung et al., 2016; Koniak-Griffin et al., 2015; Kempf et al., 2017). Alguns estudos têm vindo mostrar que as ferramentas digitais têm contribuído não apenas para auto-gestão da doença crónica, como também reduzir as desigualdades em termos de acessibilidade aos serviços de saúde (Wade & Stocks, 2017).

4. CONCLUSÕES

A literatura científica evidencia que os programas de intervenção na gestão do risco de DCV, em pessoas com doença crónica, são basilares para que se obtenham ganhos em saúde. Os principais domínios de intervenção são o exercício físico, alteração dos hábitos alimentares, psicologia motivacional e educação da população sobre os estilos de vida saudáveis, o que pode envolver todas as dimensões preconizadas para cuidar da pessoa com doença crónica. Várias são as técnicas de mudança comportamental mobilizadas pelos autores no desenho dos programas implementados, sendo de maior peso a aposta no melhoramento do conhecimento, na demonstração de comportamentos e na formação de

hábitos. Nos estudos analisados identificou-se uma diminuição do risco de doenças cardiovasculares associada à sua implementação. Destacam-se como resultados, o aumento da prática de exercício físico, a perda de peso corporal, os conhecimentos de saúde adquiridos e consequentemente o controlo de parâmetros analíticos (glicémia, lipidémia e tensão arterial).

Concluimos que os resultados indicam algumas intervenções promissoras na gestão do risco de DCV em pessoas com doenças crónicas. No entanto, a heterogeneidade dos programas e a inconsistência de alguns resultados impedem conclusões sólidas. É necessário continuar a investigar para tornar os resultados mais consistentes, nomeadamente, importa que os programas a serem desenvolvidos futuramente englobem as componentes como a gestão dos hábitos tabágicos ou alcoólicos e do stress.

5. REFERÊNCIAS

- Bullard, T., Ji, M., An, R., Trinh, L., Mackenzie, M., & Mullen, S. P. (2019). A systematic review and meta-analysis of adherence to physical activity interventions among three chronic conditions: cancer, cardiovascular disease, and diabetes. *BMC Public Health*, 19(1).
- Chodosh, J., Morton, S. C., Mojica, W., Maglione, M., Suttrop, M. J., Hilton, L., Rhodes, S., & Shekelle, P. (2005). Meta-analysis: chronic disease self-management programs for older adults. *Annals Of Internal Medicine*, 143(6), 427–438.
- DGS, Direção-Geral da Saúde de Portugal (2016). *A saúde dos Portugueses 2016*. Lisboa: DGS.
- Duff, O. M., Walsh, D. M., Furlong, B. A., O'Connor, N. E., Moran, K. A., & Woods, C. B. (2017). Behavior Change Techniques in Physical Activity eHealth Interventions for People With Cardiovascular Disease: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 19(8), 1. <https://doi.org/10.2196/jmir.7782>
- Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.0* (updated July 2019). Cochrane, 2019. Available from www.training.cochrane.org/handbook
- Kastner, M., Cardoso, R., Lai, Y., Treister, V., Hamid, J. S., Hayden, L., ... & Holroyd-Leduc, J. (2018). Effectiveness of interventions for managing multiple high-burden chronic diseases in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Cmaj*, 190(34), E1004-E1012.
- Luijckx H, Lucassen P, van Weel C, et al. How GPs value guidelines applied to patients with multimorbidity: a qualitative study. *BMJ Open* 2015;5:e007905.
- Meador, N., King, K., Llewellyn, A., Norman, G., Brown, J., Rodgers, M., ... & Stewart, G. (2014). A checklist designed to aid consistency and reproducibility of GRADE assessments: development and pilot validation. *Systematic reviews*, 3(1), 82.
- Michie, S., Atkins, L., & West, R. (2014). *The Behavior Change Wheel: A Guide To Designing Interventions* (First edit). London: Silverback Publishing
- Michie, S., Richardson, M., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J., Hardeman, W., ... & Wood, C. E. (2013). The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Annals of behavioral medicine*, 46(1), 81-95.
- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., ... & Stewart, L. A. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic reviews*, 4(1), 1.

- Mudaliar, U., Zabetian, A., Goodman, M., Echouffo-Tcheugui, J. B., Albright, A. L., Gregg, E. W., & Ali, M. K. (2016). Cardiometabolic Risk Factor Changes Observed in Diabetes Prevention Programs in US Settings: A Systematic Review and Meta-analysis. *Plos Medicine*, 13(7), e1002095. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002095>
- Pengpid, S., Peltzer, K., Puckpinyo, A., & Chantarongsuk, I. J. (2019). Effectiveness of a cluster-randomized controlled trial community-based lifestyle intervention program to control prehypertension and/or prediabetes in Thailand. *International Journal of Diabetes in Developing Countries*, 39(1), 123-131.
- Peters, R., Ee, N., Peters, J., Beckett, N., Booth, A., Rockwood, K., & Anstey, K. J. (2019). Common risk factors for major noncommunicable disease, a systematic overview of reviews and commentary: the implied potential for targeted risk reduction. *Therapeutic advances in chronic disease*, 10, 2040622319880392.
- Reynolds, R., Dennis, S., Hasan, I., Slewa, J., Chen, W., Tian, D., ... & Zwar, N. (2018). A systematic review of chronic disease management interventions in primary care. *BMC family practice*, 19(1), 11.
- Sawyer, A., Lewthwaite, H., Gucciardi, D. F., Hill, K., Jenkins, S., & Cavalheri, V. (2019). Behaviour change techniques to optimise participation in physical activity or exercise in adolescents and young adults with chronic cardiorespiratory conditions: a systematic review. *Internal Medicine Journal*, 49(10), 1209–1220. <https://doi.org/10.1111/imj.14141>
- Uthman, O. A., Hartley, L., Rees, K., Taylor, F., Ebrahim, S., & Clarke, A. (2015). Multiple risk factor interventions for primary prevention of cardiovascular disease in low-and middle-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8).
- Van der Heide, I., Snoeijis, S., Quattrini, S., Struckmann, V., Hujala, A., Schellevis, F., & Rijken, M. (2018). Patient-centeredness of integrated care programs for people with multimorbidity. Results from the European ICARE4EU project. *Health Policy*, 122(1), 36-43.
- Wade, V., & Stocks, N. (2017). The Use of Telehealth to Reduce Inequalities in Cardiovascular Outcomes in Australia and New Zealand: A Critical Review. *Heart, Lung & Circulation*, 26(4), 331–337. <https://doi.org/10.1016/j.hlc.2016.10.013>
- Wagner, E. H., Austin, B. T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J., & Bonomi, A. (2001). Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health affairs*, 20(6), 64-78.
- WHO, World Health Organization (2017). Cardiovascular diseases (CVDs). [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- WHO, World Health Organization. (2018). Noncommunicable diseases country profiles 2018.
- Xu, X., Mishra, G. D., & Jones, M. (2017). Evidence on multimorbidity from definition to intervention: an overview of systematic reviews. *Ageing research reviews*, 37, 53-68.
- Yeoh, E. K., Wong, M. C. S., Wong, E. L. Y., Yam, C., Poon, C. M., Chung, R. Y., Chong, M., Fang, Y., Wang, H. H. X., Liang, M., Cheung, W. W. L., Chan, C. H., Zee, B., & Coats, A. J. S. (2018). Benefits and limitations of implementing Chronic Care Model (CCM) in primary care programs: A systematic review. *International Journal Of Cardiology*, 258, 279–288. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2017.11.057>

A METODOLOGIA DA TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS CONSTRUTIVISTA: CONSIDERAÇÕES SOBRE SEU USO NA ÁREA DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS COM FERIDAS CRÔNICAS

Idevania G. Costa¹, Deborah Tregunno² e Pilar Camargo-Plazas²

¹ Lakehead University, Thunder Bay, ON, Canada. igcosta@lakeheadu.ca

² Queen's University, Kingston, ON, Canada. treguno@queensu.ca, mdpc@queensu.ca

Resumo: Constructivist Grounded Theory, traduzida para o português como Teoria Fundamentada nos Dados Construtivista (TFDC). Objetivo: descrever nossa experiência com o uso da metodologia da TFDC na área de enfermagem em cuidados com feridas. Métodos: Amostragem teórica e entrevistas semiestruturadas foram realizadas com 30 indivíduos com úlcera de pé diabético, sendo atendidos em uma clínica de feridas no sudeste de Ontário, Canadá, em agosto de 2017. A análise e a interpretação dos conteúdos transcritos foram desenvolvidas de acordo com a proposta metodológica da TFDC informada por Charmaz e utilizou-se o software NVivo 11.4.1 como suporte às interpretações e organização documental. A análise dos dados resultou na teoria: “A Jornada do Paciente rumo ao engajamento no autocuidado do pé diabético”. Conclusões: Este estudo permitiu concluir que o método da TFDC é relevante para o desenvolvimento de pesquisas em enfermagem especializada em cuidados com feridas. Devido ao seu rigor analítico e metodológico, podemos entender as várias fases do processo de autocuidado de úlceras de pé diabéticos e o papel central que os pacientes exercem no manejo diário de suas feridas crônicas.

Palavras chaves: Teoria Fundamentada em Dados; Autocuidado; Úlcera de Pé Diabético, Fatores Contextuais

THE CONSTRUCTIVIST GROUNDED THEORY METHODOLOGY: CONSIDERATIONS ON ITS USE IN THE AREA OF NURSING IN WOUND CARE

Abstract: Constructivist Grounded Theory (CGT), translated to Portuguese as Teoria Fundamentada nos Dados Construtivista. Goal: to describe our experience with the use of the CGT methodology in the field of nursing in wound care. Methods: Theoretical sampling and semi-structured interviews were conducted with 30 individuals with diabetic foot ulcers, being seen at a wound care clinic in southeastern Ontario, Canada, in August 2017. The analysis and interpretation of the transcribed contents were developed according to the CGT methodological informed by Charmaz and the NVivo 11.4.1 software was used to support the interpretations and data management. The analysis of the data resulted in the theory: “Patients’ Journey toward engagement in self-management of diabetic foot ulcer”. Conclusions: This study allowed us to conclude that the CGT methodology is relevant to the development of research in nursing specialized in wound care. Due to its analytical and methodological rigor, we could understand the various phases of the engagement in the self-management process of diabetic foot ulcers and the central role that patients play in the daily management of their chronic wounds.

Keywords: Grounded Theory; Self-Management; Diabetic Foot Ulcer, Contextual Factors

1. INTRODUÇÃO

Feridas crônicas, como úlceras de pé diabético (UPD), afetam profundamente a vida das pessoas que vivem com elas e resultam em um alto custo, significativo para indivíduos, famílias,

sistemas de saúde e sociedade, como resultado da deficiência física e diminuição da produtividade. De fato, os resultados indesejados do cuidado com diabetes afetam os indivíduos de forma holística, incluindo áreas físicas, psicológicas e sociais de sua vida e podem resultar em consequências graves e irreversíveis, como a amputação de membros inferiores. Atualmente a úlcera do pé diabético é a principal causa de visitas em unidades de emergência, longas internações hospitalares e altas taxas de mortalidade em pacientes com diabetes ao redor do globo (Skrepnek, Mills, & Armstrong, 2015). Como poderemos prevenir esses resultados indesejáveis?

Nos dias atuais, há muitos avanços em pesquisas na área de feridas crônicas e novas tecnologias disponíveis que prometem excelentes resultados. No entanto, pouca atenção tem sido dada à importância de envolver os pacientes no autocuidado diário de suas feridas crônicas. Isso pode ser pelo fato de o atual modelo biomédico assistencial ter contribuído para que os pacientes sejam participantes passivos no manejo dos cuidados com suas feridas. Nesse modelo os médicos e demais profissionais de saúde, geralmente, tomam a decisão de tratamento em nome do paciente, sem normalmente envolvê-los no processo de tomada de decisão. Desta forma, esse modelo não é adequado para o manejo de doenças crônicas, necessitando uma mudança de paradigma (Farre & Rapley, 2017). Mas qual seria a proposta de mudança desse paradigma implícita pela literatura?

No cuidado com pacientes que vivem com doenças crônicas é necessário mudar o papel passivo dos pacientes, perpetuado com modelo biomédico, para um papel mais ativo e participativo, que visa o envolvimento ativo dos mesmos em seus autocuidados (Costa, Camargo-Plazas, Tregunno, 2017). De acordo com as evidências, pessoas que vivem com condições crônicas, mas estão ativamente envolvidas em seus próprios cuidados obtiveram resultados clínicos such as controle da glicemia e melhor qualidade de vida, significativamente melhores (Boger et al., 2015). Outros autores analisaram o custo-efetividade da implementação do autocuidado em pacientes com síndrome metabólica concluindo que houve diminuição das complicações que levam à hospitalização, dos custos de saúde, e aumento da qualidade de vida (Sakulsupsiri, Sakthong & Winit-Watjana, 2016).

Pesquisadores e clínicos concordam que os resultados positivos do diabetes são fortemente influenciados pela implementações de autocuidado diários pelos pacientes. Mas, para isso, os

mesmos devem obter conhecimento sobre sua doença, possuírem auto-confiança, serem capazes e suficientemente responsáveis para cuidarem de si mesmos para evitar sérias consequências pela falta de cuidado (Van de Velde et al., 2019). Quais resultados podem ser obtidos com o envolvimento ativo dos pacientes no autocuidados? Indivíduos que se envolvem ativamente no gerenciamento de seus próprios cuidados são mais aptos a identificarem precocemente sinais e sintomas de infecção, tomarem decisões corretas sobre o que fazer, sobre que medidas implementar para evitar consequências irreversíveis (Riegel, Jaarsma, Lee, & Stromberg, 2019). Além disso, estarão preparados para identificar suas limitações e, assim, saberão a hora certa de procurar ajuda de profissionais qualificados. Evidências também sugerem que as vozes dos pacientes precisam ser ouvidas para ajudar a entender seus papéis e habilidades no manejo de suas condições crônicas (Barello et al., 2015).

Até o momento, poucos estudos têm focado em compreender a experiência cotidiana dos indivíduos com feridas e como envolvê-los no processo de gerenciamento do autocuidado de sua condição. Além disso, não existia um modelo teórico que descrevesse a experiência dos indivíduos que vivem e lidam com UPD, aplicando a práticas diárias do autocuidado. Poucos estudos exploraram os fatores que influenciam as habilidades dos pacientes em aplicarem o autocuidado com tais úlceras. Atualmente, o que se encontra nos estudos publicados é a adaptação de modelos teóricos de autocuidado de condições crônicas, tais como: diabetes, doença pulmonar crônica, insuficiência cardíaca, entre outros. Esses modelos geralmente propõem uma abordagem quantitativa e estritamente positivista, o que limita dar oportunidade para os pacientes expressarem suas experiência, necessidades e preocupações com sua doenças e o autocuidado das mesmas como descritos em estudos qualitativos (Delea et al., 2015; Palaya, Pearson, & Nash, 2018). Assim, o propósito deste artigo é descrever nossa experiência com o uso da metodologia da TFDC na área de enfermagem em cuidados com feridas.

2. METODOLOGIA

Com o intuito de entender como ocorre o processo de envolvimento dos pacientes no autocuidado diário de feridas complexas tais como UPD, decidimos por usar a abordagem construtivista por ser um método que nos permite adotar uma postura profundamente reflexiva chamada autoconsciência metodológica. Essa abordagem nos leva a examinar os dados, ações

e análises emergentes e permite um diálogo interativo entre o pesquisador e os participantes da pesquisa (Charmaz, 2017). Esse método nos auxiliou no insight sobre conceitos, significados, motivações e ações em torno do objeto de pesquisa. Na TFDC, os pesquisadores estão em constante envolvimento na construção e interpretação dos dados, enfatizando contextos sociais, interação, compartilhamento de pontos de vista e de suas compreensões (Charmaz, 2017). Além disso, os teóricos construtivistas, buscam uma compreensão abstrata do objeto de estudo e veem suas análises localizadas no tempo, no local e na situação da investigação (Charmaz, 2014).

Neste estudo, também utilizamos o interacionismo simbólico que é considerado o marco filosófico da TFDC. Este assume que a interação é inerentemente dinâmica e interpretativa e, portanto, aborda como as pessoas criam, interpretam, endossam e alteram significados e ações em suas vidas (Charmaz, 2014). No interacionismo simbólico, “os seres humanos são vistos como participantes ativos e construtores do mundo em que vivem e interagem” (MacDonald, 2001, p. 117). Esses conceitos foram particularmente relevantes para este estudo, no qual pretendemos entender os significados e as interpretações que os indivíduos com UPD dão à sua experiência de conviver e manejar suas úlceras no cotidiano.

3. COLETA E GERENCIAMENTO DOS DADOS

Em estudos que usam a TFDC, recomenda-se fortemente que o pesquisador aborde a coleta e a análise de dados simultaneamente e de forma não linear, o que permite que a coleta de dados informe a análise e se concentre na construção da teoria (Charmaz, 2014). Assim, a coleta de dados envolveu uma amostragem inicial e teórica e o uso de várias fontes, como entrevistas, observações, anotações de campo e diário do pesquisador (Charmaz, 2014).

Os dados foram coletados somente após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Queen's University, Kingston, Ontário, Canadá assinatura do termo de consentimento informado pelos participantes. Garantimos o anonimato dos participantes usando pseudônimos, escolhidos pelos mesmos, em vez dos seus nomes reais.

3.1 Fontes de coleta de dados

3.1.1 Guia intensivo de entrevista semiestruturado

O guia intensivo de entrevista semiestruturado, foi desenvolvido com base na literatura sobre autocuidado e manejo de UPD, na experiência de um dos pesquisadores como enfermeira de tratamento de feridas (da primeira autora) e também informado pela TFDC de Charmaz (2014). Assim, desenvolvemos a primeira versão do guia que foi usada com os cinco primeiros participantes. Após essa experiência, analisamos as repostas e obtivemos insights sobre diferentes abordagens para entender o processo de gerenciamento de autocuidado para essa população e decidimos reformular algumas perguntas. Na segunda versão do guia de entrevistas, decidimos por organizar as perguntas por tópico para evitar repetições. Este novo guia de entrevistas também ofereceu melhor direção, confiança, foco e clareza para que a entrevistadora explorasse o processo de envolvimento do paciente no autocuidado da UPD. Abaixo, fornecemos alguns exemplos das perguntas da entrevista usadas na segunda versão da entrevista, com algumas perguntas investigatórias:

Quadro 1. Exemplos das perguntas da entrevista intensiva semiestruturada

Perguntas Centrais	Perguntas investigatórias
Conte-me sobre quando você foi diagnosticado com diabetes.	Inclua todos os detalhes que você lembrar
Como você se cuidou desde que descobriu o seu diabetes?	Alguma coisa mudou? Onde você busca as respostas para suas dúvidas?
Que tipo de apoio você conseguiu para ajudá-lo a cuidar de si mesmo desde que foi diagnosticado com diabetes?	Quem ajuda você? De que maneira? O que significa ter ajuda?
Conte-me sobre a primeira vez que você descobriu que tinha uma ferida no seu pé.	Como você reagiu? O que passou pela sua cabeça?
Onde você foi primeiro para obter ajuda com sua ferida?	O que você disse sobre como cuidar de sua ferida?

3.1.2 Anotações de campo

As anotações de campo permitiram ter um lugar para documentar as impressões sobre as experiências dos participantes e reações da entrevistadora (Strauss & Corbin, 2015). As anotações de campo ajudaram a entrevistadora a documentar uma descrição importante de dados, como data, hora, ações, comportamentos, ou se os participantes usavam algum tipo específico de sapatos ou botas de prevenção de pressão na sola do pé afetado, bem como conversas paralelas entre o participante e o entrevistador. Selecionamos, a seguir, um bom exemplo da anotação de campo feita pelo entrevistador (primeiro autor):

Anotação de Campo (26 de maio de 2017)

Shelby (nome fictício) estava me esperando na sala de espera da clínica de tratamento de feridas. Ela estava assistindo TV quando me aproximei e a convidei para entrar na sala privada para a entrevista. Ela usava um dispositivo móvel de redução de pressão no pé afetado (esquerdo) e uma sandália no pé não afetado (direito). Ela sorriu sutilmente quando me aproximei dela e, à minha primeira impressão, foi de que ela não parecia interessada em falar sobre sua experiência de ter e cuidar de seu diabetes e ulceração. Shelby, uma participante do sexo feminino de 52 anos, começou a ter sinais de complicações do diabetes após quinze anos do diagnóstico de diabetes tipo 2. Ela compartilhou: “Eu perdi minha visão e não podia ver propriamente. Fui ao hospital, e então me diagnosticaram com diabetes. Meu açúcar no sangue estava 29 na época. Shelby estava frustrada porque na época ela não tinha um médico de família para prescrever os remédios que ela precisava e levou dois anos e meio para conseguir um. Shelby revelou que havia saído dos trilhos com sua diabetes por muitas vezes e por isso não se considera uma “boa diabética” porque não leva à sério sua dieta, não faz exercícios físicos e não consegue parar de fumar. A primeira vez que ela detectou a úlcera no pé, ela tentou tratá-la por conta própria aplicando remédios que ela encontrou na prateleira das farmácias. No entanto, a úlcera piorou e ela procurou uma clínica de emergência, onde o médico receitou um antibiótico que também não funcionou bem. Ela continuou com infecção na UPD por mais de dois meses sem saber o que fazer e o que era aquilo.

3.1.3 Diário do pesquisador

Ao longo do processo de estudo, o diário do pesquisador ajudou a detalhar o pensamento sobre a área de pesquisa e como ela pode influenciar a análise dos dados (Strauss & Corbin, 2015). Este diário serviu como um local para escrever ideias e interpretar as reações dos participantes ao convite para participar da pesquisa ou suas reações a algumas perguntas (por exemplo, apoio e recursos necessários para cuidar do diabetes e UPD). Também nos ajudou a entender que os indivíduos com UPD, às vezes, enfrentam muitos problemas pessoais e de saúde que podem afetar seu envolvimento no autocuidado. Um exemplo desse diário reflexivo está descrito abaixo:

Diário do pesquisador (26 de maio de 2017)

Esta é minha reflexão pessoal depois de entrevistar a senhora Shelby. Depois de uma semana tentando marcar uma entrevista com ela, finalmente tive a chance de encontrá-la na sala de tratamento de feridas enquanto ela estava sendo atendida por sua enfermeira habitual. Minha primeira impressão depois de conversar com ela foi que ela tinha medo de falar sobre o assunto, portanto, evitava o contato visual comigo na sala de tratamento de feridas. No início da entrevista, ela novamente evitou o contato visual. Aprendi com ela que ela tinha medo de ser julgada por não estar sempre seguindo as orientações de seu tratamento de feridas. Ela compartilhou que havia sido questionada muito sobre ser fumante e ter uma ulceração, mas que era um desafio para ela parar de fumar. Minha impressão foi de que ela passou por muitas situações difíceis em sua vida, como por exemplo, depressão, a qual interferiu no seu desejo de implementar o tratamento para sua UPD e o controle do diabetes. A experiência de Shelby de ter muitas recorrências do UPD me ensinou que é fácil perder a esperança. Esta entrevista contribuiu muito para meu entendimento amplo sobre o fenômeno em estudo. Percebi que embora os pacientes desempenhem um papel importante no autocuidado e na cicatrização de suas feridas, seu sucesso depende de como esses foram afetados por seu contexto social enquanto vivem com tal problema de saúde e como esse problema também afetou esse ser social.

3. 2 Organização e gerenciamento dos dados

As informações obtidas nas entrevistas foram inseridas no software de gerenciamento de dados qualitativo N-Vivo® (Versão 11.4.1). Esse software foi essencial para auxiliar no gerenciamento e análise de todos os dados. Ao todo foram entrevistados 30 participantes e a transcrição de suas entrevistas originou um total de 732 páginas que foram inseridas no NVivo 11.4.1.

As entrevistas realizadas por telefone para validar e esclarecer os dados originaram outras 87 páginas que também foram inseridas no software com o auxílio de um computador. O número de páginas de cada entrevista, após transcrita, variou de 15 a 56 e a duração das entrevistas variou de 36 minutos e 41 segundos à 1 hora e 42 minutos. O NVivo foi usado para ajudar com os dois tipos de codificações utilizadas na TFDC – codificação inicial ou aberta e seletiva ou focada. Os códigos foram organizados em Nodes no NVivo 11.4.1.

4. ANÁLISE DE DADOS

4.1 Procedimentos de codificação do dados

O processo de codificação da TFDC envolve pelo menos as duas codificações hierárquicas a seguir: 1) codificação aberta (inicial) linha a linha ou ideia da ideia e 2) uma codificação focalizada (seletiva e conceitual) (Charmaz, 2014) como descrito a seguir.

4.1.1 Codificação aberta

A codificação aberta é o primeiro passo na análise da TFDC e ajuda o pesquisador a continuar aberto aos dados e a ver distinções nos mesmos. Essa forma de codificação requer a análise de cada uma das entrevistas transcritas, bem como de suas histórias, linha por linha. Ao codificar os dados da entrevista em profundidade, o pesquisador examina de perto o que os participantes dizem e, provavelmente, enfrenta (Charmaz, 2014). Assim, neste estudo, a codificação aberta nos ajudou a identificar preocupações implícitas e declarações explícitas. O envolvimento no processo de codificação aberta, a partir da primeira entrevista, nos ajudou a manter o foco durante toda a coleta e análise de dados. Essa codificação aberta foi muito útil para identificar a percepção dos participantes de não controlar muito bem o diabetes, que foi

codificado com as próprias palavras dos participantes de "ser um diabético ruim", de forma a manter os códigos o mais próximos possível dos dados. Os trechos abaixo indicam texto usado nesta codificação. O código "ser um diabético ruim" foi posteriormente elevado à um conceito.

O que significa "Ser um diabético ruim" para os participantes:

Eu sou um diabético ruim. (Júnior).

Eu não sou um diabético muito bom, com certeza. (Shelby)

Eu costumava comer muita fast food ... muita Pepsi. (Kobe)

Eu não faço muito exercício. (Charlette)

Eu fumo dois maços de cigarro por dia. (Júnior)

Comecei a beber álcool novamente. (Sam)

Após seguir as estratégias de codificação aberta, percebemos estar imersas no processo de entender as experiências dos participantes de viver e cuidar de suas UPD.

4.1.2 Codificação focalizada

A codificação focalizada foi usada para sintetizar e explicar segmentos maiores de dados. Esse tipo de codificação é mais direcionada, focada e conceitual do que o processo de codificação aberta (Charmaz, 2014). Através do processo de comparação constante, os códigos iniciais foram comparados e alguns deles foram unificados de forma a facilitar sua descrição. O método de comparação constante de código com código, depoimento com depoimento e assim por diante nos permitiu refinar o código de "ser um diabético ruim" e elevá-lo à um conceito da categoria intitulada: "Percepção da doença" que se tornou a Fase 1 da teoria desenvolvida neste estudo.

4.1.3 Análise comparativa constante

A análise comparativa constante é um método chave na análise de dados da TFDC (Charmaz, 2014). Esse método nos ajudou a entender o processo incorporado na jornada dos participantes rumo ao envolvimento no autocuidado de suas UPD, em vez de impor ideias preconcebidas relacionadas ao processo de envolvimento dos participantes no autocuidado de

suas UPD. Além disso, esse método indutivo de análise, nos ajudou a estender significados e experiências e a desenvolver conceitos a partir dos dados enquanto os analisavam (Charmaz, 2014).

4.1.4 Redação de memorandos e categorias conceituais

É neste momento que os pesquisadores param e analisam suas ideias sobre os códigos e categorias emergentes (Charmaz, 2014). Portanto, é essencial escrever o memorando imediatamente após a leitura e codificação das entrevistas. Assim, anotações sobre o que o pesquisador estava pensando, as ideias que surgiam quando lia as transcrições dos entrevistas, foram anotadas na fonte denominada *Memo* do software NVivo. A redação de memorandos também foi muito útil para criar um espaço interativo onde o pesquisador pudesse manter uma conversa consigo mesmo sobre dados, códigos, ideias e intuições e liderar o desenvolvimento da análise e construção da teoria, como afirma Charmaz. Um exemplo da escrita de memorando é fornecido abaixo:

Memorando (July 31, 2017)

Depois de codificar algumas entrevistas de participantes como Junior, Butch e Toby, que enfrentaram muitas consequências do diabetes, percebi que eles veem a doença como uma "sentença de morte" e pareciam preparados para perder a vida à qualquer momento. Eles também admitiram que não eram um "bom diabético" porque não seguiram uma dieta rigorosa ou manejaram seu diabetes como lhes foi dito. Outra coisa comum entre eles era que os mesmos não levavam isso a sério desde o início, e que a falta de conhecimento e apoio no autocuidado os levou a não conseguir acompanhá-lo diariamente. Agora eles pareciam aceitar que morreriam devido às várias consequências do diabetes e estão preparando seus entes queridos para aceitarem esse resultado também. Por outro lado, aqueles que apresentavam menos consequência estavam cientes dos riscos para sua vida, mas ainda sentiam que podiam controlar seu diabetes e viver bem e por muito tempo com a doença.

5. SATURAÇÃO TEÓRICA

A TFDC difere no uso desse termo comum de saturação de dados. Para este estudo, a saturação dos dados foi alcançada quando duas situações ocorreram. Primeiro, as categorias teóricas eram robustas e cheias de dados (Charmaz, 2017). Isso ocorreu quando não foram obtidas novas propriedades para a categoria principal "A jornada rumo ao envolvimento no autocuidado de UPD". A saturação teórica foi alinhada com a técnica de amostragem teórica utilizada durante a pesquisa para orientar a necessidade de entrevistas adicionais ou as entrevistas com os mesmos participantes. Segundo, a saturação teórica foi alcançada quando

os dados coletados foram responsáveis desenvolver as relações teóricas e o entendimento da trajetória dos participantes rumo ao processo de engajamento no autocuidado de UPD. Portanto, neste estudo, a saturação dos dados ocorreu quando novos dados não alteraram os conceitos já descobertos. Em vez disso, novos dados continuaram apenas a confirmar e promover os conceitos já conhecidos.

6. CLASSIFICAÇÃO TEÓRICA

A classificação teórica é a última etapa do processo de pesquisa para escrever uma teoria com a metodologia da TFDC. Nesta fase, a classificação, diagramação e integração de memorandos se tornam um processo inter-relacionado. Esse processo nos ajudou a encontrar a direção rumo à construção da teoria. A classificação dos memorandos serviu para expor a teoria emergente e forneceu meios para criar e refinar os vínculos teóricos (Charmaz, 2014). A diagramação ofereceu imagens concretas das nossas ideias e nos ajudou a visualizar e mostrar a representação das propriedades da teoria, seus relacionamentos e como cada propriedade se encaixava. Tentamos várias estratégias de classificação diferentes, desenhamos vários diagramas e comparamos categorias com categorias várias vezes até ter uma boa representação visual de seus links e encaixes. Integrando os dados e desenvolvendo a teoria substantiva

7. SENSIBILIDADE TEÓRICA E REFLEXIVIDADE

A sensibilidade teórica refere-se ao atributo de ter os insights necessários para dar significado conceitual aos dados. Também reflete a capacidade do investigador de usar experiências pessoais e profissionais para descobrir, entender e interpretar um contexto e dados de pesquisa de uma maneira que permita ao pesquisador explicar o potencial das informações para o desenvolvimento da teoria (Charmaz, 2014). O autor afirma que os conceitos de sensibilização permitem ao pesquisador expandir a percepção e fornecer um ponto de partida para a construção da análise.

Estudos preocupados com a geração de teoria podem exigir conceitos sensibilizantes, mas sem hipóteses (Blaikie, 2017). Em vez de começar com uma hipótese para analisar os dados, a pesquisa qualitativa utiliza o processo indutivo, que significa extrair padrões, conceitos e categorias dos dados, em vez de serem impostos antes da coleta de dados (Bradshaw,

Atkinson, & Doody, 2017). Por exemplo, quando comecei a coletar e analisar meus dados de pesquisa, precisava voltar e refletir constantemente sobre minha experiência pessoal e profissional, usando um diário ou diário reflexivo. Isso permitiu uma maior compreensão do que os dados estavam me dizendo em comparação com o que sei da minha experiência sobre a situação.

8. CONCLUSÕES

Nosso intuito foi descrever nossa experiência com o uso da TFDC na área de enfermagem em cuidados com feridas. Confirmamos que o uso dessa metodologia nos ajudou a desenvolver a primeira teoria que explica o processo de envolvimento do paciente no autocuidado de UPD, bem como os fatores contextuais que influenciaram esse processo (em processo de publicação). O processo iterativo utilizado neste estudo se deu de forma complexa e abstrata, conforme sugerido por Charmaz. Ao fornecer uma explicação detalhada das etapas adotadas para desenvolver este estudo, essa seção metodológica demonstra a complexidade das atividades de pesquisa e suporta a validade dos resultados.

O desenho da pesquisa foi influenciado por uma abordagem teórica fundamentada no interacionismo simbólico e no construtivismo social. As fontes de coleta de dados incluíam entrevista semiestruturada, anotações de campo e diário do pesquisador. As entrevistas ocorreram até que a saturação teórica ocorresse, um procedimento tradicional das TFDC. Enquanto todos os participantes estavam dispostos a compartilhar suas experiências, seu foco de interesse variou de acordo com os tópicos abordados. Por exemplo, enquanto alguns se interessaram em fornecer detalhes sobre sua experiência em cuidar de suas feridas, outros se concentraram principalmente em suas lutas pessoais ao navegar no mundo social com diabetes e UPD ou no impacto da úlcera em suas vidas.

Durante as entrevistas perguntas investigatórias foram incluídas para ajudar a obter uma descrição aprofundada sobre as reações, ações, motivações e significados que os participantes davam às suas experiências de viver e cuidar de suas UPD diariamente. As anotações de campo e o diário reflexivo forneceram fontes extras de dados onde estão descritas as ações, atitudes e comportamentos dos participantes observados durante a entrevista. A TFDC forneceu métodos flexíveis para guiar o processo analítico de desenvolvimento dessa teoria.

9. REFERÊNCIAS

- Barello, S., Graffigna, G., Vegni, E., Savarese, M., Lombardi, F., & Bosio, A. C. (2015). 'Engage me in taking care of my heart': A grounded theory study on patient–cardiologist relationship in the hospital management of heart failure. *BMJ Open*, 5(3), 1–11.
- Blaikie, N. W. H. (2017). *Designing social research: The logic of anticipation*. (3rd Ed.) Cambridge, UK: Polity.
- Boger, E., Ellis, J., Latter, S., Foster, C., Kennedy, A., Jones, F., . . . (2015). Demain, S. Self-Management and Self-Management Support Outcomes: A Systematic Review and Mixed Research Synthesis of Stakeholder Views. *PloS one*, 10(7), 1932-6203 (Electronic).
- Bradshaw, C., Atkinson, S., & Doody, O. (2017). Employing a Qualitative Description Approach in Health Care Research. *Glob Qual Nurs Res*, 4, 1-8. doi:10.1177/2333393617742282
- Charmaz, K. (2014). *Constucting Grounded Theory* (2nd ed.). Washington, D.C: Sage.
- Charmaz, K. (2017). The Power of Constructivist Grounded Theory for Critical Inquiry. *Qualitative Inquiry*, 23(1), 34-45. doi:10.1177/1077800416657105
- Costa, I. G., Camargo-Plazas, M. P., & Tregunno, D. (2017). Re-thinking self-care management for individuals with diabetic foot ulcers. *Wounds International*, 8(2), 10-14.
- Delea, S., Buckley, C., Hanrahan, A., McGreal, G., Desmond, D., & McHugh, S. (2015). Management of diabetic foot disease and amputation in the Irish health system: a qualitative study of patients' attitudes and experiences with health services. *BMC health services research*, 15(1), 251. doi:10.1186/s12913-015-0926-9
- Farre, A., & Rapley, T. (2017). The new old (and old new) medical model: four decades navigating the biomedical and psychosocial understandings of health and illness. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 5(4), 88.
- MacDonald, M. (2001). *Finding a critical perspective in grounded theory*. In R. Schreiber & P. N. Stern (Eds.), *Using Grounded Theory in Nursing* (pp. 113–158). New York: Springer Publishing Company.
- Palaya, J., Pearson, S., & Nash, T. (2018). Perception of social support in individuals living with a diabetic foot: A qualitative study. *Diabetes Res Clin Pract*, 146, 1872-8227
- Riegel, B., Jaarsma, T., Lee, C. S., & Stromberg, A. (2019). Integrating symptoms into the middle-range theory of self-care of chronic illness. *ANS Adv Nurs Sci*, 42(3), 1550-5014.
- Sakulsupsiri, A., Sakthong, P., & Winit-Watjana, W. (2016). Cost-Effectiveness Analysis of the Self-Management Program for Thai Patients with Metabolic Syndrome. *Value in Health Regional Issues*, 9, 28-35
- Skrepnek, G. H., Mills, J. L., Sr., & Armstrong, D. G. (2015). A diabetic emergency one million feet long: Disparities and burdens of illness among diabetic foot ulcer cases within emergency departments in the United States, 2006–2010. *PLoS One*, 10(8), 1–15. doi:10.1371/journal.pone.0134914
- Strauss, A., & Corbin, J. (2015). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Van de Velde, D., De Zutter, F., Satink, T., Costa, U., Janquart, S., Senn, D., & De Vriendt, P. (2019). Delineating the concept of self-management in chronic conditions: a concept analysis. *BMJ open*, 9(7), e027775.

ESTUDO ETNOBOTÂNICO QUALITATIVO COM PROFISSIONAIS E USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE JUÍNA – MT, BRASIL

Rodrigo Silva Rios¹, Leda Maria De Souza Villaça¹, Suzy Helen Dourado², Silvio Carlos Bieski³ e Isanete Geraldini Costa Bieski⁴

¹Secretaria de Saúde de Juína, Brasil, rodrigorios_cast@hotmail.com, ledavillaca@hotmail.com

²Universidade Federal do Mato Grosso, Brasil, suzyhellen1@hotmail.com

³Faculdade Noroeste de Mato Grosso, Brasil, silviobieski11@gmail.com

⁴ Instituto do Saber Ativo, Brasil, isabieski20@gmail.com

Resumo. O ser humano sempre estabeleceu uma íntima relação com plantas medicinais para o tratamento de doenças. O objetivo foi analisar a percepção de enfermeiros e usuários de Estratégias de Saúde da Família (ESF) Juína-MT, sobre a Fitoterapia. Utilizou-se o estudo de corte transversal, com intuito de coletar informações, possibilitar a descrição do conhecimento, com amostragem aleatória simples, por sorteio. Com as perguntas: você considera a fitoterapia uma prática importante de uso? Com quem aprendeu sobre o uso da planta medicinal? Qual (is) planta (s) medicinal (is) você conhece? Como obtém a planta medicinal para uso? A pesquisa ocorreu de set a out/2017, aprovado no Comitê de Ética. As informações obtidas apontaram que a maioria dos participantes utilizam plantas medicinais, se mostrando favoráveis a inserção da fitoterapia no Sistema Único de Saúde (SUS), a maioria aprederam sobre fitoterapia nas raízes familiares. As plantas medicinais mais utilizadas são preferencialmente *Allium sativum* L..(alho) e *Fredericia chica* (Bonpl.), crijiru, para infecções urinárias, rins, hipertensão e diabetes. O conhecimento etnobotânico muito contribui com a efetivação das políticas nacionais e estadual de plantas medicinais e fitoterápicos no SUS, assegurando a efetivação da promoção, proteção e recuperação da saúde da população de forma segura e eficaz.

Palavras-chave: Fitoterapia; Plantas Medicinais, Pesquisa Qualitativa; Prevenção

QUALITATIVE ETHNOBOTANICAL STUDY WITH PROFESSIONALS AND USERS OF THE UNIFIED HEALTH SYSTEM OF JUÍNA - MT, BRAZIL

Abstract. The human being has always established an intimate relationship with medicinal plants for the treatment of diseases. The objective was to analyze the perception of nurses and users of Family Health Strategies (FHS) Juína-MT, about Phytotherapy. The cross-sectional study was used in order to collect information, enable the description of knowledge, with sampling simple random, by lot. With the questions: do you consider phytotherapy an important practice of use? With whom did you learn about the use of the medicinal plant? Which medicinal plant (s) do you know? How do you get the medicinal plant for use? The research took place from Sep to Oct / 2017, approved by the Ethics Committee. The information obtained showed that the majority of the participants use medicinal plants, showing that the insertion of phytotherapy in the Unified Health System (SUS) was favorable, the majority learned about phytotherapy in the family roots. The most used medicinal plants are preferably *Allium sativum* L. (garlic) and *Fredericia chica* (Bonpl.), Crijiru, for urinary infections, kidneys, hypertension and diabetes. Ethnobotanical knowledge greatly contributes to the effectiveness of national and state policies on medicinal and herbal plants in SUS, ensuring the effectiveness of the promotion, protection and recovery of the population's health in a safe and effective manner.

Keywords: Phytotherapy; Medicinal Plants, Qualitative Research; Prevention.

1. INTRODUÇÃO

Desde os primórdios dos tempos, o ser humano tem estabelecido íntima relação com os reinos vegetal e animal para o tratamento de suas enfermidades (Machado, 1945; Matos, 1985). Estudos arqueológicos demonstram que a referência mais antiga que se tem conhecimento do uso das plantas medicinais datam de mais de sessenta mil anos. As primeiras descobertas foram feitas por estudos arqueológicos em ruínas do Irã, também na China, em 3.000 a.C., já existiam farmacopeias que compilavam as ervas e as suas indicações terapêuticas (Rezende & Cocco, 2002; Khan & Ali, 2015).

O Brasil é um país de grande diversidade biológica e cultural, por isso, as pessoas apresentam considerável conhecimentos e tecnologias tradicionais, onde com o passar dos anos vem evoluindo e passando de geração em geração, entre os quais se destaca o vasto acervo de saberes sobre o manejo, o cuidado e utilização de plantas medicinais (Battisti et al., 2013).

Dados da Organização Mundial da saúde, estimam que 80% da população mundial utilizam da prática de medicina tradicional nos cuidados básicos de saúde (Brasil, 2006a). A fitoterapia sobreviveu no Brasil devido às raízes profundas na consciência popular que reconheceu sua eficácia e legitimidade. Essa terapia é regulamentada pela Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 26/2014 que dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos e a notificação de produtos tradicionais fitoterápicos (Brasil, 2014).

O país apresenta políticas públicas direcionadas para o emprego de plantas medicinais em âmbito de saúde pública. A Política e Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) e a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS reforçam a ideia não apenas do uso de plantas medicinais, mas do seu uso racional, pois, diferente do pensamento que as plantas medicinais são inofensivas, sabe-se que elas são responsáveis por intoxicações e reações adversas (Brasil, 2006a; Brasil, 2016b). Entendendo a importância de se conhecer mais o potencial das plantas medicinais brasileiras, o professor Dr. Francisco de Matos da Universidade Federal do Ceará, criou o projeto intitulado farmácia viva que tem como objetivo principal incentivar o uso de plantas medicinais locais, bem como os medicamentos preparados a partir delas (Rufino et al., 2018).

O Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta uma lista com a relação nacional de plantas medicinais de interesse ao SUS. Esse é um ganho imenso principalmente a saúde que passa a ter acesso a mais opções terapêuticas com segurança (França et al., 2008 & Figueredo et al., 2014). Dentro desse contexto, foi elaborada a seguinte questão que norteou esta pesquisa: Quais são os saberes e práticas dos usuários sobre as plantas medicinais no cuidado com a saúde e a importância da inserção da Fitoterapia no SUS? O objetivo desse trabalho foi de analisar a percepção de enfermeiros e usuários das Equipes de Saúde da Família Município de Juína-MT, sobre a inserção da fitoterapia como opção de tratamento e prevenção de doenças aos pacientes no SUS.

2. METODOLOGIA

A Utilizou-se o estudo de corte transversal, realizando entrevistas do tipo descritiva e estruturada para as coletas dos dados, utilizando perguntas abertas e fechadas categorizadas dentro das variáveis sociodemográficas e etnobotânica, com intuito de coletar informações e assim possibilitar a descrição do conhecimento, com amostragem aleatória simples, por sorteio, conforme descreve Godoy (2005). As questões norteadoras foram: Você considera a fitoterapia uma prática importante de uso; Com quem aprendeu sobre o uso da planta medicinal, Qual (is) planta (s) medicinal (is) você conhece? Como obtém a planta medicinal para uso? A pesquisa foi realizada nas quinze (15) Equipes de Saúde da Família do município de Juína-MT (Fig. 1). Foram entrevistados doze (12) enfermeiros e cento e trinta e oito (138) usuários selecionados por sorteio, usando o Microsoft Excel.



Figura 1. Localização do município de Juína, MT

A pesquisa qualitativa possibilitou coletar informações e assim realizar análise do conhecimento sobre, as principais plantas e enfermidades por elas tratadas e respondendo às perguntas norteadoras da pesquisa, permitindo realizar a comparação imediata e análise dos resultados gerados (Scheaffer, Mendenhall, 1987 & Bardin, 2004).

A pesquisa foi realizada no período de setembro a outubro/2017, sendo realizada em duas etapas, na primeira etapa foi feito o contato com todos os enfermeiros e os usuários atendidos nas respectivas Estratégia de Saúde da Família (ESF) e assim aos participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e após todos os esclarecimentos foram agendadas as entrevistas. Após o agendamento, iniciou-se a segunda etapa, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e entrevistas na própria ESF utilizando um formulário semiestruturado e um gravador para melhor precisão da descrição das respostas as perguntas abertas sobre as plantas medicinais.

Os critérios de inclusão da pesquisa foram serem enfermeiros atuantes nas ESF do município de Juína e usuários cadastrados em suas respectivas ESF durante a visita do pesquisador. A idade dos participantes foi estabelecida como ≥ 18 anos, deveriam ser moradores de Juína e aqueles que aceitaram assinar TCLE. Os critérios de exclusão foram todos aqueles que não se enquadravam nos critérios de inclusão e aqueles que não apresentavam condições mentais para compreender e assinar o TCLE.

A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da AJES, sob nº CAAE 69017317.6.0000.8099, seguindo as normas bioéticas e diretrizes aplicáveis a estudos envolvendo seres humanos (Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde Conselho), com a autorização da Secretária Municipal de Saúde de Juína e o Diretor Geral da Faculdade AJES. Durante a pesquisa a equipe garantiu todos os direitos éticos de pesquisa, onde todos os participantes tiveram total liberdade em desistir da pesquisa a qualquer momento.

3. RESULTADO E DISCUSSÃO

Com a execução dessa pesquisa foi possível entrevistas com 150 informantes, sendo 12 enfermeiros e com 138 usuários atendidos nas ESF. Observou-se que os doze enfermeiros que participaram da pesquisa, 11 era mulheres e 1 era homem, com idade entre 34 a 55 anos e dos 138 usuários 103 eram mulheres e 35 eram homens, a maioria natural do sul do Brasil, com idade entre 21 a 90 anos.

Nas perguntas abertas utilizada para nortear percepção dos participantes destacam-se, (1) considerar a fitoterapia uma prática importante de uso, (2) com quem aprendeu sobre o uso da planta medicinal, (3) qual (is) planta (s) medicinal (is) você conhece e (4) como obtém a planta medicinal para uso.

Tanto os enfermeiros quanto os usuários informaram ser importante a inserção da fitoterapia no SUS, corroborando com a pesquisa realizada por Barreto (2011) & Galavote et al. (2016) sobre a visão dos profissionais da ESF, onde resultados demonstram que os profissionais percebem a importância da inserção da fitoterapia no SUS, principalmente na doenças da atenção primária da saúde (APS).

A maioria dos enfermeiros informaram ter baixo conhecimento da fitoterapia (33%), isso tem haver com a ausência da disciplina da graduação, pois todos os enfermeiros da pesquisa finalizaram sua graduação antes de 2009, ano que foi aprovado o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos no SUS e por isso, o baixo conhecimento sobre fitoterapia na graduação, corroborando com os achados de Terra et al. (2005), que também descreve a falta de informação dos enfermeiros e demais profissionais de saúde sobre a fitoterapia durante a graduação.

Porém, mesmo seus conhecimentos não sendo suficientes para a correta prescrição e/ou orientação de fitoterápicos aos usuários, os mesmos veem a fitoterapia como um tratamento complementar ou coadjuvante ao tratamento oficial com medicamentos sintéticos e apoiam a inserção da fitoterapia no SUS, com a capacitação aos profissionais de saúde nessa área, pois isso pode ser a principal dificuldade de inserção e avanços da fitoterapia no SUS do Brasil corroborando com Bastos & Lopes (2010) que também entrevistaram enfermeiros das ESF para verificar o conhecimento sobre a fitoterapia verificando sua importância para muitos problemas a serem tratados (Nunes et al., 2006 & Guimarães et al., 2006).

Portanto recomenda-se que seja incluída a disciplina de fitoterapia na graduação de enfermagem, isso vem ao encontro com o estudo de Feitosa et al. (2016), onde relata a opinião de acadêmicos sobre a inserção do conteúdo fitoterapia nos cursos de graduação na área da saúde sobre a inserção do conteúdo plantas medicinais e fitoterápicos (Faruque et al., 2019).

Na fala da maioria dos enfermeiros das Equipes de Saúde da Família de Juína a opinião é unânime quanto a importância da fitoterapia:

“Acho que a fitoterapia deveria ser uma disciplina obrigatória na grade curricular de todos os profissionais da saúde no Brasil” (Enfermeiro 1).

“Sabemos da importância do saber milenar sobre as plantas medicinais, pois são práticas que existem na humanidade, a milhares de anos, e seu uso oficialmente, trará muitos benefícios a todos” (Enfermeiro 2).

“A população aqui da unidade sempre informa fazer uso de alguma planta para tratar alguma enfermidade, então acho importante sim a implantação da Fitoterapia, pois com certeza contribuirá muito para a melhoria dos serviços de saúde” (Enfermeiro 3).

“Eu acho importante a inserção da Fitoterapia no SUS” (Enfermeiro 4, 5, 9).

“Acredito muito no poder de cura das plantas medicinais e sua inserção contribuiria muito com os tratamentos das enfermidades da atenção básica” (Enfermeiro 14).

“Sei que a origem de muitos medicamentos sintéticos veio por meio das plantas medicinais, então a inserção da fitoterapia só contribuirá com a melhoria da saúde da população” (Enfermeiro 6).

Grande parte dos profissionais do Brasil considerarem importante a inserção da fitoterapia na atenção básica do SUS existe um enorme descaso por falta dos gestores do SUS (Antonio et al., 2013 & Lopes, 2010).

Na fala dos usuários também encontramos afirmações de grande importância da implantação da fitoterapia no SUS de Juína.

“Uso plantas medicinais desde que nasci e sempre tive ótima saúde, pouco precisei usar medicamento de farmácia, então se um dia pudermos ser tratados na saúde pública com essa prática de cura será muito bom” (Usuário 1).

“Com certeza a implantação da Fitoterapia só ajudará, tanto a população quanto os profissionais” (Usuário 2).

“O uso correto das ervas só ajuda na cura e prevenção das doenças, então seria ótimo se o médico do SUS prescrevesse também” (Usuário 3).

Sobre a origem do conhecimento observa-se que a maioria informou conhecer as plantas medicinais com alguém da própria família, tanto os enfermeiros, quanto os usuários da saúde, isso corrobora com os achados de Kffuri (2008), Fontenel (2013) & Mendieta et al. (2014), onde de 70 a 85% dos participantes afirmaram terem aprendido sobre plantas com as mães e as avós.

“Sempre via minha avó fazendo o chá e oferecendo a quem estava com alguma enfermidade, mais não achava que tinha tão importante ação, somente durante a faculdade foi perceber que um simples chá é um poderoso remédio pois ali tem muitos componentes químicos” (Enfermeiro 12).

“Minha avó paterna era descendente de índio e sempre que tínhamos algum problema de saúde ela logo preparava ou pedia para nossa mãe preparar um chá, xarope ou tintura” (Usuário 29).

“Minha mãe sempre prepara o chá de alho para gripe de alguém na família, minha tia tem em casa o pé de cajuru uma planta muito usada para infecções urinárias, também usa a caninha-do-brejo para problemas renais” (Usuário 97).

O acesso a diferentes terapias medicamentosas está implícito nos princípios do SUS. A fitoterapia, por ser uma prática tradicional de saúde e já revelada em diversos estudos como de uso para fins terapêuticos para uma parcela significativa da população, poderia atender muitas das demandas de saúde da população usuária deste serviço (Tomazzoni, 2004 & Almubayedh, Ahmad, 2020).

Apesar do Brasil possuir cerca de 350-550 mil espécies vegetais, aproximadamente 500 espécies constam na literatura como plantas medicinais utilizadas pela comunidade, isso pode ser um forte gargalo para que os gestores não valorizem esse importante conhecimento (Feitoza, 2006; Bieski; Guarim, 2018).

A população tem buscado cada vez mais o uso de práticas complementares para tratar doenças (Bruning et al., 2012; Thompson et al., 2019), objetivando obter menores efeitos colaterais e menor custo, com isso as plantas medicinais vem sendo amplamente usada pela população e estudada por pesquisadores para garantir sempre mais o uso seguro e eficaz (Barreto, 2011 & Sampaio et al., 2013).

As informações obtidas apontaram que 94% dos enfermeiros e 94% dos usuários entrevistados fazem uso de alguma planta medicinal e quando precisam utilizar alguma planta pegam no próprio quintal (68%). A maior finalidade da utilização da planta medicinal é para fins curativos (66%).

O total das espécies citadas da pesquisa perfizeram 70 espécies, pertencentes a 41 famílias botânicas conforme com destaque as famílias Lameaceae (11%). Esse número é considerado muito baixo comparado com outro estudo realizado em Juína (Bieski, 2015). Provavelmente isso tenha ocorrido pelo fato das entrevistas terem sido realizadas nas unidades de saúde e não em suas residências, enquanto que na pesquisa conduzida por Bieski (2015), as entrevistas foram pré-agendadas nas residências dos usuários, mostrando a grande interferência das informações. Apesar dos usuários conhecerem mais plantas que os enfermeiros o local da entrevista pode ter prejudicado o número de plantas citadas.

Observa-se a percepção da maioria dos informantes em sua maioria demonstram que as plantas medicinais tem importante finalidade curativa (66%), citando tratar infecções urinárias, pedra nos rins, problemas estomacais, diabetes, hipertensão, cicatrização, ansiedade, infecções vaginais, inflamação na garganta, gripe e no útero com as plantas medicinais, são elas *Allium sativum* L (alho), *Arrabidaea chica* (Bonpl.) B. Verl (crajiro), *Costus spicatus* (Jacq.) Sw (cana-do-brejo), *Curcuma longa* L. (açafrão), *Gossypium hirsutum* L. (algodão), *Paullinia cupana* Kunth (guarana), *Plectranthus barbatus* Andrews (boldo-da-terra), *Psidium guajava* L. (goiabeira), *Syzygium cumini* Lam. (jambolão).

As variedades de plantas medicinais utilizadas pela população em diversos usos se devem ao elevando número de metabólitos ativos presentes nas mesmas (Almubayedh & Ahmad, 2020).

Com base nas plantas medicinais mais citadas é importante verificar as falas dos informantes.

“O alho não pode faltar na casa de nenhuma pessoa, pois é uma planta que tem uma infinidade de benefícios, uso para gripe, pressão alta e baixar colesterol” (Usuário 89).

“Quando tenho infecção urinária logo faço chá de crajiro” (Usuário 140).

“Gosto de usar diferentes plantas medicinais para infecção urinária, uso crajiro, caninha-do-brejo, também uso as folhas de algodão para infecção no útero” (Usuário 123).

“Sempre indico o chá das folhas do Jambolão para quem tem diabetes, pois abaixa mesmo o diabetes e as pessoas param de tomar o medicamento pois tem muitos efeitos colaterais” (Usuário 139).

“Sempre me deparo com algum usuário falando que usou alguma planta medicinal e ficou bom, acho que deveríamos ter uma horta na unidade de saúde para fazermos oficinas e assim aprendermos mais sobre as mesmas” (Enfermeiro 8).

“Sei que existem muitos estudos que comprovam a eficácia do alho para várias doenças e por isso faço o uso na alimentação e quase não fico gripada” (Enfermeiro 7).

A maioria da população brasileira possui um saber significativo a respeito da utilização de plantas como, para tratar ou prevenir as enfermidades. As pesquisas realizadas com comunidades são muito importantes, pois carregam uma bagagem sobre as plantas medicinais, porém, esse saber está sofrendo ameaça constante devido à influência direta da medicina moderna e o avanço da tecnologia e, principalmente, pelo desinteresse das pessoas mais jovens, o que pode interromper o processo de transmissão do saber entre as gerações (Amorozo, 1996 & Ferreira, 2018).

As pesquisas etnobotânicas e etnofarmacológicas são importantes ferramentas de registro e documentação dos usos de plantas, principalmente da diversidade de enfermidades tratadas, gerando conhecimento útil ao desenvolvimento de novos medicamentos, à conservação da biodiversidade, a valorização do saber e da cultura local (Araújo, 2009). Os resultados indicam que os enfermeiros e os usuários da pesquisa têm bom conhecimento sobre as plantas medicinais, sendo a maioria espécies exóticas e de fácil cultivo nos quintais, isso pode estar ocorrendo devido a maioria dos informantes serem da área urbana, inclusive muitas das plantas medicinais, já são regulamentadas pelo ANVISA, corroborando com os estudos de Bieski (2010) & Fontenele et al. (2013) que relatam em suas pesquisas a predominância das espécies exóticas, serem cultivadas nos quintais, enquanto as espécies nativas serem colhidas no mato.

4. CONCLUSÕES

Com essa pesquisa foi possível verificar que a maioria dos usuários e enfermeiros, conhecem ou usam alguma planta medicinal e trazem esse conhecimento de suas raízes familiares, pois as perguntas abertas que nortearam a percepção dos participantes destacam-se, considerar a fitoterapia uma prática importante de uso, com quem aprendeu sobre o uso da planta medicinal, qual (is) planta (s) medicinal (is) você conhece e como obtém a planta medicinal para uso. Na fala da maioria dos enfermeiros das Equipes de Saúde da Família de Juína a opinião é unânime quanto a importância da fitoterapia, onde as plantas medicinais podem ser utilizadas com segurança e eficácia, conforme recomendações do Ministério da Saúde e documentos regulatórios, contribuindo assim com a inserção e efetivação das políticas públicas do SUS, além de atividades de educação continuada com a comunidade e profissionais, suprimindo a carência de formação técnico-científica da equipe com relação aos fitoterápicos, um dos empecilhos para a implantação da fitoterapia no SUS.

Embora os registros etnobotânicos sirvam como repositório de conhecimento, eles não são necessariamente uma representação completa do uso atual de plantas medicinais, com ele foi possível verificar as enfermidades mais tratadas com plantas medicinais no município de Juína.

Observa-se que algumas plantas sejam usadas predominantemente que outras, onde observou-se que as plantas medicinais para tratar infecções urinárias, pedra nos rins, problemas estomacais, diabetes, hipertensão, cicatrização, ansiedade, infecções vaginais,

inflamação na garganta e no útero, especificamente aquelas com maior abundância e facilidade de obtenção conhecidas por serem seguras e eficazes. Ao pesquisar a comunidade por meio de entrevistas observou-se que as plantas medicinais mais usadas foram, *Allium sativum* L. (alho), *Fredericia chica* (Bonpl.) B. Verl (Crajiro), *Costus spicatus* (Jacq.) Sw. (caninha-do-brejo), *Curcuma longa* L. (açafrão), *Gossypium hirsutum* L. (algodão), *Paullinia cupana* Kunth. (guaraná), *Plectranthus barbatus* Andrews (boldo), *Psidium guajava* L. (goiaba), *Syzygium cumini* Lam. (jamelão). Todas elas ricas em compostos terpenos, compostos fenólicos e alcalóides plantas, algumas dessas plantas medicinais apresentam validação científica e estão disponíveis pela indústria farmacêutica.

Os enfermeiros (69%) e usuários (96%) avaliaram como muito interessante, a implantação do programa de plantas medicinais no SUS de Juína-MT, Brasil. A utilização de plantas medicinais vem ao encontro das proposições da Organização Mundial da Saúde (OMS), que incentiva a valorização das terapias tradicionais, reconhecidas como recursos terapêuticos úteis, podendo atender a algumas demandas de saúde da população, além de contribuir para o sistema local de saúde dos usuários do sistema público de saúde e com imensuráveis benefícios tanto para a população quanto para os gestores, principalmente na economia dos gastos com a doença. O conhecimento etnobotânico muito contribui com a efetivação das políticas nacionais e estadual de plantas medicinais e fitoterápicos no SUS e assim poderá assegurar a efetivação da promoção, proteção e recuperação da saúde da população de forma segura e eficaz.

Agradecimentos. Agradecemos a Faculdade Noroeste de Mato Grosso e a Secretaria Municipal de Saúde de Juína.

5. REFERÊNCIAS

- Amorozo, M.C.M. (1996). A abordagem etnobotânica na pesquisa de plantas medicinais. In: Di Stasi, L.C. Plantas medicinais: arte e ciência. São Paulo: UNESP. p. 47-68.
- Antonio, G. D., Tesser, C. D. & Moretti-Pires, R. O. (2013). Contribuições das plantas medicinais para o cuidado e a promoção da saúde na atenção primária. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 17, n. 46, p. 615-633.
- Almubayedh H. & Ahmad R. (2020). Ethnopharmacology, phytochemistry, biological activities, and therapeutic applications of *Cedrela serrata* Royle: A mini review. J Ethnopharmacol. Jan 10; 246:112206.
- Araújo, M. M. (2009). Estudo etnobotânico das plantas utilizadas como medicinais no Assentamento Santo Antonio, Cajazeiras, PB, Brasil. Cajazeiras, PB: UFCG. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Campina Grande.
- Bardin, L. (2004). Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70.

- Barreto, B. B. (2011). *Fitoterapia na Atenção Primária à Saúde: a visão dos profissionais envolvidos*. 93 f.
- Bastos, R. A. A., & Lopes, A. M. C. (2010). A fitoterapia na Rede Básica de Saúde: o olhar da enfermagem. *Rev. bras. ciênc. saúde*, v. 14, n. 2,
- Brasil. (2010). Ministério da saúde. Institui a Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília,
- Brasil. (2006a). Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 mai. Seção 1, p 20.
- Brasil. (2006b). Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. Política e Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos – Brasília: Ministério da Saúde. 190 p.
- Brasil. (2014). Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 108 p.: il. – (Cuidado farmacêutico na atenção básica; caderno 1).
- Bieski, I. G. C., Guarim G. N. (2018). *Conhecimentos Etnobotânico de Plantas Medicinais na Amazônia Mato-Grossense* – ISBN-10 859383602X, ISBN-1. R.b.e editora. p.157.
- Bieski, I. G. C. (2010). Conhecimento etnofarmacobotânico de plantas medicinais utilizadas por comunidades tradicionais do Distrito Nossa Senhora Aparecida Chumbo, Poconé, Mato Grosso, Brasil. 298 p.
- Bruning, M. C. R., Mosegui, G. B. G. & Vianna, C. M. M. (2012). A utilização da fitoterapia e de plantas medicinais em unidades básicas de saúde nos municípios de Cascavel e Foz do Iguaçu-Paraná: a visão dos profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 10.
- Demo, P. (2013). *Metodologia do conhecimento científico*. São Paulo: Atlas, 128p.
- Feitosa, M. H. A., Soares, L. L., Borges, G. A., Magalhães. M., & Andrade S. M. C. (2016). Inserção do Conteúdo Fitoterapia em Cursos da Área de Saúde Inclusion of Phytotherapy Content in Health Training Courses *Revista Brasileira de Educação Médica* 197 40 (2): 197-203.
- Ferreira, A. L. S. (2018). *Etnofarmacobotânica e os saberes tradicionais na comunidade barreirinho, Santo Antônio do Leverger - MT, Brasil*. Dissertação apresentada à Faculdade de Engenharia Florestal da Universidade Federal de Mato Grosso, como parte das exigências do Curso de Pós-Graduação em Ciências Florestais e Ambientais, para obtenção do título de mestre. Cuiabá, Mato Grosso, 109 pp.
- França, I. S. I. S. X., Souza, J. A., Baptista, R. S., & Britto, V. R. S. (2008). Medicina popular: benefícios e malefícios das plantas medicinais. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2008 *Rev Bras Enferm*, Brasília, mar-abr; 61(2): 201-8
- Figueredo, C. A. de.; Gurgel, I. G. D.; Junior-Gurgel, G. D. (2014) A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos: construção, perspectivas e desafios 24(2): 381-340.
- Fontenele, R. P., Sousa, D. M. P., Carvalho, A. L. M., & Oliveira, F. A. (2013). Fitoterapia na Atenção Básica: olhares dos gestores e profissionais da Estratégia Saúde da Família de Teresina (PI), Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* vol.18 n.8 Rio de Janeiro.
- Faruque M.O., Feng G., Khan M.N.A., Barlow J.W., Ankhil U.R., Hu S., Kamaruzzaman M, Uddin S.B., Hu X. (2019) Qualitative and quantitative ethnobotanical study of the Pangkhua community in Bilaichari Upazilla, Rangamati District, Bangladesh. *J Ethnobiol Ethnomed*. Feb 5;15(1):8. doi: 10.1186/s13002-019-0287-2.
- Khan A.A., Ali F., Ihsan M. (2015). Ethnobotanical study of the medicinal plants of Tehsil Charbagh, district Swat, Khyber Pakhtunkhwa, Pakistan. *Am. Eurasian J. Agric. Environ. Sci*. 15:1464–1474.

- Kffuri, C. W. (2008). Etnobotânica de plantas medicinais no município de Senador Firmino (Minas Gerais) [dissertação na internet]. Viçosa (MG): Universidade Federal de Viçosa. 140 pp.
- Galavote. H. S; Zandonade. E; Garcia. A. C. P; Freitas. P. S. S; Seidl. H; Contarato. P. C; Andrade. M. A. C; & Duarte. R.C. L. (2016). O trabalho do enfermeiro na atenção primária à Saúde. *Esc Anna Nery*; 20(1):90-98
- Godoy, A. S. (2005). Refletindo sobre critérios de qualidade da pesquisa qualitativa. *Revista Eletrônica de Gestão Organizacional*, v. 3, n. 2, p. 81-89, mai. /ago.
- Guimarães, J; Medeiros, J. C; & Vieira, L. A. (2006). Programa Fitoterápico Farmácia Viva no SUS – Betim. *ABFIT*. pp 112.
- Mendieta, M. C., Souza, A. D. Z., Vargas, N. R. C., Piriz, M. A., Echevarría-Guanilo, M. E., Heck, R. M. (2014). Transmissão de Conhecimento sobre Plantas Medicinais no Contexto Familiar: Revisão Integrativa. **Rev Enferm UFPE on line.**, Recife, 8(10):3516-24, out.
- Machado, O. (1945). Contribuição ao estudo das plantas medicinais do Brasil. *Maytenus obtusifolia* Mart. *Rodriguésia*, v. 9, n. 18, p. 9-15.
- Matos, F. J. A. (1985). Recuperação de informações, seleção e divulgação de plantas medicinais. **Revista Brasileira de Farmácia**, v. 66, n. 4, p. 49-61.
- Nunes, J. D.; Maciel, M. V., Lima, J. P., Oliveira, M.J.R; Simões, M.J.S; & Sassi, C.R.R. (2006). Fitoterapia no sistema de saúde pública (SUS) no Estado de São Paulo, Brasil. *Revista Brasileira de Plantas Medicinais, Botucatu* v. 8, n. 2, p. 39-41.
- Rezende, H. A., & Cocco, M. I. M. (2002). A utilização de fitoterapia no cotidiano de uma população rural. *Rev. Esc. Enferm. USP [online]*, vol.36, n.3, pp.282-288.
- Rufino, L. L.; Rojas-Gamarra, G.; Bandeira, M.A.B.; Souza, J. R.F. de.; Reis, J. N.P. (2018). Prática das farmácias vivas do município de Fortaleza, Ceará, e a necessidade de uma ação de extensão sistemática. *Extensão Rural*, vol. 25, n.4, pp. 40-53.
- Santana, J. D., Suzy Hellen A. Dourado, S. H. A. Bieski, I. G. C. (2018). Potencial das Plantas Medicinais no Tratamento de Doença de Alzheimer com Ênfase em *Curcuma longa*. *Revista Saúde Viva Multidisciplinar da AJES*, v. 1, n. 1, p. 1 - 156, Ago./Dez.
- Sampaio, L. A., Oliveira, A. R., Kerntopf, M. R., Júnior, F., E. B., & Menezes, I. R. A. (2013). Percepção dos enfermeiros da estratégia saúde da família sobre o uso da fitoterapia. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 17, n. 1, p. 77-85.
- Scheaffer, R.L., Mendenhall, W. & Ott, L. *Elementos de Muestreo*. Grupo editorial Iberoamericana S. A. México, 1987, 321p.
- Terra, I. A. (2005). Ensino de Botânica nos cursos de graduação em farmácia: sua contribuição na formação e atuação do farmacêutico. *Teses e Dissertações PPGEICIM*. P. 117.
- Tomazzoni, M. I., Negrelle, R. R. B. & Centa, M. L. (2004). Fitoterapia popular: a busca instrumental enquanto prática terapêutica *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, vol. 15, núm. 1, janeiro-março, pp. 115-121.
- Thompson, A., Munkara, G., Kantilla, M., Tipungwuti, J. (2019) Medicinal plant use in two Tiwi Island communities: a qualitative research study. *J Ethnobiol Ethnomed*. 15: 40.

O PARTO HORIZONTAL E O RISCO DE LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS NOS ENFERMEIROS OBSTETRAS

Armando Sousa^{1,3}; Maria Helena Presado^{2,3}

¹ Escola Superior de Enfermagem São José Cluny no Funchal, Portugal. armandodav@gmail.com

² Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal

³ Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem, da ESEL de Lisboa, Portugal. mhpresado@esel.pt

Resumo. A exigência física, o ambiente inadequado, o stress inerente e a carga emocional subjacente, são alguns dos fatores que favorecem o aparecimento das lesões músculo-esqueléticas ligadas ao trabalho (LMELT). Este fenómeno tem sido grandemente analisado pela comunidade científica no núcleo da enfermagem, não contemplando, no entanto, os enfermeiros obstetras. Objetivos: Os objetivos são analisar os fatores que dificultam a adoção dos princípios da biomecânica, pelo enfermeiro obstetra, e identificar o nível de risco para LMELT, das atividades desenvolvidas durante o segundo e terceiro estágio do parto horizontal. Métodos: Esta investigação do tipo descritiva e exploratória, com metodologia mista, de interação independente e convergindo na interpretação dos resultados, tem como questão: quais as posturas adotadas pelo enfermeiro obstetra, na assistência à parturiente durante o segundo e terceiro estádios do trabalho de parto em posição horizontal, que favorecem o aparecimento das LMELT? Resultados: Foi identificado alto risco de LMELT em 11 atividades realizadas pelos enfermeiros obstetras, e risco muito elevado em 2 atividades. Verificámos que a posição predominante foi flexão da cabeça, elevação dos ombros, e tronco desalinhado e em flexão. Conclusão: Este estudo permitiu a análise ergonómica dos enfermeiros obstetras na sua praxis, para posterior intervenção-ação.

Palavras-chave: Lesões Músculo-Esqueléticas; enfermeiro obstetra; análise ergonómica; partos horizontais; segundo e terceiro estádios do trabalho de parto.

HORIZONTAL DELIVERY AND THE RISK OF MUSCULOSKELETAL INJURIES IN OBSTETRIC NURSE

Abstract. The physical demands, the inadequate environment, the inherent stress and the underlying emotional load are some of the factors that favor the appearance of Work related musculoskeletal disorder (WRMSD). This phenomenon has been highly analyzed by the scientific community in the nursing nucleus, but obstetric nurses were not considered. Goals: The objectives are to analyze the factors that hinder the adoption of the principles of biomechanics by the obstetric nurse and to identify the level of risk, for WRMSD in activities developed during the second and third stage in horizontal deliveries. Methods: This descriptive and exploratory investigation with mixed methodology, of independent interaction and converging in the interpretation of the results, has the following question: what are the postures adopted by the obstetric nurse, in assisting the parturient during the second and third stages of labor in a horizontal position, which favor the appearance of WRMSD?. Results: A high risk of WRMSD was identified in 11 activities performed by obstetric nurses and a very high risk in 2 activities. We found that the predominant position was flexion of the head, elevated shoulders and misalignment and flexion of the trunk. Conclusion: This study allowed the ergonomic analysis of obstetric nurses in their practice, for later intervention-action

Keywords: Musculoskeletal Disorders; Obstetric Nurse; Ergonomic Postures; Horizontal Delivery; Labor Stage; Second and Third.

1. INTRODUÇÃO

As LMELT são doenças ocupacionais causadas por traumas cumulativos, resultantes da descompensação entre a capacidade funcional do músculo e a sua execução e frequência

(Wang, Cui, Xu, Yuan, Jin & Li, 2017). O desequilíbrio entre as solicitações mecânicas do trabalho, a capacidade de adaptação de uma região corporal e a insuficiência de períodos de pausa/recuperação, têm como possível consequência as LMELT (Jerónimo, 2013).

São várias as estruturas anatómicas que podem ser atingidas, incluindo musculatura, articulações, tendões, ligamentos, nervos, estruturas ósseas, bem como o aparelho circulatório, sendo a região cervical, ombros, membros superiores e a região lombar as áreas corporais mais comumente afetadas (AESST, 2007). Incluem-se, na sintomatologia apresentada por estes profissionais: dor, fadiga ou desconforto localizado, parestesias na região afetada ou em áreas subjacentes, a sensação de peso, sensação ou perda objetiva de força muscular, e o edema (Queiroz, Uva, Carnide, Serranheira, Miranda, & Lopes, 2008). O surgimento desta sintomatologia é gradual, acentuando-se no final do dia de trabalho ou durante os picos de produção, aliviando com o repouso e descanso (Jerónimo, 2013).

A interligação e eficiência entre o sistema músculo-esquelético e nervoso, que sustenta o equilíbrio, a postura e o alinhamento do corpo durante as diferentes atividades de vida do indivíduo, designa-se por mecânica corporal, comportando cinco princípios: o alinhamento corporal, o equilíbrio corporal, o movimento, a fricção/atrito e a força mecânica (OE, 2013; Costa et al., 2011).

A realização do parto de baixo risco é uma das competências autónomas do enfermeiro obstetra que compreende uma atenção especial dada a sua especificidade e componente emocional subjacente (Long, Bogossian & Johnston, 2013).

A ocorrência da dilatação completa (10 cm) e descida da apresentação fetal pelo pavimento pélvico, denomina-se segundo estágio do trabalho de parto. O terceiro estágio começa com a saída da apresentação e termina com a expulsão da placenta (Fatia & Tinoco, 2016).

Segundo a Agência Europeia de Segurança e Saúde no Trabalho (AESST, 2007), o problema de saúde ocupacional mais frequente na Europa são as lesões músculo-esqueléticas, com uma prevalência de 24% de lombalgias e de 22% de dores musculares (EU-25), com tendência a aumentar a sua incidência. As consequências a nível pessoal são o sofrimento, a perda de rendimento e o aumento do risco de cronicidade, enquanto que, a nível empresarial, verifica-se a redução da produtividade, o aumento do absentismo, o compromisso da capacidade produtiva e aumento dos custos (Hoof et al., 2018).

A comunidade científica atual tem manifestado um enorme interesse no estudo das LMELT nos enfermeiros, bem patente no elevado número de estudos realizados com este grupo profissional. (Davis & Kotowski, 2015). Os estudos evidenciam uma elevada prevalência de LMELT nestes profissionais, com valores entre 71,85% a 84% (Akbari, Akbari, Abadi, Fesharaki & Ghaseni, 2017; Tsekoura, Koufogianni, Billis, & Tsepis, 2017; Ellapen & Narsigan, 2014).

As áreas do organismo mais atingidas são a região lombar, cervical, os ombros, joelhos e região torácica. A prevalência nestas regiões, varia de acordo com o país; a América do Norte, em geral, apresentou as taxas mais baixas, o Médio-orient, a Ásia, a Austrália e Filipinas foram os países com maior prevalência de LME em todas as regiões corporais (Davis & Kotowski, 2015).

Chung, et al. (2013), verificou que os problemas documentados de LMELT nos enfermeiros são: patologias de coluna (incluindo hérnias discais), síndrome do ombro doloroso, epicondilites mediais, dedo em gatilho e síndrome do canal cárpico.

Em Portugal os estudos apenas fazem referência à elevada prevalência de LMELT em serviços como a Medicina, Ortopedia, Cirurgia e Reabilitação (Santos, 2015; Jerónimo, 2013).

Não foram encontrados estudos de prevalência das LMELT nos enfermeiros obstetras (EO) a nível nacional, mas o estudo de autoperceção dos fatores de risco realizado por Prezado et al. (2015), evidenciou que a maioria dos EO já haviam sofrido uma LMELT, com incapacidade temporária para o trabalho. Num estudo chinês realizado ao staff do serviço de Ginecologia e Obstetrícia, conclui-se que a prevalência de LMELT para este grupo era de 85,5% (Wang et al., 2017).

1.1 Objetivos/Questões

Na abordagem quantitativa pretende-se identificar o nível de risco para LMELT do enfermeiro obstetra, durante o segundo e terceiro estágio do trabalho de parto, em partos horizontais. Relativamente à abordagem qualitativa, queremos analisar os princípios da biomecânica adotados pelos enfermeiros obstetras na assistência à parturiente, durante o segundo e terceiro estágio do trabalho de parto, em parto horizontal. Pretendemos ainda identificar os fatores que dificultam a adoção dos princípios da biomecânica.

A questão do estudo foi: Quais as posturas adotadas pelo enfermeiro obstetra, na assistência à parturiente durante o segundo e terceiro estágio do trabalho de parto em posição horizontal, que favorecem o aparecimento de LMELT?

1.2 População, contexto e amostra

A população do estudo foram os enfermeiros obstetras de qualquer idade, gênero, cultura e raça, que desempenham a sua atividade profissional em contexto hospitalar, especificamente no bloco de partos, e que assistiram às parturientes em partos horizontais, no decorrer do segundo e terceiro estágios do trabalho de parto, durante o mês de janeiro de 2018. O tipo de amostragem foi não probabilístico ou não-aleatório, dado que, não seguiu os princípios básicos da teoria das probabilidades, e foi uma amostragem intencional de especialistas, porque os elementos possuem conhecimentos/competências específicos na abordagem ao parto eutócico.

2. METODOLOGIA

Na fase empírica de colheita de dados (operacionalização da recolha, organização e análise dos dados), foram utilizadas 50 videograções, decorrentes de 25 partos (25 vídeos laterais e 25 vídeos posteriores), do segundo e terceiro estágio do trabalho de parto, recorrendo a duas câmaras.

Para a análise dos vídeos foi utilizado o método proposto por Lima (2015), que contempla seis fases: visualizar os vídeos, selecionar os eventos críticos; descrever os eventos críticos, transcrever os eventos críticos, discutir os dados encontrados e eliminar os vídeos (Lima, 2015).

Após a visualização completa de todos os vídeos, foram selecionados os eventos críticos em que o fenómeno é expresso e tem ação (Powell, Francisco & Maher, 2004). Foram narrados sobre a forma de texto, transcritos para o software WebQdA®, posteriormente codificados, categorizados e interpretados (Flick, 2004).

Para a análise das posturas adotadas pelo enfermeiro obstetra, no decorrer dos eventos críticos, foi utilizada uma grelha de observação que contempla os indicadores referentes aos princípios da biomecânica, adotada por outros investigadores (Baixinho et al., 2017). Foi ainda aplicada a escala REBA, que permite avaliar o risco de LMELT e a prioridade de atuação.

Foram identificadas 21 atividades de risco, que corresponderam a 21 frames, sujeitos à técnica de análise postural lateral e posterior pelo REBA (Rapid Entire Body Assessment) de Hignett e McAtamney (2000). Esta técnica contempla a divisão do corpo humano em seis segmentos distintos: pescoço, tronco, pernas, braços, antebraços e punhos. Foi necessário calcular o nível de risco para cada segmento do corpo e, posteriormente, efetuar a correspondência de ambos os segmentos numa tabela específica, obtendo a pontuação final do REBA.

Na análise e interpretação qualitativa dos vídeos, foi adotada a técnica proposta por Bardin (2013), recorrendo às três fases em todo este processo: a pré-análise, onde o quadro de referência teórico foi elaborado, analisado e utilizado para estabelecer os indicadores, mantendo a exaustividade, a representatividade, homogeneidade e pertinência dos dados; exploração do material, onde foram construídas as operações de codificação, tendo por base as unidades de registo do texto, definindo regras de contagem, classificação e agregação da informação em categorias simbólicas ou temáticas; por fim, o tratamento dos resultados, inferência e interpretação (Silva & Fossá, 2015; Bardin, 2013).

O recurso ao software webQDA® e a atribuição de um código de cores, facilitou a codificação e a definição das categorias de forma estruturada e interligada.

Na elaboração do código de árvore relativamente aos fatores de risco físicos e organizacionais/psicossociais, foi tida em consideração a grelha de categorização elaborada por Baixinho et al., (2017), relativamente aos princípios da biomecânica (movimento corporal, alinhamento corporal, equilíbrio, força, atrito e fricção).

No processo de categorização, emergiram três categorias relacionadas com o risco físico: mecânica corporal, ergonomia do bloco de partos e relativa à atividade (figura 1); e uma categoria relativa aos fatores de risco psicossociais (autonomia na orientação do parto).

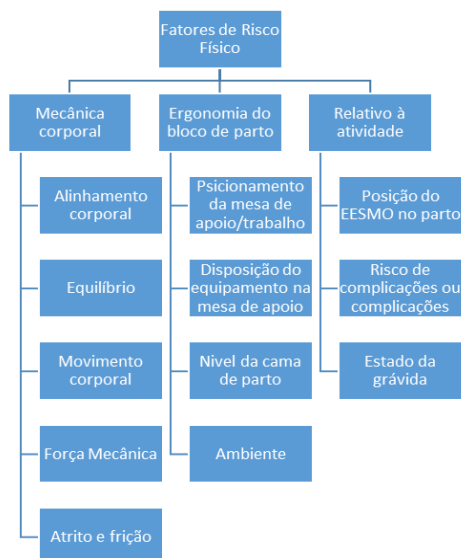


Figura 1. Esquema de categorização relativamente aos fatores de risco físico

No decorrer deste estudo foram assegurados os princípios éticos, englobando autodeterminação, intimidade, anonimato e confidencialidade, proteção contra o desconforto e prejuízo, tratamento justo e equitativo. Foi elaborado um consentimento livre e esclarecido para todos os intervenientes (enfermeiro obstetra, grávida, companheiro e outros profissionais de saúde) e obtida a autorização por parte do Conselho de Administração e da Comissão de Ética para a realização do estudo, parecer nº. 44/2017 de 14/11/217).

Para proceder à gravação do parto, foi realizada uma primeira abordagem ao casal, aquando da sua admissão no bloco de partos, com explicação e esclarecimento de dúvidas. O casal disponha de um período de reflexão até à dilatação completa e, caso concordasse em participar, era efetuada a assinatura do consentimento informado. Antes do início da gravação, a autorização dos intervenientes era confirmada verbalmente.

3. RESULTADOS

As atividades que obtiveram maior score de risco (risco muito elevado), foram as atividades 11 (11,3) e 8 (10,4), que correspondem à “expressão facial do recém-nascido para libertação de secreções” e a “libertação do ombro anterior”, respetivamente. Das restantes 19 atividades, onze obtiveram uma avaliação de alto risco para LMELT.

A análise dos vídeos (tabela 1), permite-nos verificar que, das 902 unidades de enumeração (FI) obtidas, 887 unidades correspondem aos fatores de risco físico e apenas 15 aos fatores psicossociais e organizacionais.

Tabela 1 – Esquema de categorização relativamente aos fatores de risco físico

Fator de Risco	Categoria	Subcategoria	EU
Físico	Mecânica Corporal	Alinhamento corporal	184
		Equilíbrio	189
		Movimento corporal	151
		Fricção e atrito	75
		Força mecânica	125
		Subtotal	724
	Relativo à atividade/tarefa	Posição do enfermeiro obstetra	26
		Risco de complicações ou complicações	14
		Estado da grávida	25
		Subtotal	65
	Ergonomia do bloco de partos	Posicionamento da mesa de apoio/trabalho	25
		Disposição do equipamento /material na mesa	14
		Nível da cama de parto	26
		Ambiente	33
		Subtotal	98
	Total		887
Psicossociais e organizacionais	Autonomia na orientação do parto		15
Total			902

Os resultados do código de árvore do software webQDA®, relativos aos fatores de risco, permite-nos constatar que existem 724 referências relativas à categoria mecânica corporal, 98 referências à ergonomia no bloco de partos e apenas 65 referências à atividade/tarefa.

Na subcategoria alinhamento corporal foi possível verificar que, das 184 referências, 125 mantinham alinhamento, e 59 não mantinham o alinhamento, visível nesta citação: “cabeça em flexão lateral direita, desalinhada em relação à coluna vertebral, ombros em elevação com inclinação lateral direita do tronco, coluna desalinhada”.

Relativamente à subcategoria equilíbrio, detentora de 189 referências, das quais 130 faziam referência à adoção de equilíbrio e 59 ao desequilíbrio. Numa análise mais cuidada, verificamos que, os partos realizados na posição sentado, mantiveram o equilíbrio (base de sustentação, centro de gravidade e alinhamento) em todas as atividades, ao passo que, os partos realizados na posição ortostática, apresentaram maior desequilíbrio ao nível da manutenção da linha e centro da gravidade no que concerne às atividades proteção do períneo e libertação do ombro anterior. Relativamente à categoria fatores de risco organizacionais e psicossociais, constatou-se que a maioria das referências assenta na condução do parto por outro profissional (11 referências), como expresso na citação: “os dois médicos que se encontram na sala, dão orientações em simultâneo à grávida, tendo o mais antigo dominado a condução do parto”, e apenas quatro faz referência à autonomia do enfermeiro obstetra na condução e realização do parto.

Na observação mais cuidada dos vídeos, constatou-se que só se verificou desalinhamento corporal do enfermeiro obstetra que realiza o parto sentado, na orientação de outro profissional, constatado pelo desnivelamento dos ombros causado pela abordagem lateral ao períneo, consequência da existência de dois profissionais no campo de ação.

4. DISCUSSÃO

Relativamente aos princípios da biomecânica adotados pelo enfermeiro obstetra na assistência à parturiente, durante o 2º e 3º estágio em partos horizontais, verificamos que, devido à natureza da atividade profissional, estes passam longos períodos de pé, adotando posições corporais desalinhas como a flexão da cabeça, o desalinhamento da coluna vertebral, a flexão e desalinhamento do tronco, a abdução e flexão dos membros superiores e a elevação constante dos ombros, indo ao encontro com outros resultados evidenciados por outros autores (Presado, Cardoso, Marques, & Baixinho, 2017; Ganer, 2016; Baixinho et al., 2016a).

No segundo estágio, a proteção do períneo foi a atividade em que os EO não cumpriram os princípios da biomecânica, manifestado no desalinhamento e postura incorreta na posição ortostática. De salientar que esta atividade obteve elevado risco para LMELT segundo a avaliação REBA (9,7), necessitando de uma intervenção de correção postural em breve. Segundo vários autores, as posturas forçadas ou estáticas por longos períodos, os movimentos repetitivos, e seus fatores de stress associados, coadunam-se com LMELT (Okuyucu, Jevic & Doshani, 2017; Prezado et al., 2015;).

Constatou-se que, nos momentos complicados onde o stress está patente (circulares cervicais apertadas, bradicardia fetal, recém-nascido hipotónico e distocia de ombros), os enfermeiros obstetras adotam posturas onde o alinhamento corporal e o equilíbrio não são tidos em consideração, conclusão defendida por outros investigadores, salientando que, a elevada exigência das tarefas, os elevados níveis de pressão e stress, levam o sujeito a adotar posturas incorretas, aumentando o risco das LMELT (Yan et al., 2018).

Relativamente ao terceiro estágio, constatou-se que a colheita de sangue do cordão para células estaminais, foi a atividade onde a posição estática do EO é mais longa (duração média de 4 minutos). Posições estáticas mantidas por um longo tempo são, por si, um fator de risco de lesão que pode ser acrescida por outros riscos (Yan et al., 2018).

O equilíbrio, que alguns autores referem ser o alicerce da biomecânica, sem o qual os restantes ficam comprometidos (Presado et al., 2017; Potter, Perry, Storkert & Hall, 2013), foi a subcategoria da mecânica corporal que obteve maior número de unidades de enumeração e um dos princípios não assegurados no decorrer das atividades do enfermeiros obstetras, evidente na proteção do períneo.

Verificou-se que a força aplicada no momento da libertação dos ombros, também designada por carga, é muitas vezes realizada sem recurso ao peso corporal, obrigando a uma carga na apresentação cefálica do recém-nascido para conseguir a libertação do ombro anterior. Embora na perspetiva ergonómica existam muitos tipos de força que afetam a estrutura biomecânica, um desequilíbrio biomecânico acontece quando, a força exercida requer mais do que a capacidade da pessoa, ocorrendo um desequilíbrio que tem alto potencial para resultar em lesão (Okuyucu et al., 2017).

A especificidade das tarefas desenvolvidas no período expulsivo, estão associadas a riscos específicos, os movimentos bruscos de prono-supinação, na libertação do ombro posterior do recém-nascido, realizados com elevação das mãos em relação aos ombros (estes em tensão e elevação), a componente emocional e o stress do momento, são achados que vão ao encontro de outros estudos (Mineiro, Presado e Cardoso, 2019; Presado et al., 2017; Taghinejad, Azadi, Suhrabi & Sayedinia, 2016).

Na análise dos vídeos e das opções adotadas pelos diferentes profissionais, na realização das atividades durante o segundo e terceiro estágio do trabalho de parto, concluímos que os profissionais que realizam o parto na posição sentada mantiveram o equilíbrio (base de sustentação, centro de gravidade e alinhamento) em todas as atividades, contrariamente ao verificado nos partos em posição ortostática, que apresentaram maior desequilíbrio ao nível da manutenção da linha e centro da gravidade, especificamente na proteção do períneo, libertação do ombro anterior e posterior do recém nascido, e na tração do cordão com ligeira pressão no fundo uterino. Segundo a OE, devem ser adotadas posturas onde o alinhamento corporal e o equilíbrio são assegurados, porque correspondem a uma correta mecânica corporal, minimizando os riscos de LMELT (OE, 2013).

Os profissionais de saúde que trabalham nos serviços de obstetrícia, apresentam longos períodos em posições ortostáticas, estáticas, de cócoras, inclinando-se, dobrando-se e em constante flexão do tronco, causando pressão no pescoço, ombros e tronco, expondo-os a LME (Mineiro et al, 2019; Wang et al., 2017).

A antecipação dos problemas/consequências que ocorrem na prática clínica, é um aspeto fundamental na prevenção das LMELT, com a identificação das atividades que necessitam de intervenção imediata e em curto prazo (11 atividades), devendo-se proceder à intervenção multidimensional (prevenção, educação e formação dos profissionais), que segundo alguns autores, são mais efetivas relativamente à prevenção secundária e terciária (Hoof et al., 2018; Jerónimo, 2013).

A estimulação do períneo na região posterior e lateral, obteve um alto risco para LME, mas segundo as novas guidelines da WHO (2018), estas práticas não são recomendadas; no entanto, preconiza-se a massagem, a aplicação de compressas quentes e a proteção manual do períneo para evitar traumatismo, e a tração controlada do cordão umbilical (WHO, 2018).

A abordagem qualitativa das LMELT nos profissionais de saúde é limitada, existindo apenas alguns estudos que focam o problema, através da sua visão qualitativa (Mineiro et al, 2019; Presado et al., 2017; Baixinho et al., 2016b; Ganer, 2016; Long, Bogossian & Johnston, 2013).

A perda de autonomia do enfermeiro obstetra, visível na análise de alguns vídeos, provoca no profissional um sentimento de impotência, de inferioridade, de descontrolo da situação, que associado a outros fatores, aumentam o stress e o cansaço mental. Segundo Wang, et al. (2017), os fatores de stress psicológico no trabalho, podem exercer respostas fisiológicas (aumento e prolongar da tensão), que favorecem as LMELT.

Na génese das lesões podem estar atividades forçadas durante o trabalho de parto, como empurrar, puxar, e movimentação da parturiente ou objetos pesados. Estas atividades e as posturas corporais extremas, desconfortáveis e stressantes, estão muitas vezes associadas à não colaboração das parturientes, evidente em alguns estudos e no decorrer deste estudo (Okuyucu et al., 2017).

5. CONCLUSÕES

É imprescindível que o enfermeiro obstetra reflita sobre a sua prática clínica, analisando não só os cuidados prestados, mas também a biomecânica no decorrer da sua execução. Os princípios da ergonomia devem estar presentes na prática clínica, conduzindo a um sistema

de cuidados produtivo, seguro, eficiente e de qualidade, tanto para os profissionais como para os utentes.

O desenvolvimento de estudos na área das LMELT, implica uma avaliação criteriosa e rigorosa das LMELT, pois só assim a enfermagem pode ser reconhecida como profissão de risco, com as inerentes doenças profissionais subjacentes.

Estes resultados orientam para a formação pós-graduada e contínua dos profissionais, auxiliando na identificação das posturas a intervir, e com o recurso à prática simulada de alta-fidelidade, procedendo à correção das mesmas. A investigação só tem sentido quando podemos fazer esta translação do conhecimento para a prática clínica, melhorando e desenvolvendo a sua práxis. (Baixinho et al., 2017; Nkhata, Louw, Brink, & Mweshi, 2016).

A etiologia multifatorial das LMELT, torna este processo investigativo complexo e difícil. O rigor da seleção do método, seleção dos instrumentos de medida/colheita de dados, o recurso a peritos na área e a clarificação de toda a metodologia de investigação, são aspetos que conferem credibilidade ao trabalho desenvolvido. A potencialidade que o recurso aos vídeos tem, ficou bem patente neste trabalho, possibilitando a análise do fenómeno através do método misto (qualitativa e quantitativa), enriquecendo a análise dos resultados. Concordamos que a possibilidade do distanciamento emotivo para a análise reflexiva do material, com a possibilidade de rever ou congelar a imagem, são aspetos enriquecedores na análise dos fenómenos. O método qualitativo, possibilitou o estudo mais profundo do fenómeno, constatando outros fatores que intervêm nas LMELT, que não são valorizados nos métodos quantitativos.

6. REFERÊNCIAS

- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2007). Introdução às lesões músculo-esqueléticas. Belgium: FACTS 71. Acedido a 13/12/2017. Disponível em: <http://osha.europa.eu>
- Akbari, H, Akbai, H., Abadi, M, Fesharaki, M. & Ghaseni, M. (2016). Assessing the Risk of Manual Handling of Patients and Its relations with the prevalence of Musculoskeletal disorders among nursing staff: performance evaluation of the MAPO and PTAI methods. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 19 (2), 1-8.
- Baixinho, C.L., Presado, H., Marques, F.M. & Cardoso, M. (2016a). A segurança biomecânica na prática clínica dos enfermeiros de saúde materna e obstetrícia. *Revista Brasileira Promoção da Saúde*. Fortaleza, 29(sup), 36-43
- Baixinho C.L., Presado, H., Marques, F.M. & Cardoso, M. (2016b). Prevenção de lesões músculo-esqueléticas: relatos dos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia. *Atas - Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, 488-497.
- Baixinho, C.L., Ferreira, Ó., Marques, F.M., Presado, M.H. & Cardoso, M. (2017). Transição segura: um projeto da

- transferência do conhecimento para a prática clínica. In A.P.Costa, M.C. Sánchez-Gómez., M.V.M. Cilleros (Eds). A prática na Investigação Qualitativa: exemplos de estudos (57-80). Oliveira de Azeméis: Ludomédia
- Bardin, Laurence (2013). *Análise de conteúdo* (reimpressão da edição revista e atualizada de 2009). Lisboa: Edição 70
- Chung, Hung, Lee, Wang, Chang, Lee-Wen, Huang & Yang (2013). Risk of musculoskeletal disorder among taiwanese nurses cohort: a nationwide population-based study. *Biomedcentral*.14(144),1-6
- Costa, R., Grilo, A., Lemos, S., Silva, R., Silvestre, S., Marques, F. ... Baixinho, C. (2011). Lesões Músculo-esqueléticas: Postura correta na escola, postura adquirida para a vida!. In P. Arezes, J. Baptista, M. Barroso, P. Carneiro, P. Cordeiro, N. Costa, ... G. Perestrelo (editores). *Segurança e Higiene Ocupacionais – SHO 2011*. (pp. 216-219). Guimarães: Universidade do Minho.
- Davis, K, & Kotowcki, S. (2015). Prevalence of Musculoskeletal Disorders for Nurses in Hospitals. *Human Factors and Ergonomics Society*. 57(5), 754-792.
- Ellapen, T. & Narsigan, S. (2014). Work related musculoskeletal disorders among nurses: systematic review. *Journal of Ergonomics*. S14:S14-003. 1-6 Acedido a 13/05/2018 Disponível em: <https://www.omicsonline.org/open-access/work-related-musculoskeletal-disorders-among-nurses-systematic-review-2165-7556.S4-003.php?aid=26004>
- Fatia, A. & Tinoco, L. (2016). Fisiologia do Trabalho de Parto. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 321-323). Lisboa: Lidel
- Flick U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid:Morata.
- Ganer N. (2016). Work Related Musculoskeletal Disorders among Healthcare Professional and their Preventive Measure: a report. *IJSRSET*, 2(4), 693-698
- Hignett, S. & McAtamney, L. (2000). Rapid entire body assessment (REBA). *Applied Ergonomics*, 21, 201-205
- Hoof, W., O’Sullivan, K., Keeffe, M., Verschueren, S., O’Sullivan, P. & Dankaerts, W., (2018). The efficacy of interventions for low back pain in nurses A systematic. *International Journal of Nursing studies*, 77, 222-231.
- Jerónimo, J. (2013). Estudo da prevalência e fatores de risco de lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho em enfermeiros. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.
- Lima, F. H. (2015). Um método de transcrição e análise de vídeos: a evolução de uma estratégia. In: VII Encontro Mineiro de educação matemática, Universidade Federal de São João del Rei, 9-12 outubro 2015 (pp.1-11).
- Long, M., Bogossian, F., & Johnston, V. (2013). The prevalence of work-related neck, shoulder, and upper back musculoskeletal disorders among midwives, nurses, and physicians. A systematic review. *Workplace Health and Safety*, 61(5), 223-229.
- Mineiro A.L., Presado M.H. e Cardoso M. (2019).Posturas do Enfermeiro Obstetra na assistência ao parto em posições verticais. *Investigação Qualitativa em Saúde/Investigación Cualitativa en Salud/Volume 2*. 807-816
- Nkhata, L. A., Louw, Q., Brink, Y. & Mweshi, M.M. (2016). Review on Effects of Ergonomic Interventions for Nurses on Function, NeuroMuscular Pain and Quality of Life. *Journal of Preventive and Rehabilitative Medicine*; 1(2), 53-60.
- Okuyucu, A., Jeve, Y., & Doshani, A. (2017). Work-related musculoskeletal injuries amongst obstetrics and gynaecology trainees in East Midland region of the UK. *Arch Gynecol Obstet*, 296, 489–494.
- Ordem dos enfermeiros (2013) *Guia Orientador de boas práticas: Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade-posicionamentos e transferências e treino de deambulação*, 1(7), 1-77.
- Potter, P.A., Perry, A.G., Storkert, P.A., & Hall, A.M. (2013). *Fundamentos de Enfermagem* (8ª ed.). Rio de Janeiro:

Elsevier Editora, Ltda.

- Presado, M. H., Cardoso, M., Marques, F. M. & Baixinho, C.L. (2017). Posturas dos estudantes durante o trabalho de parto: análise de filmes de prática simulada. In *Investigação Qualitativa em Saúde: Volume2, Atas do 6º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa (CIAIQ2017)*, 513-522
- Prezado, M.H., Marques, F.M., Baixinho, C.L. & Cardoso, M. (2015). Lesões músculo-esqueléticas nos enfermeiros especialistas em saúde materna: autopercepção dos fatores de risco. In *Investigação Qualitativa em Saúde: Volume1, Atas do 4º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa (CIAIQ2015)*, 5-7 agosto 2015 (pp.193-198)
- Queiroz, M.V., Uva, A.S., Carnide, F., Serranheira, F., Miranda, L.C. & Lopes, M.F. (2008). Lesões musculoesqueléticas relacionadas com o Trabalho – Guia de orientação para a prevenção: programa nacional contra as doenças reumáticas. Lisboa: Direção Geral de Saúde
- Santos, A. R. V. (2015). Lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho dos enfermeiros em contexto Hospitalar. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Acedido a 13/12/2017 em Repositório Científico da ESEC. Disponível em: <https://repositorio.esenfc.pt/rc/>
- Silva, A. & Fossá, M. (2015). Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. *Qualitas Revista eletrónica*. 17(1).
- Taghinejad, H., Azadi, A., Suhrabi, Z. & Sayedinia, M. (2016). Musculoskeletal disorders and their related risk factors among Iranian nurses. *Biotechnology and Health Sciences*. In Press. 10.17795/bhs-34473
- Tsekoura, M, Koufogianni, A, Billis, E. & Tsepis, E.(2017).Work-related musculoskeletal disorders among female and male nursing personnel in greece. *WJRR*. 3(1) 8-15
- Wang, J, Cui, Y, Xu, X, Yuan, Z, Jin, X, & Li, Z (2017). Work-Related Musculoskeletal Disorders and Risk Factors among Chinese Medical Staff of Obstetrics and Gynecology. *International Journal of environmental research and public health*. 14(562), 1-13
- World Health Organization (2018). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization. Acedido a 25/2/2018. WHO Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=7C81C5A9B5A4F1ED1AEC6EF1C2C4D83D?sequence=1>
- Yan, P, Yang, Y, Zhang, L., Li, F., Huang, A., Wang, Y., Dai, Y. & Yao, H. (2018). Correlation analysis between work-related musculoskeletal disorders and the nursing practice environment, quality of life, and social support in the nursing professionals. *Medicine*, 97(9), 1-6

SENTIDOS ATRIBUÍDOS À SOBRECARGA DE TRABALHO POR RESIDENTES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA E SUA INFLUÊNCIA NO PROFISSIONALISMO MÉDICO

Elaine Saraiva Feitosa¹, Ana Maria Fontenelle Catrib¹, Aline Veras Moraes Brilhante¹, Sammya Bezerra Maia e Holanda Moura¹, Sílvia de Melo Cunha¹ e Christina César Praça Brasil¹

¹ Universidade de Fortaleza, Brasil. elainesfeitosa@gmail.com catrib@unifor.br; alineveras@unifor.br; sammyabezerra@uol.com.br; silviamel087@gmail.com; cpraca@unifor.br

Resumo. A residência médica (RM) é a melhor forma de capacitação do médico em serviço. Discute-se o profissionalismo médico em Ginecologia e Obstetrícia (GO) devido às constantes crises na relação médico-paciente. A sobrecarga de trabalho evidencia-se nesse contexto por suas influências negativas no desempenho profissional. Objetivou-se conhecer os sentidos atribuídos à sobrecarga de trabalho pelos residentes de GO e sua influência no profissionalismo médico. Estudo exploratório e qualitativo, com a realização de grupos focais com 21 residentes de GO de quatro programas de RM do estado do Ceará, Brasil. Analisaram-se os dados por meio da análise de conteúdo na modalidade temática e a interpretação dos achados respaldou-se no Interacionismo Simbólico. Os resultados mostram que a sobrecarga de trabalho está impregnada de sentidos que geram prejuízos à saúde mental dos residentes de GO, prejudicando o profissionalismo médico. Observa-se, também, a tomada de consciência em grupo para o enfrentamento do adoecimento e da medicalização, além da busca pela promoção da saúde. Por fim, considera-se que o conhecimento dos sentidos atribuídos pelos residentes à sobrecarga de trabalho auxilia na ampliação do olhar dos coordenadores da RM, fazendo com que repensem as estratégias de formação e ofereçam medidas para a melhoria das condições de trabalho.

Palavras-chave: Profissionalismo Médico; Residência Médica; Ginecologia; Obstetrícia; Condições De Trabalho

MEANINGS ATTRIBUTED TO WORK OVERLOAD BY RESIDENTS OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS AND ITS INFLUENCE ON MEDICAL PROFESSIONALISM

Abstract. Medical residency (MR) is the best way to train doctors in service. Medical professionalism in Gynecology and Obstetrics (GO) is discussed due to the constant crises in the doctor-patient relationship. Work overload is evidenced in this context by its negative influences on professional performance. The objective was to know the meanings attributed to work overload by residents of GO and its influence on medical professionalism. An exploratory and qualitative study, with focus groups conducted with 21 GO residents from four MR programs in the state of Ceará, Brazil. The data were analyzed through content analysis in the thematic modality and the interpretation of the findings was supported by Symbolic Interactionism. The results show that work overload is impregnated with meanings that generate damage to the mental health of GO residents, impairing medical professionalism. It is also observed the awareness of the group to face illness and medicalization, in addition to the search for health promotion. Finally, it is considered that the knowledge of the meanings attributed by residents to work overload helps to broaden the view of MR coordinators, making them (re)think training strategies and offer measures to improve working conditions.

Keywords: Medical Professionalism; Medical Residency; Gynecology; Obstetrics; Working Conditions

1. INTRODUÇÃO

A Residência Médica(RM) é a modalidade de treinamento em serviço considerada como a melhor forma de capacitação do médico (Brasil, 1977). Nesse contexto, além da abordagem técnica da especialidade a que se destina, a RM também objetiva formar o médico no

desenvolvimento de habilidades e atitudes, as quais são imprescindíveis para o bom exercício da profissão (Rego, 2012).

A capacitação em serviço oportuniza ao futuro especialista conviver com a realidade e as demandas específicas da área de atuação. No contexto da Ginecologia e Obstetrícia (GO), o ambiente de trabalho é marcado por longas jornadas de atuação; dedicação intensiva a alguns casos, a exemplo de trabalhos de parto e risco materno-fetal; ansiedade das pacientes e familiares; dentre outros aspectos que podem comprometer física e emocionalmente os residentes e os médicos do serviço (Rodrigues et al., 2018; Rua, Body, Marret, & Ouldamer, 2015). Assim, para que haja o bom direcionamento das ações e relações de trabalho, além do cumprimento dos princípios éticos, o profissionalismo é peça chave no processo de formação dos residentes.

O profissionalismo médico permanece como um construto sem homogeneidade entre as especialidades médicas (Feitosa et al., 2019) que envolve múltiplas dimensões – pessoais, sociais, institucionais e interpessoais (Consorti, Notarangelo, Potasso, & Toscano, 2012), sendo essencial na relação do médico com a sociedade (Cruess, 2006). O *American Board of Internal Medicine* (ABIM) definiu profissionalismo como o conjunto de responsabilidades profissionais que incluem atualização constante, honestidade, confidencialidade, a boa relação com pacientes, familiares e membros da equipe de saúde, empenhando-se na melhoria constante da qualidade do atendimento (ABIM Foundation. American Board of Internal Medicine, 2002). Na RM, conforme o Conselho de Acreditação Médica de Pós-graduação (ACGME) os estudantes devem demonstrar compaixão, sensibilidade, honestidade, respeito à diversidade, gerenciamento de conflitos, assegurando os interesses dos pacientes acima dos seus (The Accreditation Council for Graduate Medical Education, 2017).

O profissionalismo médico ganhou destaque na última década pelas constantes crises sociais na relação médico-paciente. A carta sobre o profissionalismo médico publicada em 2002 pelas sociedades europeias e americanas, subscrita por vários programas de RM, orientou a atuação do médico juntamente com as contribuições do ACGME nas estratégias de ensino e avaliação do profissionalismo (Meakins, 2003; The Accreditation Council for Graduate Medical Education, 2017). Apesar das recomendações, observa-se que em algumas especialidades existe uma demanda crescente de processos éticos e disciplinares,

notadamente, na área de Ginecologia e Obstetrícia (Silva, Rodrigues e Rodrigues, & Bernardes, 2015).

Os problemas de profissionalismo médico são objeto de estudo há muitas décadas, diante da relevância do tema e da preocupação com a formação de novos profissionais. De acordo com Rego (2012), a inclusão de discussões sobre o Código de Ética nos programas de formação não garante o pleno ensino do profissionalismo, em decorrência da sua complexidade. Para o autor, é necessário que todos os envolvidos no processo de formação – professores, alunos, residentes e profissionais do serviço - tenham a consciência de que o profissionalismo é parte integrante da convivência social que firma a profissão na sociedade, sendo uma das dimensões mais importantes para o exercício profissional.

A sobrecarga de trabalho, verificada por meio das longas jornadas e da multiplicidade de atribuições no contexto profissional, figura como um dos elementos que trazem comprometimento a saúde física e mental de muitos residentes de GO. Essa problemática pode comprometer as relações interpessoais, além da qualidade técnica e humana do atendimento prestado à população.

Conforme Fabichak, Silva-Júnior, & Morrone, (2014, p. 83), o relato de sobrecarga de trabalho durante a residência médica de GO pode estar relacionado “à grande demanda de pacientes e reduzida equipe para suprir o atendimento. O excesso de trabalho, tal qual ocorre em serviços de atendimento emergencial, pode causar gradativa exaustão emocional, física e/ou mental”.

Este estudo justifica-se pela necessidade de verificar, nos programas de RM em Ginecologia e Obstetrícia, as percepções que os residentes têm da sobrecarga de trabalho e sua influência na vida profissional. Acredita-se que esse conhecimento poderá favorecer a reflexão, a reestruturação dos programas e a redução dos lapsos na atuação com pacientes e familiares.

Nessa perspectiva, objetivou-se conhecer os sentidos atribuídos à sobrecarga de trabalho pelos residentes de GO e sua influência no profissionalismo médico.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa, realizado em Fortaleza, Ceará, Brasil, em setembro de 2019. A pesquisa qualitativa é bastante pertinente para esta

investigação por favorecer a descrição, categorização, interpretação e compreensão dos fatos que abordam os significados, motivos, aspirações, crenças, valores, percepções e atitudes - elementos determinantes das relações sociais, dos processos e dos fenômenos (Minayo, 2014). Nessa perspectiva, “o foco da investigação recai sobre a palavra que expressa a fala, a percepção cotidiana dos sujeitos, seja nas relações sociais, afetivas e técnicas, seja nos discursos intelectuais, burocráticos e políticos” (Minayo & Sanches, 1993, p. 245).

Participaram do estudo 21 residentes de GO, de quatro programas de RM do estado do Ceará, Brasil. A Residência Médica de Ginecologia e Obstetrícia do município de Fortaleza é composta pelos programas da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), do Hospital Geral César Cals, do Hospital Geral de Fortaleza e do Programa de Residência Médica (RM) da Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Juntos, compreendem 95 médicos residentes.

Para compor a amostra deste estudo, o convite foi feito por e-mail para todos os residentes dos programas de GO descritos nesta sessão. As listas de e-mails foram fornecidas, mediante autorização prévia, pelos referidos programas e pela Sociedade Cearense de Ginecologia e Obstetrícia (SOCEGO). Do universo total (95) de residentes, 21 concordaram em participar da pesquisa e compareceram na data de realização dos grupos focais.

No que concerne aos instrumentos e estratégias para a coleta de dados, utilizaram-se Grupos Focais (GF). Segundo Backes et al. (2011), no campo da pesquisa qualitativa, o GF é um tipo de entrevista em grupo que permite um processo dinâmico de coleta de dados, a partir da interação grupal, promovendo a ampla problematização sobre um fenômeno específico (Backes, Colomé, Erdmann, & Lunardi, 2011). Tem como base a tendência humana de formar opiniões e atitudes na interação social com outros sujeitos, além de explorar suas concepções e experiências.

O grupo focal possibilitou captar a percepção dos residentes de GO sobre o construto de profissionalismo e o processo de ensino-aprendizagem; porém questões relacionadas a sobrecarga de trabalho e as suas implicações no profissionalismo médico emergiram de forma espontânea nos relatos. Assim, este trabalho constitui o recorte de um estudo mais amplo e merece ser explorado de forma específica, diante da sua relevância para a formação dos residentes.

Dois grupos focais foram realizados na mesma data, no mês de setembro de 2019, em salas cedidas pela SOCEGO. Cada grupo foi conduzido por uma facilitadora (uma em cada sala), um relator (um em cada sala) e um observador (um em cada sala). Os grupos foram organizados com 10 e 11 participantes, respectivamente, para contemplar os 21 residentes que atenderam ao convite para participar do estudo, os quais foram inicialmente esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Após a coleta dos dados sociodemográficos, por meio de um instrumento estruturado, a partir do qual se coletaram informações referentes a sexo, idade, procedência, tempo no programa de residência, procedeu-se à realização do grupo focal baseada em questões norteadoras que versavam sobre: O que significa profissionalismo para você? Na sua visão, como acontece o ensino do profissionalismo na formação do residente? Como acontece o processo de formação em profissionalismo na sua residência? Como você busca o aperfeiçoamento em profissionalismo? De que modo estão inseridas as estratégias de ensino de profissionalismo na matriz de competências? Como você percebe as contribuições do ensino de profissionalismo na mudança de atitude profissional? O que pode ser feito para aprimorar o ensino do profissionalismo na residência de Ginecologia e Obstetrícia?

A coleta de dados foi gravada e registrada em cada grupo, tendo o primeiro grupo duração de 57 minutos e o segundo, duração de uma hora e treze minutos. Os dados, após coletados, foram ouvidos na íntegra pelas pesquisadoras e transcritos. Em seguida, fez-se a leitura em profundidade das transcrições e iniciou-se a organização e análise do material.

Para o tratamento dos dados, utilizou-se análise de conteúdo na modalidade temática (Minayo, Deslandes, Cruz Neto, & Gomes, 2013), que diz respeito a técnicas que proporcionam replicabilidade e inferências sobre um contexto. Para isso, a partir da leitura do texto transcrito percorreram-se as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados - inferência e interpretação (Maria Cecília de Souza Minayo, 2014).

No intuito de identificar as áreas temáticas e compreender o objeto de estudo e as suas nuances, foram empregados, de forma interpretativa, os conceitos do Interacionismo Simbólico. Nesse contexto, as relações sociais exercem papel preponderante na formação de conceitos e na modelagem de atitudes a partir dos sentidos e significados provenientes

das interações em comunidade. Blumer (1969) afirmou que os sujeitos que vivem em comunidade agem de acordo com os significados atribuídos às coisas e situações a partir das relações estabelecidas no convívio social. O autor caracteriza e sistematiza essas premissas da seguinte forma:

O ser humano age em relação às coisas, na base dos sentidos que elas têm para ele. O sentido dessas coisas é derivado, ou surge, da interação social. Esses sentidos são manipulados e modificados através de um processo interpretativo usado pela pessoa ao tratar as coisas que ela encontra nas interações sociais (Blumer, 1969, p. 2).

A vida em sociedade, os grupos e organizações pressupõem interações sociais contínuas e cujas ações resultam de respostas de um em relação ao outro. Os sentidos atribuídos, sua definição e interpretação dos objetos são produtos das relações sociais. Os grupos focais foram denominados “Grupo A” e “Grupo B” e os participantes pela letra “R”, que remete a “residente”, seguida dos números 1 a 21, no intuito de preservar o sigilo e o anonimato. Dessa forma, R1 significa “residente 1” e assim sucessivamente.

A partir dos dados coletados, emergiram duas temáticas, as quais serão apresentadas e discutidas na sessão subsequente.

O projeto que originou este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (COÉTICA), obtendo aprovação sob o número 2.038.755, por estar em conformidade com princípios éticos das pesquisas com seres humanos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir das análises realizadas neste estudo, verificou-se que os sentidos atribuídos à sobrecarga de trabalho por residentes de Ginecologia e Obstetrícia influenciam direta ou indiretamente o profissionalismo médico, fazendo emergir as seguintes temáticas: impactos da sobrecarga de trabalho na saúde mental e estratégias de enfrentamento. Esses sentidos estão permeados por ações e interpretações, de acordo com o que preconiza o Interacionismo Simbólico (Blumer, 1969), os quais podem ser melhor compreendidos por meio dos núcleos de sentido que se associam a cada uma das temáticas.

3.1 Impactos da sobrecarga de trabalho na saúde mental

As interpretações dos residentes sobre os impactos da sobrecarga de trabalho na saúde mental refletem-se nos seguintes aspectos: descaso com o autocuidado; dificuldades na

relação médico-paciente e comportamento agressivo; e falta de suporte à saúde mental dos residentes e medicalização para amenizar o sofrimento mental.

Os participantes referiram que a sobrecarga de trabalho leva ao autocuidado comprometido, o que os faz descuidarem da alimentação, do controle de peso, da rotina de atividade física e das relações interpessoais. Os depoimentos a seguir trazem o descaso com o autocuidado e os seus impactos no profissionalismo como foco da discussão:

[...] Esta semana, eu estava discutindo com o meu grupo de R2 [residentes do segundo ano] sobre uma das coisas que a gente como médico tem mais dificuldade que é o autocuidado. Então [...] é muito difícil você cuidar [do outro], se você não se cuidar, principalmente na residência [...]. Então, o autocuidado e o tempo de a gente dar uma pausa para ir a uma terapia, ir a uma academia..., a gente nunca vai conseguir refletir, pensar sobre a gente, se a gente não pára... Tem simplesmente momentos que a gente não pára. A gente está discutindo, ah... e eu estou refletindo. Honestamente, tem horas que ninguém consegue refletir nada! A gente parece mais uma máquina! (R13)

[...] a questão da alimentação é péssima. Quantas de vocês comem bem [pergunta feita olhando para os colegas do grupo focal que também são residentes]? Tem dias que passa batido [a pessoa não se alimenta] e assim suga tanto que você esquece de comer. (R16)

Os residentes mencionam que o descaso com a saúde é inerente ao profissional de Medicina e que essa realidade piora no período da RM. De fato, estudos demonstram que durante a RM o residente tem uma carga horária de trabalho superior a 60 horas semanais, o que é preconizado pelos programas, perfazendo uma média de 68,7 horas semanais. Essa realidade decorre da baixa remuneração da bolsa de residência médica que obriga os jovens a buscarem atividades remuneradas fora do horário, emendando, muitas vezes, jornadas de trabalho e comprometendo o autocuidado. Nesse sentido, as queixas mais frequentes são: cansaço mental (95,8%) e pouco tempo para si mesmo (91,6%), dentre outras (Fabichak et al., 2014).

Na mesma linha, um estudo qualitativo realizado com 21 residentes de uma escola médica no Canadá revelou a conexão que os estudantes fazem entre duvidar de si mesmos e o medo de fraquejar, diante da dificuldade de demonstrar empatia em situações dramáticas. O discurso de um deles admite que se alguém se encontra fisicamente exausto, dificilmente continuará a prover atendimento de qualidade aos pacientes (Phillips & Dalgarno, 2017).

A importância do autocuidado também foi levantada em um estudo envolvendo 100 estudantes provenientes de 10 escolas médicas americanas, os quais, em suas falas, incluem as habilidades de autocuidado e autorreflexão como prioridades profissionais

essenciais, além de pontuarem que devem ser ensinados a se auto empoderar para que possam melhor ajudar os seus pacientes e a honrarem a si próprios para que possam honrar outrem (Rabow, Wrubel, & Remen, 2009).

Com o decorrer do tempo, a falta de cuidado leva ao desgaste físico e emocional, comprometendo o desempenho das atividades profissionais, o que, muitas vezes, prejudica a relação médico-paciente, levando alguns residentes a perceberem-se agressivos e cometendo lapsos de profissionalismo, como mostram os trechos a seguir, que versam sobre as dificuldades na relação médico-paciente e comportamento agressivo:

[...] Às vezes eu me pego no meio do atendimento, porque tem ainda várias fichas [pessoas] para atender, e me pego assim no meio da anamnese dizendo à paciente o meu nome ... Era para eu ter feito isso no começo da consulta, mas eu vi seis fichas lá para atender e eu estou sozinha no Serviço de Pronto Atendimento, então ficou mecanizado e já fui perguntando a queixa e depois que eu lembrei de me apresentar a paciente. (R8)

[...] E você começa a ser agressiva nas palavras quando você está estressada. Você começa a não pensar direito como você está agindo, porque você está em Burnout e o Burnout médico é difícil de ser entendido, porque ele [o médico] só aceita que está em Burnout quando já está em grau extremo. Diferente de outros profissionais que eu acho que acabam procurando ajuda mais cedo. (R13)

Um estudo de Castelhana (2015) abordou as influências das emoções na percepção do paciente sobre as relações com o médico, sob a perspectiva da psicologia junguiana. Os resultados mostraram que as emoções exercem uma forte influência sobre as atitudes e que os médicos revelam sofrimento diante dos problemas de relacionamento com seus pacientes e colegas; o que os faz referir sobre o elevado nível de estresse ao qual estão sujeitos e a necessidade de um espaço onde possam ser melhor compreendidos e receber suporte emocional para que as emoções possam refletir positivamente nas relações no ambiente de trabalho.

O relato de R8 evidencia que a sobrecarga de trabalho associada a elevada demanda de pacientes leva a um sofrimento mental dos residentes, o que, muitas vezes, emerge em forma de falhas na comunicação médico-paciente, a exemplo não se identificar no início da consulta. R13, por sua vez, reflete sobre a agressividade gerada pelo estresse decorrente do Burnout, além da dificuldade do médico em reconhecer essa situação.

Outro aspecto bastante destacado pelos participantes deste estudo diz respeito a falta de suporte à saúde mental dos residentes e a medicalização para amenizar o sofrimento mental. Esses aspectos evidenciam-se pelo fato de os residentes sentirem-se desassistidos

pelos programas de residência no que diz respeito à saúde mental, fazendo com que o nível de estresse e sofrimento mental evoluam e requeiram medicação para amenizar o problema.

[...] Às vezes, eu também acho que não é tratada a saúde mental dos residentes porque a pressão, a sobrecarga, às vezes, tem uma hora que ele explode e aquele residente que está sozinho não tem ninguém para ajudá-lo... Talvez, o coordenador da residência seja a pessoa à qual ele possa recorrer para pedir ajuda. E eu acho também válido trabalhar a saúde mental dos residentes, porque o índice de suicídio nas escolas de residências aumentou. (R4)

[...] Às vezes, não é nem falta de ajuda, porque às vezes a pessoa não consegue pedir ajuda. Talvez as pessoas [...], os staffs, os preceptores, fossem até treinados a observar sinais [de sofrimento dos residentes] porque isso nunca acontece de repente, eles vão evoluindo ao longo do tempo. [...] Talvez se tivesse um treinamento com os staffs para perceberem isso e acolherem esses residentes, talvez facilitaria. (R9)

[...] A questão é que muitas vezes a gente está sozinha. Principalmente no plantão noturno, você fica lá levando a sala de parto sozinha e o teu staff não te dá apoio. Então, se um problema desse acontece, por mais que a gente seja residente, a gente é médico. Então, por mais que tenha alguém para responder com a gente, vamos responder também por algum problema que aconteça. Isso é muito desgastante. (R18)

[...] o índice de Burnout em GO é altíssimo e, na nossa residência, todo ano tem pesquisas. Eu estava espantada com o índice de medicalização dos residentes... É altíssima quantidade de residentes que tomam medicação para dormir, estabilizantes do humor, entre outros. Eu acho que na nossa residência esse quantitativo de pessoas que se medicalizam é perto de 30%. (R13)

Muitos dos sentimentos negativos expressos pelos residentes advêm da falta de apoio e percepção dos preceptores e dos *staffs* sobre o sofrimento mental dos residentes, causado pela demanda de trabalho à qual estão expostos. Muitos residentes sentem-se sobrecarregados e abandonados à rotina de trabalho, sem contar com uma estrutura de apoio do programa de residência para a prevenção, a identificação e o enfrentamento do problema.

Na fala de R9, evidencia-se a necessidade de treinamento dos staffs e dos preceptores para que estes percebam os problemas de saúde mental decorrentes da sobrecarga de trabalho que acometem os residente, no sentido de que sejam melhor preparados para auxiliá-los a superar o cansaço, a angústia e evitar prejuízos na postura profissional e nas relações de trabalho. O estudo canadense demonstra a mesma percepção por parte dos estudantes envolvidos, onde estes observam que os preceptores e os supervisores possivelmente

também não tenham preparo emocional para lhes dar suporte em suas angústias (Phillips & Dalgarno, 2017).

Para Blumer (1969), as percepções das pessoas que se estabelecem pela interação social e vivência dos contextos facilitam a identificação de problemas, fazendo emergirem soluções, a exemplo da sugestão de uma capacitação para a equipe gestora da residência em GO. Esta alternativa, advinda dos olhos de quem conhece a situação na prática, poderá auxiliar a minimizar o problema e a criar ações que ofereçam suporte aos residentes que, de alguma forma, seja nas palavras, seja nas ações, sinalizem problemas na saúde mental e no profissionalismo.

A participante R13 relata sobre a elevada taxa de frequência de *Burnout* e a medicalização entre seus pares. Esta fala revela a necessidade de alguns residentes recorrerem a medicamentos para aliviar o sofrimento mental, o cansaço e até buscarem uma melhor qualidade de sono. Esse caminho, entretanto, pode causar danos à saúde física e mental dessa população.

Na compreensão da análise do comportamento profissional, Moreira, Souza, & Yamaguchi, (2018) apontam a síndrome de *Burnout* como responsável pelos lapsos profissionais, caracterizada pelo tripé: exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e comprometimento da realização profissional (RP). Por conseguinte, ocorre cansaço, distanciamento dos colegas e baixa empatia. É bem estudado que o cansaço excessivo afeta a relação do médico com seus pacientes, colegas de trabalho e equipe, sendo este um grave problema de saúde pública que merece destaque por atingir com frequência profissionais da saúde sobretudo, de forma crítica, os médicos de várias especialidades como evidenciado nesse estudo (Moreira et al., 2018).

3.2 Estratégias de Enfrentamento

Diante dos problemas referidos, os residentes buscam estratégias para enfrentar as situações de dificuldades e sofrimento mental referidas, buscando melhorias na saúde mental, que refletem na boa atuação profissional. Nessa temática, surge a forte ideia de que o amparo do grupo é essencial, a partir do estabelecimento conjunto de metas e da troca de ideias, que funcionam como uma “terapia em grupo”, como revela R13.

[...] a gente fez do nosso grupo um lugar para enfrentar os problemas dessa sobrecarga de trabalho [...] Cada um fez metas por escrito de autocuidado. Eu fui para a academia depois de anos, porque senão a

gente não vai se cuidar nunca! A gente fez as metas por escrito. Entre elas, eu coloquei como outra meta, comer pelo menos uma fruta ao dia. [...] Meu Deus! Quantos de nós tomamos medicações? Quantos? Quantos? E mais ou menos assim o que a gente estava refletindo em grupo, levou-nos a fazer basicamente uma terapia em grupo sobre isso. (R13)

O empoderamento e a sensação de amparo são elementos que surgem nas interpretações dos participantes, ao relatarem o poder das estratégias em grupo para o enfrentamento do sofrimento mental e a busca da melhoria para o exercício profissional. As atividades curriculares complementares e alternativas inclusas para os programas de formação, especialmente relacionadas ao desenvolvimento de técnicas de integração mente-corpo e autocuidado, têm sido apontadas como eficientes na melhora do profissionalismo entre os estudantes em escolas americanas (Elder, Hustedde, Rakel, & Joyce, 2008).

Nessa perspectiva, a partir da visão de Blumer (1967), verificam-se três premissas básicas do Interacionismo Simbólico que facilitam a compreensão do potencial da interação grupal para a promoção de mudanças nos comportamentos das pessoas. A primeira dessas premissas revela que “O ser humano age com relação às coisas na base dos sentidos que elas têm para ele” (Haguette, 2013, p. 34). A convivência em grupo, principalmente com pessoas que vivenciam situações similares ajuda na significação e na ressignificação de conceitos e ideias, uma vez que a segunda premissa defende que “O sentido destas coisas é derivado, ou surge, da interação social que alguém estabelece com os seus companheiros”(Haguette, 2013,p.34).Dessa forma, “Estes sentidos são manipulados e modificados através de um processo interpretativo usado pela pessoa ao tratar as coisas que ela encontra.” (Haguette, 2013, p.34).

O relato de R13 reforça claramente a ideia de que a ação, muitas vezes, deriva de uma interação social recíproca, sendo esta capaz de modificar-se progressivamente, contando com o apoio das relações interpessoais e das especificidades das situações (Lopes & Jorge, 2005). No contexto da sobrecarga de trabalho, os residentes, ao pactuarem metas de melhorias de qualidade de vida em grupo, amenizam física e emocionalmente o fardo que a sobrecarga do trabalho lhes trazem, fazendo com que comparem esta ação a uma “terapia em grupo”.

Nas interações grupais, os residentes, no contexto em estudo, apreendem os significados da sobrecarga de trabalho, agem conforme as indicações que fazem para si no aprendizado mútuo e interpretam a necessidade de mudança da realidade, levando à adoção de

estratégias de enfrentamento, a partir do estabelecimento de metas claras e por escrito para que possam acompanhar o seu cumprimento. O ambiente de aprendizagem influencia o modo de pensar e agir dos sujeitos que vivem em comunidade, os quais agem de acordo com os significados atribuídos às coisas nas interações com os outros, evidenciado nas estratégias de enfrentamento do grupo ao ressignificar as interações simbólicas do adoecimento físico e mental.

4. CONCLUSÃO

O estudo qualitativo, com base no Interacionismo Simbólico, traz contribuições importantes na perspectiva da pesquisa qualitativa, por aprofundar o olhar na subjetividade e no contexto dos programas de residência médica em GO e mostrar, a partir das percepções dos residentes, os sentidos atribuídos à sobrecarga de trabalho e sua influência no profissionalismo médico, o que se desdobra em dois eixos principais: os impactos da sobrecarga de trabalho na saúde mental e as estratégias de enfrentamento adotadas por eles. Isto mostra a necessidade de uma avaliação dos programas de RM e a verificação de alternativas para melhorar as condições de trabalho e qualidade de vida pessoal e profissional dos residentes.

A sobrecarga de trabalho leva a um processo de adoecimento mental que prejudica o profissionalismo médico, principalmente ao comprometer o autocuidado, levar a comportamentos agressivos e prejudicar as relações interpessoais. Observou-se que as atitudes dos residentes não são notadas pelos preceptores e supervisores dos programas, o que requer capacitação e sensibilização para que possam melhor acolhê-los e auxiliá-los a lidar com as situações que geram desconforto e adoecimento. Ademais, a ampliação do suporte à saúde mental dos residentes pode reduzir a medicalização para amenizar o sofrimento mental.

Nesse contexto, o significado atribuído ao apoio dos pares, por meio das interações em grupo, deve ser fortemente considerado pelos programas de residência, uma vez que geram ressignificações para a busca de alternativas de enfrentamento, as quais amenizam o sofrimento gerado pela sobrecarga de trabalho, melhoram o profissionalismo e ajudam na promoção da saúde.

5. REFERÊNCIAS

- ABIM Foundation. American Board of Internal Medicine. (2002). Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Annals of Internal Medicine*, 136(3), 243.
- Backes, D. S., Colomé, J. S., Erdmann, R. H., & Lunardi, V. L. (2011). Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *Mundo Da Saude*, 35(4), 438–442. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Blumer, H. (1969). *Symbolic interactionism: Perspective and method*. 1969. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- BRASIL. (1977). Decreto No 80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Retrieved March 28, 2019, from http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D80281.htm
- Castelhano, L. M. (2015). As emoções do médico na relação com o paciente: uma abordagem da psicologia junguiana.
- Consorti, F., Notarangelo, M., Potasso, L., & Toscano, E. (2012). Developing professionalism in Italian medical students: an educational framework. *Advances in Medical Education and Practice*, 3, 55.
- Cruess, S. R. (2006). Professionalism and medicine's social contract with society. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, (449), 170–176. <https://doi.org/10.1097/01.blo.0000229275.66570.97>
- Elder, W. G., Hustedde, C., Rakel, D., & Joyce, J. (2008). CAM curriculum activities to enhance professionalism training in medical schools. *Complementary Health Practice Review*, 13(2), 127–133.
- Fabichak, C., Silva-Júnior, J. S., & Morrone, L. C. (2014). Síndrome de burnout em médicos residentes e preditores organizacionais do trabalho. *Rev Bras Med Trab*, 12(2), 79–84.
- Feitosa, E. S., Brilhante, A. V. M., Cunha, S. de M., Sá, R. B., Nunes, R. R., Carneiro, M. A., ... Catrib, A. M. F. (2019). Professionalism in the Training of Medical Specialists: an Integrative Literature Review. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 43(1), 692–699.
- Haguette, T. M. F. (2013). *Metodologias qualitativas na sociologia*. (Vozes, Ed.) (14th ed.). Petrópolis.
- Lopes, C. H. A. de F., & Jorge, M. S. B. (2005). Interaccionismo simbólico y la posibilidad para el cuidar interactivo de la enfermería. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 39(1), 103–108.
- Meakins, J. L. (2003). Medical professionalism in the new millenium. *Journal of the American College of Surgeons*, 196(1), 113–114. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12517562>
- Minayo, M. C. D. S., Deslandes, S. F., Cruz Neto, O., & Gomes, R. (2001). (2013). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. (33rd ed.). Petrópolis: Vozes.
- Minayo, Maria Cecília de S., & Sanches, O. (1993). Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3), 237–248.
- Minayo, Maria Cecília de Souza. (2014). *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde* (14a.). São PAULO: Hucitec.
- Moreira, H. D. A., Souza, K. N. De, & Yamaguchi, M. U. (2018). Síndrome de Burnout em médicos: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 43, 1–11. <https://doi.org/10.1590/2317-6369000013316>
- Phillips, S. P., & Dalgarno, N. (2017). Professionalism, professionalization, expertise and compassion: a qualitative study of medical residents. *BMC Medical Education*, 17(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12909-017-0864-9>

- Rabow, M. W., Wrubel, J., & Remen, R. N. (2009). Promise of professionalism: personal mission statements among a national cohort of medical students. *The Annals of Family Medicine*, 7(4), 336–342.
- Rego, S. (2012). O Profissionalismo e a Formação Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, pp. 445–446.
- Rodrigues, H., Cobucci, R., Oliveira, A., Cabral, J. V., Medeiros, L., Gurgel, K., ... Gonçalves, A. K. (2018). Burnout syndrome among medical residents: A systematic review and meta-analysis. *PloS One*, 13(11).
- Rua, C., Body, G., Marret, H., & Ouldamer, L. (2015). Prévalence du syndrome d'épuisement professionnel parmi les internes de gynécologie-obstétrique et facteurs associés. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de La Reproduction*, 44(1), 83–87.
- Silva, F., Rodrigues e Rodrigues, M., & Bernardes, J. (2015). Disciplinary actions in gynecology and obstetrics in the north of Portugal from year 2008 to 2012. *Acta Medica Portuguesa*, 28(2), 194–204.
- The Accreditation Council for Graduate Medical Education. (2017). Common Program Requirements Section VI with Background and Intent.

CULTURA DE SEGURANÇA NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA: PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE- REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Ana Martins Diz¹ e Pedro Bernardes Lucas²

¹ Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Portugal. ana_diz1@hotmail.com

² Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal. prlucas@esel.pt

Resumo. Introdução: A segurança do doente em cuidados de saúde é uma prioridade global, que preocupa todos os implicados que dele dependem, imperando a necessidade de se conhecer em profundidade a realidade dos contextos particulares, como o serviço de urgência, para se garantir uma cultura de segurança. Objetivo: Analisar a evidência científica acerca da percepção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança no serviço de urgência. Métodos: Revisão sistemática da literatura. Os estudos selecionados foram do período entre 2014 e 2019. Foram cinco os artigos que formaram o *corpus* amostral. Resultados: As percepções dos enfermeiros revelam que o ambiente de trabalho, o trabalho em equipa e as questões relacionadas com a liderança dos superiores hierárquicos são fatores fundamentais para se poder ter uma cultura de segurança que garanta a qualidade dos cuidados prestados. O aspeto mais negativo é a falta de cooperação entre os elementos da equipa. O fator mais valorizado para a garantia de uma cultura de segurança do doente foi o trabalho em equipa, garantindo a melhoria da assistência ao cliente, redução de eventos adversos e a prestação de cuidados de qualidade. Conclusão: As evidências contribuem para melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Palavras-chave: Segurança do Paciente; Serviço Hospitalar de Emergência; Percepções; Enfermeiros.

PATIENT SAFETY CULTURE IN EMERGENCY SERVICES: HEALTH PROFESSIONAL'S PERCEPTIONS - SYSTEMATIC REVIEW

Abstract. Introduction: Patient safety in healthcare is a global priority, which concerns all those involved who depend on it, requiring the need to know in-depth the reality of particular contexts, such as the emergency service, to ensure a culture of safety. Objective: To analyze the scientific evidence about nurses' perception of the safety culture in the emergency department. Methods: Systematic literature review. The selected studies were from the period between 2014 and 2019. Five articles formed the sample corpus. Results: Nurses' perceptions reveal that the work environment, teamwork, and issues related to the leadership of superiors are fundamental factors to be able to have a safety culture that guarantees the quality of care provided. The most negative aspect is the lack of cooperation between the team members. The most valued factor in ensuring a culture of patient safety was teamwork, ensuring the improvement of customer care, reduction of adverse events, and the provision of quality care. Conclusion: Evidence contributes to improving the quality of care provided.

Keywords: Patient safety; Emergency Service, Hospital; Perceptions; Nurses.

1. INTRODUÇÃO

A melhoria na segurança do doente é um dos problemas mais críticos enfrentados pelos serviços de saúde do século XXI. A segurança do doente é o resultado de esforços coletivos que procuram evitar erros médicos ou eventos adversos evitáveis e, portanto, salvaguardar os doentes (Milligan, 2007; McFadden, Henagan & Gowen, 2009). A segurança do doente é

difícil de obter nos cuidados de saúde prestados no serviço de urgência devido à presença de doentes com condições complexas de alta acuidade, um ambiente de trabalho difícil de controlar e trabalho em equipa multidisciplinar que envolve frequentes transferências com potencial para falhas na comunicação (Alshyyab, FitzGerald, Dingle et al., 2019).

Os profissionais de saúde do serviço de urgência trabalham em condições de alta pressão, com múltiplas interrupções e restrições de tempo. Assim, há uma possibilidade aumentada de erros e desfechos desfavoráveis dos doentes. Embora haja muitas abordagens para melhorar a segurança dos pacientes, estabelecer uma cultura de segurança é considerada uma estratégia central (Alshyyab, FitzGerald, Dingle et al., 2019). O serviço de urgência é um ambiente de trabalho desafiador devido à elevada afluência e à rotatividade de doentes, falta de controlo sobre a sobrecarga de trabalho dos enfermeiros e dificuldades de comunicação. Assim, torna-se num ambiente vulnerável a riscos para os doentes, pondo em causa a sua segurança (Källberg, Ehrenberg, Florin, Östergren & Göransson, 2017). Glickman, Mehrotra, Shea et al. (2016) verificaram que 8,5% dos problemas identificados pelo doente estavam relacionados com a sua segurança. Constataram que o serviço de urgência, com um incidente adverso de 3%, foi o terceiro local mais comum de incidentes adversos em hospitais. Um estudo americano concluiu que 53% dos incidentes ocorridos no serviço de urgência eram evitáveis (Thomas, Studdert, Burstin et al., 2000). Outro estudo em 62 serviços de urgência nos EUA encontrou uma taxa global de 4,1 de incidentes adversos por 100 doentes, dos quais 37% eram evitáveis (Camargo, Tsai, Sullivan et al., 2012).

Uma das componentes estruturantes e essenciais da qualidade na prestação de cuidados de saúde é a segurança do doente, existindo atualmente um conjunto de evidências e um vasto conhecimento factual sobre as implicações que a segurança dos doentes ou a sua falta tem sobre as organizações, os seus profissionais e, principalmente, sobre os doentes que a elas recorrem (Camargo, Tsai, Sullivan et al., 2012). A qualidade está intimamente relacionada com a segurança dos cuidados, como garantia do sistema de saúde, onde uma das componentes críticas da gestão dessa qualidade e dos cuidados de enfermagem é a segurança dos doentes (Thomas, Studdert, Burstin et al., 2000). Por esta razão, deve aumentar-se a responsabilização pela qualidade de todos os níveis do sistema e implementar o envolvimento dos profissionais e das lideranças, conforme consta da estratégia nacional para a qualidade na saúde 2015-2020 (Fernandes & Queirós, 2011). A liderança é a base para aumentar a qualidade dos cuidados e diminuir os custos em saúde. A obtenção de qualidade em saúde serve o propósito de alcançar os melhores resultados

nos cuidados prestados aos doentes, quer na melhoria do bem-estar, como na satisfação com os cuidados, dentro de um sistema bem organizado, mantendo os custos a um nível mínimo. Para atingir este objetivo é necessário o empenho total e completo envolvimento dos profissionais de saúde e das organizações de saúde (Fernandes & Queirós, 2011).

Deste modo, é fundamental analisar a perceção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança no serviço de urgência, o que se constituiu como objetivo deste trabalho, traduzindo-se na seguinte questão de investigação: Qual a perceção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança num serviço de urgência?

2. MÉTODOS

Esta revisão teve como referência a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute para revisões (JBI, 2015; Peters et al, 2015), tendo como objetivo “Analisar a evidência científica acerca da perceção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança num serviço de urgência.” Esta revisão sistemática responde à pergunta e baseia-se nos elementos PCC (População, Conceito e Contexto) tendo em conta os critérios de inclusão. A questão de revisão é: Qual a perceção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança num serviço de urgência? Foram pesquisadas bases de dados para revisão de estudos relacionados com a perceção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança no serviço de urgência, datados entre janeiro de 2014 a outubro de 2019: CINAHL Complete; MEDLINE Complete; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; Library, Information Science & Technology Abstracts; MedicLatina, via EBSCOhost - Research Databases; BVS – Biblioteca Virtual da Saúde, PubMed, RCAAP - Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. A estratégia inicial de pesquisa usou termos de pesquisa mapeados para o *Medical Subject Headings* (MeSH). Foram utilizados os seguintes descritores: #1 MeSH *Emergency department*; #2 MeSH *Nurse's perception*; #3 MeSH *Patient Safety*; #4 MeSH *Safety culture* e #4 [#1 AND # 2 AND #3 OR #4] (explode all trees).

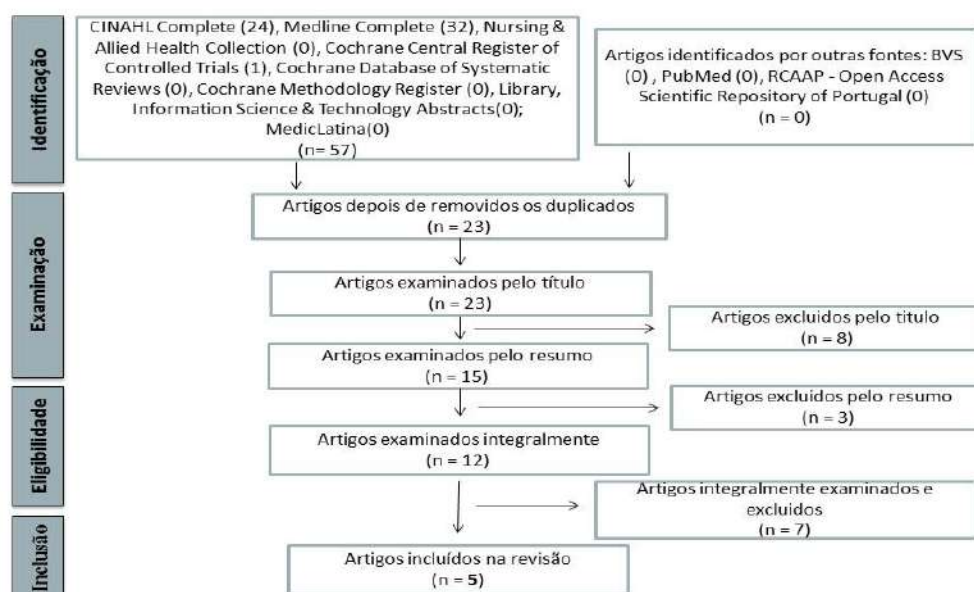


Figura 1. Diagrama com o processo de seleção dos estudos - PRISMA

Para a identificação de estudos relevantes dentro dos critérios de inclusão definidos foram realizadas pesquisas que compreenderam os estudos que datam de janeiro de 2014 a outubro de 2019, nos idiomas português, inglês e espanhol. Da sua conjugação com os operadores booleanos nos motores de busca para a obtenção dos textos completos das publicações que tinham sido identificadas, resultaram as seguintes formulações: (("Emergency department") AND "Nurse's perception") AND "Patient Safety"] OR "Safety culture"].

Definiram-se como critérios de inclusão: estudos publicados nas bases de dados anteriormente referidas, no espaço temporal de 2014-2019, apresentados em texto integral, nos idiomas inglês, português e espanhol, e cujo título e/ou resumo fizessem referência à percepção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança no serviço de urgência.

O processo de triagem baseou-se no *Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) para a realização de revisões sistemáticas (Moher, Liberati, Tetzlaff & Altman, 2009) e na metodologia do *Joanna Briggs Institute* no que se refere às diretrizes de uma revisão sistemática (JBI, 2015; Peters et al, 2015), o que se assumiu como parte da estratégia de pesquisa. O texto completo de cada artigo foi revisto para determinar se satisfazia os critérios de inclusão do estudo por dois revisores com discussões entre ambos para obter consenso sobre a exclusão de artigos.

Da pesquisa nas bases de dados, resultou a identificação de 57 artigos. Assim, numa primeira fase foi realizada uma leitura crítica e reflexiva dos títulos e dos resumos encontrados. Numa segunda fase, após a remoção dos artigos repetidos nas bases de dados (n=23), estabeleceu-se uma amostra de 34 artigos. Depois da aplicação dos critérios de inclusão, ficou-se com uma amostra de 15 artigos para a elegibilidade. Posteriormente realizou-se a uma análise criteriosa dos artigos selecionados com exclusão de 5 artigos por não discriminarem entre os profissionais de saúde as percepções dos enfermeiros, tendo-se conservado 5 artigos dos quais se extraiu dos mesmos as evidências referentes à percepção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança no serviço de urgência. Nesta etapa e de maneira a organizar-se toda a análise, fazendo-se uma leitura exploratória de cada artigo, identificaram-se, traduziram-se e transcreveram-se frases/palavras que correspondiam ao tema da percepção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança no serviço de urgência. Com o intuito de sistematizar a informação dos artigos, os dados extraídos dos estudos foram compilados de forma descritiva numa tabela previamente elaborada, o que facilitou a identificação e reformulação das categorizações temáticas.

A Figura 1 especifica os resultados das etapas da análise, seguindo o modelo PRISMA Flow Diagram (Moher et al, 2009).

2.1. Extração dos dados

Os dados extraídos dos artigos foram alinhados com os objetivos e questões de pesquisa e respetivo instrumento indicados pela metodologia de análise desenvolvido pelo Joanna Briggs Institute (JBI, 2015; Peters et al, 2015). Ambos os revisores examinaram de forma independente os primeiros cinco estudos usando o formulário de dados, tendo depois reunido para determinarem se a abordagem aos dados extraídos é consistente com a pesquisa em questão (Levac, Colquhoun & O'Brien, 2010).

Apresenta-se na tabela 1, o quadro síntese dos artigos incluídos na revisão.

Tabela 1. Quadro síntese dos artigos incluídos na revisão

Título do artigo, autor, ano e país	Rigobello, M.C.G., Carvalho, R.E.F.L., Guerreiro, J.M., Motta, A.P.G., Atila, E., & Gimenes, F.R.E. (2017). The perception of the patient safety climate by professionals of the emergency department ⁽¹²⁾
Tipo de estudo	Estudo quantitativo, descritivo, transversal.
Objetivo do estudo	Avaliar o clima de segurança do doente na perspectiva de profissionais de saúde que trabalham no serviço de urgência de um hospital no Brasil.
População e amostra	A amostra do estudo foi composta por 125 profissionais de saúde.
Instrumentos utilizados	<i>The Safety Attitudes Questionnaire</i> (SAQ) – Short Form 2006, validado e adaptado para o português.
Resultados	A maioria dos participantes era do sexo feminino (57,6%) e trabalhava no serviço de urgência há mais de 10 anos (56,8%); 49,6% eram enfermeiros. Os participantes demonstraram satisfação com o trabalho e insatisfação com a gestão das questões relacionadas com a segurança do doente. A pontuação final média no SAQ foi inferior a 75 (59,71 ± 14,82), indicando que as percepções dos participantes sobre o clima de segurança eram negativas. Para todas as variáveis analisadas, as percepções dos participantes foram negativas, independentemente do sexo, tempo de exercício profissional no serviço de urgência e cargo desempenhado, sugerindo a necessidade de melhorias ao nível da segurança do doente no serviço de urgência. Nenhuma das variáveis analisadas apresentou significância estatística. Em relação aos domínios do SAQ, os resultados de cinco dos seis domínios indicaram necessidade de melhoria: no trabalho em equipa, na cultura de segurança, no reconhecimento do stress, na gestão do serviço de urgência e do hospital e nas condições de trabalho.
Título do artigo, autor, ano e país	Burström, L., Letterstål, A., Engström, M-L., Berglund, A., & Enlund, M. (2014). The patient safety culture as perceived by staff at two different emergency departments before and after introducing a flow-oriented working model with team triage and lean principles: a repeated cross-sectional study ⁽¹³⁾
Tipo de estudo	Estudo transversal
Objetivo do estudo	Estudar a cultura de segurança do doente no serviço de urgência em dois hospitais diferentes antes e depois de um projeto de melhoria da qualidade (QI) que visava aumentar a segurança do doente.
População e amostra	Participaram vários grupos profissionais, sendo a maioria enfermeiros, com prevalência da faixa etária dos 25 a 44 anos. Em todos os grupos, a maioria dos profissionais de saúde possuía de 1 a 5 anos de experiência profissional, exceto os enfermeiros do hospital do municipal que na maioria possuíam mais de 21 anos de experiência profissional. A duração predominante dos anos de experiência profissional no serviço de urgência foi de 1 a 5 anos.
Instrumentos utilizados	Foi utilizado o questionário <i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i> (HSOPSC), antes e depois de um projeto de melhoria da qualidade que visava melhorar a segurança do doente no serviço de urgência de dois hospitais, um hospital municipal e um hospital universitário, em duas cidades diferentes no centro da Suécia.
Resultados	No hospital municipal, foi observada uma diferença em duas dimensões, trabalho em equipa e abertura de comunicação, com uma pontuação mais alta no acompanhamento do doente. No hospital universitário, obteve-se um score mais alto no acompanhamento do doente. O fator mais valorizado para a garantia de uma cultura de segurança do doente, em ambos os hospitais, foi o trabalho em equipa.
Título do artigo, autor, ano e país	Alzahrani, N., Jones, R., Abdel-Latif, M.E. (2018). Attitudes of doctors and nurses toward patient safety within emergency departments of two Saudi Arabian hospitals ⁽¹⁴⁾
Tipo de estudo	Estudo transversal
Objetivo do estudo	Investigar as atitudes de médicos e de enfermeiros em relação à cultura de segurança do doente em serviços de urgência de dois hospitais sauditas.
População e amostra	Amostra constituída por 503 médicos e enfermeiros a exercerem funções no serviço de urgência.
Instrumentos utilizados	Foi utilizado, para recolha de dados, o <i>Safety Attitudes Questionnaire</i> (SAQ)
Resultados	A pontuação média de cada dimensão do SAQ foi <75%, indicando que enfermeiros e médicos geralmente tiveram menos atitudes positivas ao nível da segurança do doente, particularmente nas dimensões de reconhecimento do stress (58,1%) e percepções ao nível da gestão hospitalar (56,9%). Os enfermeiros demonstraram menor pontuação na percepção em relação ao trabalho em equipa (p<0,01), enquanto os médicos pontuam menos nas condições de trabalho do que os enfermeiros (p<0,01). Houve uma correlação significativa entre o número de erros relatados e o clima de trabalho em equipa, satisfação com o trabalho e condições de trabalho.
Título do artigo, autor, ano e país	Van Noord, I. V., Wagner, C., Van Dyck, C., Twisk, J. W. R., & De Bruijne, M. C. (2014). Is culture associated with patient safety in the emergency department? A study of staff perspectives. ⁽¹⁵⁾
Tipo de estudo	Estudo transversal
Objetivo do estudo	Averiguar as associações entre as dimensões da cultura de segurança do doente e os níveis de segurança do doente, conforme relatado pela equipa de um serviço de urgência, e comparar essas associações entre enfermeiros e médicos.

População e amostra	Amostra constituída por 480 enfermeiros, 159 médicos e 91 outros profissionais de serviços de urgência de 33 hospital centrais holandeses.
Instrumentos utilizados	Foi utilizado o questionário <i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i> (HSOPSC) para recolha de dados.
Resultados	A maioria dos participantes trabalhava no serviço de urgência há menos de 10 anos. Em análises não ajustadas, todas as dimensões da cultura de segurança do doente foram associadas positivamente ao nível relatado de segurança do doente e seis dessas associações com a segurança do doente foram estatisticamente significativas após o ajuste (trabalho em equipa, frequência da notificação de eventos adversos, abertura de comunicação, feedback sobre e aprender com os erros, suporte de gestão do hospital para a segurança do doente). Foram encontradas diferenças entre as percepções dos enfermeiros e médicos em duas dimensões (frequência de notificação de eventos adversos e suporte da gestão do hospital em relação à segurança do doente). A percepção dos médicos em relação à cultura de segurança do doente no serviço de urgência foi mais positiva do que a dos enfermeiros, que consideram como aspeto mais negativo a falta de cooperação entre os elementos da equipa, com interferência na segurança do doente.
Título do artigo, autor, ano e país	Tourani, S., Hassani, M., Ayoubian, A., Habibi, M., & Zabolli, R. (2015). Analyzing and prioritizing the dimensions of patient safety culture in emergency wards using the TOPSIS technique ⁽¹⁶⁾
Tipo de estudo	Análítico-descritivo e transversal
Objetivo do estudo	Analisar os aspetos da cultura de segurança do doente no serviço de urgência de hospitais afiliados à Universidade de Ciência Médica de Teerão.
População e amostra	Amostra constituída por 270 médicos e enfermeiros
Instrumentos utilizados	Para a recolha de dados, foi utilizado o questionário padrão <i>Hospital Survey on Patient Safety Culture</i> (HSOPSC)
Resultados	Houve uma relação significativa entre as dimensões desempenho, trabalho em equipa, feedback, saber lidar com os erros e apoio das chefias ($p \leq 0,05$). O score total da cultura de segurança do doente na maioria dos hospitais situava-se num nível médio de 3. A pontuação máxima foi 5. Os resultados da análise multivariada da tomada de decisão indicaram que os fatores humanos, de gestão das chefias, organizacionais e ambientais estavam no topo das prioridades em ordem decrescente. Os enfermeiros, na sua maioria, indicaram que os fatores humanos são os mais eficazes e importantes na melhoria da cultura de segurança do doente no serviço de urgência. Os resultados mostraram que as expectativas e o desempenho do superior hierárquico e o apoio da gestão hospitalar estavam num nível médio; 30% dos participantes relataram que o seu superior hierárquico não presta atenção às suas recomendações para melhorar a segurança dos doentes e 52% dos enfermeiros argumentaram que o seu superior hierárquico os apoia quando eles executam uma tarefa baseada nos princípios da cultura de segurança do doente; 17% referiram a melhoria da segurança dos doentes se assume como um fator crítico que tem a ver com todos os níveis de gestão do serviço de urgência. Ou seja, cada superior hierárquico deve criar um ambiente de suporte na sua secção, como a implementação de programas de segurança e cursos de formação.

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os artigos analisados são unânimes ao considerarem que o conhecimento das percepções dos profissionais de saúde, mormente dos enfermeiros, sobre a cultura de segurança do doente no contexto de serviço de urgência contribui para a melhoria da assistência ao cliente, reduz os eventos adversos e pode concentrar esforços para uma prestação de cuidados de qualidade. Promover a segurança do doente e do trabalho são dois principais desafios para as organizações hospitalares. Ao tentar melhorar esses dois resultados de forma sinérgica, devem ser consideradas as condições psicossociais de trabalho, a liderança e as percepções da cultura de segurança do doente. Os estudos mostraram que esses tópicos-chave estão inter-relacionados e formam uma base crítica para promover a segurança do doente no serviço de urgência.

Para se gerir efetivamente esses desafios, recomenda-se às organizações de saúde o desenvolvimento de uma cultura de segurança (Van Noord, Wagner, Van Dyck, Twisk & De Bruijne, 2014; Tourani, Hassani, Ayoubian, Habibi & Zaboli, 2015). Uma cultura de segurança das organizações de saúde refere-se ao produto de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento de indivíduos e grupos que determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da gestão de segurança e da saúde de uma organização (Wagner et al., 2019). Os serviços de urgência com uma cultura de segurança do doente positiva caracterizam-se por comunicações baseadas na confiança mútua, em percepções compartilhadas da importância da segurança e na confiança na eficácia de medidas preventivas (Burström, Letterstål, Engström, Berglund & Enlund, 2014).

A cultura de segurança do doente reflete como a segurança é vista e tratada, no caso concreto no serviço de urgência. No entanto, nem sempre as percepções dos enfermeiros são positivas (Rigobello, et al, 2017), independentemente do sexo, tempo de exercício profissional no serviço de urgência e cargo desempenhado, sugerindo a necessidade de melhorias a nível da segurança do doente no serviço de urgência, a nível do trabalho em equipa, na cultura de segurança, no reconhecimento do stress, na gestão do serviço de urgência e do hospital e nas condições de trabalho. É transversal a todos os estudos analisados a valorização do trabalho em equipa e a abertura de comunicação, como garantia de uma cultura de segurança do doente (Van Noord et al., 2014; Tourani et al., 2015; Rigobello, Carvalho, Guerreiro, Motta, Atila & Gimenes, 2017; Alzahrani, Jones & Abdel-Latif, 2018).

No estudo de Alzahrani et al. (2018), as atitudes de segurança dos médicos e enfermeiros de serviços de urgência de hospitais sauditas são menos positivas e estão correlacionadas com o número de erros relatados. As intervenções de treino em segurança e o suporte da gestão parecem ser os caminhos mais prováveis para melhorar as atitudes e o desempenho dos profissionais de saúde em relação à segurança do doente. No estudo de Alzahrani et al. (2018) houve uma correlação significativa entre o número de erros relatados e o clima de trabalho em equipa, satisfação com o trabalho e condições de trabalho, sendo estes fatores valorizados pelos enfermeiros como fundamentais para uma verdadeira cultura de segurança do doente no serviço de urgência. No estudo de Tourani et al. (2015) houve uma relação significativa entre as dimensões desempenho, trabalho em equipa, feedback, saber lidar com os erros e apoio das chefias. O score total da cultura de segurança do doente na maioria dos serviços de urgência dos hospitais estudados situava-se num nível médio de 3.

Os enfermeiros, na sua maioria, indicaram que os fatores humanos são os mais eficazes e importantes na melhoria da cultura de segurança do doente no serviço de urgência. Os resultados mostraram que as expectativas e o desempenho do superior hierárquico e o apoio da gestão hospitalar estavam num nível médio; 30% dos participantes relataram que o seu superior hierárquico não presta atenção às suas recomendações para melhorar a segurança dos doentes e 52% dos enfermeiros argumentaram que o seu superior hierárquico os apoia quando eles executam uma tarefa baseada nos princípios da cultura de segurança do doente; 17% referiram a melhoria da segurança dos doentes se assume como um fator crítico que tem a ver com todos os níveis de gestão do serviço de urgência. Ou seja, cada superior hierárquico deve criar um ambiente de suporte na sua secção, como a implementação de programas de segurança e cursos de formação. Os fatores humanos foram os mais eficazes e importantes na melhoria da segurança do doente no serviço de urgência, sugerindo a necessidade de se prestar mais atenção a esses fatores na implementação da melhoria da cultura de segurança do doente. Treino, boas condições dos ambientes organizacionais e fatores ambientais motivadores foram as principais medidas que devem ser tidas em consideração pelos enfermeiros. Estudos anteriores mostraram que as perceções dos enfermeiros sobre as condições psicossociais do trabalho e a cultura de segurança variam, embora funcionem no mesmo ambiente (Kristensen et al., 2015; Aiken, Cimiotti, Sloane, Smith, Flynn & Neff, 2011). Outros estudos também identificaram estreitas relações entre o ambiente de trabalho e a cultura de segurança (McHugh et al., 2016; Aiken et al., 2014). Assim, pode assumir-se que a melhoria das condições de trabalho dos profissionais de saúde também leva a uma melhor cultura de segurança. Para se otimizar a cultura de segurança do doente é fundamental também garantir a segurança do ambiente, as condições psicossociais do trabalho, a liderança dos superiores hierárquicos.

4. CONCLUSÕES

O conhecimento das perceções dos enfermeiros sobre a cultura de segurança do doente no serviço de urgência contribui para a melhoria dos cuidados de saúde, reduzindo os eventos adversos e pode concentrar esforços para melhorar a qualidade do atendimento prestado aos clientes. Um dos direitos humanos mais claros é o direito de estar a salvo dos possíveis riscos no decorrer da prestação de cuidados de saúde. A segurança do doente tem vindo a ganhar destaque em todo o mundo e, todos os dias, os enfermeiros no serviço de urgência enfrentam vários desafios em como oferecer uma assistência segura aos clientes. Conhecer a perceção dos enfermeiros sobre a segurança do doente é uma das principais ferramentas

para se garantir uma cultura de segurança no serviço de urgência. As evidências revelam que ainda persistem percepções negativas dos enfermeiros a exercerem em serviços de urgência, considerando que o ambiente de trabalho, o trabalho em equipa e as questões relacionadas com a liderança dos superiores hierárquicos são fatores fundamentais para se poder ter uma cultura de segurança que garanta a qualidade dos cuidados prestados. Espera-se que esta revisão sistemática contribua para evidenciar o estado atual do conhecimento acerca do tema e que os resultados encontrados se assumam como principais linhas orientadoras para o desenvolvimento e aplicabilidade de formação para os enfermeiros na área da segurança do doente.

5. REFERÊNCIAS

- Aiken, L. H., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M., Smith, H. L., Flynn, L., & Neff, D. F. (2011). Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. *Medical Care*; 49, 1047–53. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3182330b6e>
- Aiken, L.H., Sloane, D.M., Bruyneel, L., Heede, K., Griffiths, P., Busse, R. et al. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries. A retrospective observational study. *Lancet*; 383, 1824–30. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
- Alshyyab, M. A., FitzGerald, G., Dingle, K., Ting, J., Bowman, P., Kinnear, F. et al (2019). Developing a conceptual framework for patient safety culture in emergency department: A review of the literature. *The International Journal of Health Planning and Management*; 34, 42–55. <https://doi.org/10.1002/hpm.2640>
- Alzahrani, N., Jones, R. & Abdel-Latif, M. E. (2018). Attitudes of doctors and nurses toward patient safety within emergency departments of two Saudi Arabian hospitals. *BMC Health Services Research*; 18, 736, 2-7. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3542-7>
- Burström, L., Letterstål, A., Engström, M-L., Berglund, A., & Enlund, M. (2014). The patient safety culture as perceived by staff at two different emergency departments before and after introducing a flow-oriented working model with team triage and lean principles: a repeated cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 14, 296, 2-12. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-296>
- Camargo, C. A., Tsai, C. L., Sullivan, A. F. Cleary, P. D., Gordon, J. A., Guadagnoli, E. et al. (2012). Safety climate and medical errors in 62 US emergency departments. *Annals of Emergency Medicine*; 60(5):e555-e520. <http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2012.02.018>
- Fernandes, A. M. M. L., & Queirós, P. J. P. (2011). Cultura de Segurança do Doente percecionada por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, (4), 37–48. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIn4/serIIIn4a04.pdf>
- Glickman, S. W., Mehrotra, A., Shea, C. M. Strickler, M. C., Pabers, S., Larson, J., et al. (2016). A patient reported approach to identify medical errors and improve patient safety in the emergency department. *Journal of Patient Safety*; 20(11) 2. DOI: 10.1097/pts.0000000000000287
- Joanna Briggs Institute (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews*. Adelaide, Australia: The Joanna Briggs Institute. http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf

- Källberg, A. S., Ehrenberg, A., Florin, J., Östergren, J., & Göransson, K. E. (2017). Physicians' and nurses' perceptions of patient safety risks in the emergency department. *International Emergency Nursing*; 33, 14-19. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.01.002>
- Kristensen, S., Hammer, A., Bartels, P., Suñol, R., Groene, O., Thompson, C. A. et al. (2015). Quality management and perceptions of teamwork and safety climate in European hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*; 27, 499–506. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv079>
- Levac, D., Colquhoun, H. & O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: advancing the methodology. *Implement Science*; 5(69): 1–9. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69>
- McFadden, K. L., Henagan, S. C., & Gowen, C. R. (2009). The patient safety chain: transformational leadership's effect on patient safety culture, initiatives, and outcomes. *Journal of Operations Management*; 27(5), 390-404. <https://doi.org/10.1016/j.jom.2009.01.001>
- McHugh, M. D., Rochman, M. F., Sloane, D. M., Berg, R. A., Mancini, M. E., Nadkarni, V. M. et al. (2016). Better nurse staffing and nurse work environments associated with increased survival of in-hospital cardiac arrest patients. *Medical Care*. 2016;54: 74–80. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000456>
- Milligan, F. J. (2007). Establishing a culture for patient safety—the role of education. *Nurse Education Today*; 27(2), 95-102.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Annals of Internal Medicine*; 151(4), 264-269. DOI: 10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135
- Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Soares, C. B., Khalil, H. & Parker, D. (2015). *Methodology for JBI reviews*. The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual. Adelaide, Australia: The Joanna Briggs Institute; 1–24.
- Rigobello, M. C. G., Carvalho, R. E. F. L., Guerreiro, J. M., Motta, A. P. G., Atila, E., & Gimenes, F. R. E. (2017). The perception of the patient safety climate by professionals of the emergency department. *International Emergency Nursing*, 33, 1-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2017.03.003>
- Thomas, E. J., Studdert, D. M., Burstin, H. R., Orav, E. J., Zeena, T., Williams, E. J., Howard, K. M., Weiler, P. C. & Brennan, T. (2000). Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Medical Care*.; 38(3), 261-271.
- Tourani, S., Hassani, M., Ayoubian, A., Habibi, M., & Zabolli, R. (2015). Analyzing and prioritizing the dimensions of patient safety culture in emergency wards using the TOPSIS technique. *Global Journal of Health Science*; 7(4):143-150. <http://dx.doi.org/10.5539/gjhs.v7n4p143>
- Van Noord, I. V., Wagner, C., Van Dyck, C., Twisk, J. W. R., & De Bruijne, M. C. (2014). Is culture associated with patient safety in the emergency department? A study of staff perspectives. *International Journal for Quality in Health Care*; 26(1), 64-70. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzt087>
- Wagner, A., Rieger, M. A., Manser, T., Sturm, H., Hardt, J., Martus, P., Lessing, C., Hammer, A. & WorkSafeMed Consortium (2019). Healthcare professionals' perspectives on working conditions, leadership, and safety climate: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*; 19, 53. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3862-7>

ANÁLISE DE DISCURSO EM ESTUDO SOBRE ADOLESCENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE

Andressa da Silveira¹ e Eliane Tatsch Neves²

^{1,2}Universidade Federal de Santa Maria, Brasil. ¹andressadasilveira@gmail.com ²elianeves03@gmail.com

Resumo. Introdução: A análise de discurso é uma possibilidade metodológica de aprofundamento das matrizes históricas, ideológicas e culturais de efeitos de sentido de textos produzidos. Objetivo: Relatar a experiência sobre a utilização da análise de discurso na corrente francesa (pecheutiana) em estudo de enfermagem com adolescentes. Relato de experiência/Desenvolvimento: Relato de experiência, sobre estudo qualitativo, realizado com adolescentes que vivem com necessidades especiais de saúde. A análise de discurso na corrente francesa é utilizada para a análise de entrevistas semiestruturadas, realizou-se a dupla transcrição, empregou-se as ferramentas analíticas que dão movimento ao texto e aplicação das figuras de linguagem. A análise de discurso é uma estratégia que apresenta possibilidades analíticas nos momentos de silenciamento, na presença das emoções, do conhecimento novo que surge nos discursos dos participantes. A cultura, as matrizes sociais, o momento em que as enunciações são verbalizadas tem representação significativa nesta modalidade de análise, em que o discurso é visto com profundidade e não é avaliado pelo seu conteúdo. Conclusões: A análise de discurso pecheutiana é um método de análise favorável para olhar com profundidade para temas sensíveis, na saúde do adolescente, que valorizam a dimensão subjetiva, as experiências de cada participante e que não podem ser quantificadas.

Palavras-chave: Pesquisa Qualitativa; Discurso; Enfermagem; Metodologia.

DISCOURSE ANALYSIS IN A STUDY ON ADOLESCENTS WITH SPECIAL HEALTH NEEDS

Abstract. Introduction: Discourse analysis is a methodological possibility of deepening the historical, ideological and cultural matrices of the effects of the meaning of texts produced. Objective: To report the experience on the use of discourse analysis in the French (Pecheutian) current in a nursing study with adolescents. Method: Experience report on a qualitative study conducted with adolescents who live with special health needs. Discourse analysis in the French current is used for the analysis of semi-structured interviews, a double transcription was made, the analytical tools that give movement to the text and application of figures of speech. Experience / Development report: Discourse analysis is an analysis strategy that presents analytical possibilities in moments of silence, in the presence of emotions, of the new knowledge that appears in the participants' speeches. Culture, social matrices, the moment when the utterances are verbalized have significant representation in this type of analysis, in which the discourse is seen in depth and is not evaluated by its content. Conclusions: Pecheutian discourse analysis is a favorable method of analysis to look in depth at sensitive issues in adolescent health, which value the subjective dimension, the experiences of each participant and which cannot be quantified.

Keywords: Qualitative Research; Address; Nursing; Methodology.

1. INTRODUÇÃO

Em 1960, na França, o filósofo Michel Pêcheux desenvolveu uma teoria sobre o discurso, denominada de Análise de Discurso (AD). Essa teoria explora a posição teórica da produção discursiva, ocorre a ruptura intelectual e a linguagem passa a ser vista como um ramo complexo. Neste período, extrapola-se a ideia de que o sentido é significado apenas pelo

conteúdo, redirecionando-se a análise para o entendimento do funcionamento de um texto. A leitura passa a não ser mais concebida como uma ferramenta de decodificação, mas como a construção de um dispositivo teórico (Pêcheux, 2014; Rolim, Sancho, La-Rotta, Fernandez, Figueiredo, Friestino & Corrêa, 2018; Brandão, 2012; Orlandi, 2015; Lima, Vieira, Gomes & Silveira, 2017).

Pêcheux propôs um campo de investigação, capaz de integrar a análise das condições de produção do discurso aos processos discursivos (Brandão 2012; Lima et al., 2017). A AD propõe contribuir para sedimentar a coerência necessária na apreensão das falas além de suas aparentes superficialidades e linearidades (Lima, Vieira, Gomes & Silveira, 2017).

A partir da introdução da análise de discurso de Pêcheux, é refletida a relação existente entre língua/sujeito/história ou língua/ideologia, com pilares fundamentados no processo social, cultural e histórico, onde o discurso é produzido (Caregnato & Mutti, 2006).

No cenário Brasileiro, a partir de 1970, Eni Orlandi destaca-se pela difusão da AD na corrente pecheutiana (Rolim et al., 2018). Ressalta-se, que existem diferentes correntes de pensamentos sobre a AD, todas possuem como interesse comum a investigação sobre a linguagem (Schiavon, Oliveira, Andrade & Gonçalves, 2017). Os estudos que apresentam a relação entre a língua e a ideologia, onde o discurso ocupa lugar de observação, constitui o ramo de pesquisas filiadas na AD francesa, que ganhou força, como procedimento de análise, em diversos lugares do mundo.

Os estudos discursivos têm o objetivo de pensar o sentido, dimensionado no tempo e no espaço das práticas humanas, descentrando a noção de sujeito e relativizando a autonomia do objeto da linguística (Rolim et al., 2018). Na AD, o discurso é resultado da interpelação entre a língua e a ideologia, o homem e a história. É uma construção social atrelada à materialidade dos objetos de conhecimento e às modalidades de intervenção da linguagem no processo de produção/reprodução de conhecimento (Orlandi 2015; Lima et al., 2017).

A AD francesa ou pecheutiana, considera que a fala não é transparente e literal, sua aplicação possibilita a identificação das regras que delimitam o que pode ser dito, em um dado contexto. Esse referencial e método de análise, tornam-se capazes de contribuir, para a qualificação da pesquisa de enfermagem (Lima et al., 2017). Consiste em uma proposta de análise que busca superar a apreensão linear da linguagem exteriorizada, em seu caráter

de superficialidade; almeja compreendê-la de forma articulada às suas condições de produção (Brandão, 2012; Orlandi, 2015; Lima et al., 2017).

Frente ao exposto, objetiva-se relatar a experiência sobre a utilização da análise de discurso na corrente francesa (pecheutiana) em estudo de enfermagem com adolescentes.

2. RELATO DA EXPERIÊNCIA/DESENVOLVIMENTO

Trata-se de um relato de experiência sobre a utilização da AD proposta por Michel Pêcheux, para análise de pesquisa qualitativa realizada com adolescentes, entre 12 a 18 anos de idade incompletos, que possuem necessidades especiais de saúde, em condições de verbalizar.

Foram desenvolvidas 35 entrevistas, semiestruturadas, individuais, compostas pela caracterização dos participantes, dimensão de saúde, social e objetiva. Empregou-se ainda, a construção individual de genograma e ecomapa, com intuito de apresentar as redes de cuidados dos adolescentes.

A produção de dados ocorreu de forma voluntária, em sala anexa ao ambulatório. As falas foram áudio gravadas em mídia digital, duplamente transcritas e posteriormente submetidas a AD pecheutiana. Realizou-se a dupla transcrição, empregou-se as ferramentas analíticas que dão movimento ao texto por meio de uma legenda elaborada pela autora do estudo. Entre os símbolos utilizados, destacam-se: /: pausa curta; //: pausa longa; ///: pausa muito longa; ...: pensamento incompleto; #: interrupção; [...]: recorte da enunciação e (texto): comentários da pesquisadora.

Posteriormente, aplicou-se os dispositivos analíticos: metáfora, polissemia, paráfrase, interdiscurso e silenciamento. Para esta etapa foi utilizada a análise cromática, a fim de auxiliar na identificação do sentido atribuído ao discurso proferido pelos adolescentes.

A etapa seguinte, foi delineada por meio dos comentários analíticos, a partir dos sentidos que emergiram das enunciações. Neste momento, foram formados temas geradores e a sua relação com os resultados. Por fim, foi composto o quadro síntese, com os temas geradores e os comentários analíticos, que compuseram as categorias da pesquisa.

Ressalta-se, o potencial da AD pecheutiana, em relação à subjetividade dos adolescentes, seu processo histórico e social em relação a necessidade de cuidados especiais de saúde, e

o desejo de serem reconhecidos, por suas potencialidades. Os adolescentes com necessidades especiais de saúde necessitam de cuidados específicos de saúde para sua sobrevivência, que vão além dos cuidados requeridos por outros adolescentes, passam por repetidas hospitalizações e percorrem uma longa trajetória em busca de atenção/cuidados para as demandas de saúde.

O grupo de adolescentes deste estudo, possuía internalizado o interdiscurso, de que deveriam aprender a conviver com as demandas de cuidados. As formações discursivas, o silêncio e o não dito revelam o medo do adolescente ser rotulado como diferente, diante das condições de cronicidade.

Algumas expressões utilizadas pelos adolescentes, como “não incomoda”, “mudou tudo quanto é coisa” e “eu sempre tive vontade”, reforçam a alternância entre o desenvolvimento de seu cuidado, as restrições e o vivido dos adolescentes.

A oferta de escuta sensível, às necessidades de saúde dos adolescentes, revela o desejo de serem reconhecidos para além dos cuidados de saúde. Os participantes trouxeram significados diversos sobre o vivido da adolescência, com necessidade especial de saúde. Enfatizando em seus genogramas e ecomapas, a conformação dos laços sociais, a importância do sentimento de pertencimento a grupos compostos por outros adolescentes e viver a adolescência com naturalidade. Os efeitos discursivos apresentam ênfase nas metáforas presentes nas falas sobre cuidado, nas paráfrases quando os adolescentes replicam as orientações dos profissionais de saúde, na polissemia sobre a naturalidade e o processo de autonomia almejada. Outros discursos apresentaram necessidades de cuidados e restrições/limitações, impostas pela condição de saúde. Os adolescentes questionavam suas (im)possibilidades de viver a adolescência como algo natural e o cuidado presente em seu cotidiano.

O somente teve início a partir da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria, com aprovação sob número CAAE 57774916.7.0000.5346 e Parecer número 1.673.887.

3. DISCUSSÃO

Na Enfermagem, a utilização da AD como ferramenta de análise de dados qualitativos, permite descortinar um universo que vai além dos significados, possibilita compreender o

que se apresenta além do discurso. Sua utilização, possibilita uma análise mais aprofundada dos diferentes objetos de estudo na área da saúde, de forma a propiciar uma melhor compreensão dos sujeitos, dos sistemas, das relações de poder, a partir dos sentidos atribuídos em suas falas (Machado et al., 2016).

A AD preocupa-se em compreender os sentidos que o sujeito manifesta através do seu discurso; Pode-se dizer que na AD, a linguagem não é transparente, mas opaca. Desta forma, a AD trabalha com o sentido e não com o conteúdo (Caregnato & Mutti, 2006).

O analista de discurso não procura o sentido “verdadeiro”, mas a compreensão dos processos em que os sentidos se estabilizam, em sua materialidade linguística e histórica. A ideologia não se apreende e o inconsciente não é controlado por meio do saber. Para a Análise de Discurso, a ideologia não é ocultação, visão de mundo, ilusão, mas filiação de sentidos, direção da interpretação (Rolim et al., 2018).

O processo da AD tem como princípio os conceitos de sujeito, linguagem e discurso que estão presentes desde a formulação do problema da pesquisa. E é a partir deles que o corpus, a fala materializada em entrevistas é analisado (Orlandi 2015; Lima et al., 2017; Gomes, 2007). Os dispositivos analíticos utilizados na produção científica possibilitaram explicitar os efeitos de produção do sentido utilizados pelos participantes nas entrevistas (Machado, Rossi, Rodrigues, Pacheco, Arantes & Rodrigues 2016).

O interdiscurso significa os saberes constituídos na memória do dizer; sentidos do que é dizível e circula na sociedade; saberes que existem antes do sujeito; saberes pré-construídos constituídos pela construção coletiva. O discurso é organizado a partir de um conjunto de representações, que configuram determinados pensamentos sociais que são ativados. Possui uma exterioridade que deve ser compreendida como forma de melhor delimitação do sentido produzido, de que existe uma coerência interna do discurso aprofundado, que só pode ser compreendida levando-se em consideração as representações, que influenciam a produção (Gomes, 2015).

Os sentidos são histórico e socialmente construídos e, portanto, estão determinados pelas posições ideológicas existentes no processo sócio histórico em que os discursos são produzidos (Rolim et al., 2018). As condições de produção do discurso é um conceito fundamental à AD, onde se pode observar a presença dos elementos sociais, grupais, contextuais, políticos e culturais que influenciam no dito e o não-dito (Gomes, 2015).

O referencial de AD não deve ser visto apenas como metodologia, mas como disciplina de interpretação fundada pela intersecção de epistemologias distintas da linguística (Caregnato & Mutti, 2006). Este conjunto de fenômenos, contextos, situações e ideologias formam uma rede de representações que alimentam uma determinada forma de pensamento social (Gomes, 2015).

4. CONCLUSÕES

A AD preocupa-se em compreender os sentidos que o sujeito manifesta em seu discurso e suas condições de produção. O analista de discurso deve estar fidelizado em todas as etapas, visto que o processo é minucioso.

A utilização das entrevistas, genogramas e ecomapas oportunizam a expressão dos adolescentes, de seus vividos e de sua rede de cuidados.

O pesquisador ao utilizar a AD na análise de dados qualitativos, deve ser coerente com as etapas, utilizando a transcrição, a leitura, a identificação de recursos ortográficos que movimentam o texto pelo emprego de legenda e as figuras de linguagem. Esse processo é fundamental para a construção das categorias analíticas da pesquisa. Os marcadores de produção de sentido auxiliam para que o analista possa chegar ao aprofundamento no texto, seu olhar deixa de ser superficial, utilizando os marcadores ortográficos e os dispositivos analíticos como a metáfora, a polissemia, a paráfrase e o interdiscurso.

A memória discursiva dos adolescentes que participaram deste estudo, os momentos de silenciamento, a memória latente, retomam sobre o desejo dos adolescentes serem vistos por suas possibilidades, para além das demandas de cuidados.

Por fim, sugere-se a utilização da AD pecheutiana como estratégia de análise de estudos qualitativos, capazes de olhar com profundidade para temas sensíveis na saúde do adolescente, que valorizam a dimensão histórica, social e cultural do cuidado.

5. REFERÊNCIAS

- Brandão, H.H.N. (2012). *Introdução à análise do discurso*. 3ªed. Campinas (SP): Editora da Unicamp.
- Gomes, A.M.T. (2007). Do discurso às formações ideológica e imaginária: análise de discurso segundo Pêcheux e Orlandi. *Rev enferm UERJ*, 15(4), 555-62.

- Gomes, A. M. T. (2015). Análise de discurso francesa e teoria das representações sociais: algumas interfaces teórico-metodológicas. *Psicologia e Saber Social*, 4(1), 3-18.
- Gonçalves, C.F. & Freire, R.M.A.C. (2016). Análise do discurso e a fonoaudiologia: um diálogo promissor. *Rev CEFAC*. 18(4), 974-81.
- Lima, D.W.C., Vieira, A.N., Gomes, A.M.T. & Silveira, L.C. (2017). Historicidade, conceitos e procedimentos da análise do discurso. *Rev enferm UERJ*, 25, e12913.
- Machado, A.C.C., Rossi, C.S., Rodrigues, B.M.R.D., Pacheco, S.T.A., Arantes, P.C.C. & Rodrigues, B.R.D. (2016). Análise de discurso nas pesquisas de enfermagem na saúde da criança e do adolescente. *Rev enferm UERJ*, 24(6), e25737.
- Orlandi, E.P. (2015). *Análise do discurso: princípios e procedimentos*. 12ª ed. Campinas (SP): Pontes Editores.
- Pechêux, M. (2014). *Semântica e Discurso: uma crítica à afirmação do óbvio*. Tradução de Eni Puccinelli Orlandi et al. 5ª ed. Campinas (SP): Editora Unicamp.
- Rolim, A. C. A., Sancho, K. A., La-Rotta, E. I. G., Fernandez, M. R. B., Figueiredo, V. C. J., Friestino, J. K. O. & Corrêa, C. R. S. (2018). Análise do discurso pecheutiana como referencial teórico e metodológico na saúde coletiva: revisão da literatura. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 7(1), 149-160.
- Schiavon, I. C. A., Oliveira, E. C., Andrade, S. C. & Gonçalves, J. C. (2017). Produção científica sobre análise do discurso na enfermagem e referenciais teóricos utilizados. *HOLOS*, (05), 329-344.

ENVELHECIMENTO, QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR SUBJETIVO: PERCEPÇÕES DE IDOSOS PARTICIPANTES DE UM GRUPO SOCIAL

Cristina de Fátima Ventura

Universidade Metodista de São Paulo, Brasil. cristinal@sp.senac.br

Resumo. O objetivo desse estudo é retratar a experiência do envelhecimento a partir da perspectiva do próprio idoso, abordando a temática do Bem-Estar Subjetivo (BES) e Qualidade de Vida (QV) a luz da teoria lifespan. Estudo transversal de natureza qualiquantitativa, com 80 idosos de ambos os sexos, participantes de um grupo social da terceira idade de importante instituição brasileira, no município de Bertioga. Para coleta de dados, aplicou-se um questionário sociodemográfico e três instrumentos de natureza quantitativa, validados internacionalmente e uma entrevista semiestruturada, com análise pelo método hermenêutico-dialético. Apesar de se tratar de resultados preliminares, é possível afirmar que há uma preocupação dos idosos com a manutenção de vida ativa e independente, demonstrando que estar engajado em atividades sociais e de lazer, sentindo-se pertencente a um grupo e respeitado pela sociedade é de fundamental importância para sua avaliação de satisfação com a vida. Espera-se que o estudo possa contribuir com um novo olhar para o desenvolvimento humano, considerando a subjetividade presente no envelhecimento, uma vez que as questões relativas a esse processo são complexas e exigem uma maior atenção para criação e cumprimento de políticas com foco na promoção da saúde.

Palavras-Chave: Envelhecimento; Qualidade de Vida; Idoso; Bem-Estar Subjetivo.

AGING, QUALITY OF LIFE AND SUBJECTIVE WELL-BEING: PERCEPTIONS OF ELDERLY PARTICIPANTS IN A SOCIAL GROUP.

Abstract. The aim of this study is to portray the experience of aging from the perspective of the elderly, addressing the theme of Subjective Well-Being (SWB) and Quality of Life (QOL) in the light of the lifespan theory. The Cross-sectional study of a qualitative and quantitative nature was conducted with 80 elderly people of both sexes, participating in a social group of the elderly within an important Brazilian institution, in the city of Bertioga. For data collection, a sociodemographic questionnaire and three instruments of a quantitative nature were applied, internationally validated and a semi-structured interview, with analysis by the hermeneutic-dialectic method. Despite being preliminary results, it is possible to affirm that elderly people are concerned with the maintenance of an active and independent life, demonstrating that being engaged in social and leisure activities, feeling belonging to a group and respected by society is of fundamental importance for their life satisfaction assessment. It is hoped that the study can contribute with a new look at human development, considering the subjectivity present in aging, since the issues related to this process are complex and require greater attention to the creation and enforcement of policies focused on promotion of health.

Keywords: Aging; Quality of Life; Elderly; Subjective Well-Being.

1. INTRODUÇÃO

No século XXI, com o aumento da expectativa média de vida no mundo, a velhice transformou-se em tema social de grande relevância trazendo à tona a necessidade de novos olhares para o processo de envelhecimento, com necessidade de novas pesquisas e

maior atenção para criação de políticas que promovam a saúde e que contribuam para a manutenção da autonomia e valorizem as redes de suporte social para uma vida mais digna.

No cenário global, os países desenvolvidos, com maior destaque os europeus, foram os primeiros a experimentar a questão da longevidade, pois tinham e tem condições mais favoráveis sob o ponto de vista dos aspectos econômicos, sociais e biológicos, possibilitando o envelhecimento de forma lenta e gradual.

Segundo dados da Organização das Nações Unidas (ONU,2002), no período de 1970 a 2000, foi observado um crescimento do envelhecimento populacional de 54% nos países desenvolvidos, enquanto que para os países em desenvolvimento, no mesmo período, foi observado um crescimento de 123%. No Brasil, um país em desenvolvimento, esse crescimento acelerado é confirmado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013), onde registra-se que a esperança de vida ao nascer do brasileiro, aumentou de 45,5 anos em 1940 para 76,3 anos em 2018, colocando o Brasil na 69ª posição no ranking mundial de esperança de vida, fato explicado por esse mesmo Instituto pelo avanço da medicina, declínio da taxa de mortalidade e da taxa de fecundidade, aumento do saneamento básico, e também por mais acesso a informação por parte da população.

A Organização Mundial de Saúde (OMS,2005) define o idoso como aquele indivíduo com 60 anos de idade ou mais, limite válido para os países em desenvolvimento e 65 anos de idade para os países desenvolvidos. A OMS, com o intuito de criar referências de amparo aos idosos com vistas a substituir os modelos curativos, baseados nas doenças, para os modelos centrados na saúde, estabelece o conceito de Envelhecimento Saudável, definindo-o como “o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada” (p.13). Posteriormente já objetivando transmitir uma mensagem mais abrangente reconhecendo que além da saúde, outros fatores interferem na forma como as pessoas envelhecem, adota o termo envelhecimento ativo, entendido como *“a otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”* (p.15).

Atualmente, os especialistas no estudo do envelhecimento referem-se a três grupos de pessoas mais velhas: os idosos jovens, os idosos velhos e os idosos mais velhos. O termo idoso jovens geralmente se refere a pessoas de 60 a 74 anos, que costumam estar ativas,

cheias de vida e vigorosas. Os idosos velhos, de 75 a 84 anos, e os idosos mais velhos, de 85 anos ou mais, são aqueles que têm maior tendência para a fraqueza e para a enfermidade, e podem ter dificuldade para desempenhar algumas atividades da vida diária (Papalia & Feldman, 2013).

De acordo com teoria lifespan (Baltes, 1987), corrente dominante na Psicologia do Envelhecimento, o desenvolvimento do ser humano ocorre ao longo da vida e implica em dois aspectos importantes. O primeiro consiste na ideia geral de que o desenvolvimento se estende por toda vida útil da pessoa e o segundo, considera a questão de que o desenvolvimento ao longo da vida envolve processos de mudança que não se originam no nascimento, mas que também ocorrem em períodos posteriores a esse. Consiste na ocorrência de ganhos e perdas, numa relação dinâmica e não linear, contribuindo para a quebra do paradigma de que a velhice estaria sempre associada a perdas. Tal conceito, propõe uma revolução no estudo do envelhecimento humano pois parte da premissa que todas as fases do ciclo de vida contribuem igualmente na regulação da natureza do desenvolvimento e nenhum período tem maior importância que outro. Consiste em um processo multidirecional que supera a perspectiva de crescimento e declínio e com múltiplas dimensões influenciadas por aspectos biológicos, sociais e psicológicos.

Na atualidade, são crescentes as discussões que trazem a preocupação com a Qualidade de Vida no processo de Envelhecimento. A crescente preocupação com o tema vem de um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida (Fleck, Louzada, Xavier, Chachamovick, Vieira, Santos & Pinzon, 1999). A literatura científica ressalta que o construto Qualidade de Vida é complexo e que admite vários significados, com variadas abordagens teóricas (Kimura & Silva, 2010). Contudo, há uma concordância entre os autores com relação a subjetividade, valorizando as singularidades considerando as percepções dos indivíduos e a multidimensionalidade como inerentes ao construto. Dessa forma, nota-se o quanto QV é um tema difícil de se avaliar apenas com métodos quantitativos, pois cada pessoa tem uma percepção própria. A OMS (2005) define QV como “a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive e em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preocupações” (p.14). A definição reflete a natureza subjetiva da avaliação que está imersa no contexto cultural, social e de meio ambiente. O que está em questão não é a natureza objetiva do meio ambiente, do estado funcional ou do

estado psicológico, ou ainda como o profissional de saúde ou um familiar avalia essas dimensões: é a percepção do próprio indivíduo. Trata-se de uma definição que resulta de um consenso internacional, representando uma perspectiva transcultural, bem como multidimensional, que contempla a complexa influência da saúde física e psicológica, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e das suas relações com características salientes do respectivo meio na avaliação subjetiva da qualidade de vida individual.

Outro tema que está presente no processo de envelhecimento saudável é o Bem-Estar Subjetivo (BES), conceito científico desenvolvido por Diener (1984), que destaca três aspectos importantes: o primeiro é a subjetividade onde o bem-estar reside dentro da experiência do indivíduo; o segundo consiste no entendimento de que bem-estar não é apenas a ausência de fatores negativos, mas também a presença de fatores positivos; e o terceiro salienta que o bem-estar inclui uma medida global ao invés de somente uma medida limitada de um aspecto da vida. Possui pelo menos dois componentes: cognição e afeto. O construto BES, diz respeito a como e por que as pessoas experienciam suas vidas positivamente e como avaliam subjetivamente a sua qualidade de vida.

O estudo se propõe a mensurar a Qualidade de Vida (QV) e o Bem-Estar Subjetivo (BES) dos participantes deste grupo social, assim como investigar a experiência do envelhecimento, através da autopercepção dos idosos, buscando compreender até que ponto o prolongamento da vida vem acompanhado de níveis de satisfação ou insatisfação e quais fatores são preditores para uma vida longa e com qualidade.

2. METODOLOGIA

O presente estudo, de abordagem quali-quantitativo, descritivo de caráter transversal, foi realizado no município de Bertioga em São Paulo – Brasil.

A integração dos dados quantitativos e qualitativos já se configura como uma tendência crescente na área de saúde e a escolha da abordagem mista, teve como princípio a necessidade de explicitar o caráter subjetivo dos objetos de estudo, buscando compreender as perspectivas e significados dos sujeitos participantes, visando uma resposta mais ampliada do problema, mas que poderiam num primeiro momento receber as contribuições da perspectiva quantitativa para posterior aprofundamento.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (parecer 2.960.584), em conformidade com o estabelecido na Resolução 466/12 e a fase de pesquisa de campo foi iniciada somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos sujeitos que concordaram em participar da mesma.

A amostra foi constituída por 80 sujeitos com 60 anos de idade ou mais, com média de idade de 67,9 anos, de ambos os sexos, sendo 59 mulheres e 21 homens, com escolaridade predominantemente do ensino superior, participantes de Grupo Social de Idosos de renomada instituição brasileira, reconhecida como pioneira em trabalhos com esse público, atuando desde 1963, promovendo o diálogo com as várias frentes da sociedade.

Os critérios de inclusão foram pessoas, matriculadas e ativas no Programa Trabalho Social com Idosos desta instituição, sem comprometimento cognitivo declarado com ausência de comprovação médica.

Na perspectiva quantitativa, aplicou-se um questionário sociodemográfico e foram utilizados três instrumentos reconhecidos internacionalmente, para coleta de dados que ocorreu entre os meses de maio a outubro de 2019, nas dependências da própria instituição, durante reunião mensal com os idosos com duração de 1 hora. Para mensurar qualidade de vida foram utilizados os instrumentos WHOQOL-Bref e WHOQOL-Old, com 4 temas divididos em 10 categorias, abordando o quanto o idoso tem tido certos sentimentos, o quanto se sente apto a fazer as coisas, o quanto se sente feliz e sobre relacionamento íntimo. A Escala de Bem-Estar Subjetivo, foi utilizada para mensurar satisfação com a vida (15 itens), afetos positivos (21) e afetos negativos (26), totalizando 62 ítems. Cada participante era identificado por um número, garantindo a confidencialidade das informações. Posterior a aplicação dos instrumentos foi realizada a análise dos dados com a utilização do software estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS).

Na perspectiva qualitativa, posterior ao tratamento de dados da pesquisa quantitativa, os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, com questões abertas de acordo com a temática da pesquisa, por um único pesquisador, realizada com uma amostra de 8 idosos. Os idosos foram escolhidos de forma randômica, subdivididos em 2 categorias sendo, 4 idosos jovens com idade entre 60 e 74 anos e 4 idosos velhos com idade entre 75 e 84 anos.

O estudo qualitativo trabalha com o âmbito de significados, motivos, aspirações, crenças,

valores e atitudes, o que equivale a uma zona mais profunda das relações, dos processos e dos fenômenos, por essa razão são pesquisas feitas geralmente com um número pequeno de entrevistados (Minayo, 2001).

As entrevistas foram realizadas em local reservado, retomando os objetivos do estudo, sendo preservada as identidades das participantes. Para isso, as entrevistas foram identificadas numericamente de acordo com a ordem da mesma.

O roteiro da entrevista considerou as seguintes perguntas:

- 1) O que é envelhecer bem para o Sr./ Sra.?
- 2) O quão (in)satisfeito você se considera com sua vida atualmente e o que lhe faz sentir dessa forma?
- 3) Se você pudesse mudar alguma coisa em sua vida, o que seria?
- 4) Como avalia sua qualidade de vida?

O registro da entrevista foi gravado em áudio e transcrito na íntegra pelo pesquisador e dado o direito ao entrevistado de escolher livremente o que seria mantido ou retirado do conteúdo.

Após o trabalho de campo, para a análise de dados, utilizou-se o modelo hermenêutico-dialético, proposto por Minayo (2007), que leva o intérprete a entender o texto, a fala, o depoimento, como resultado de um processo social e de conhecimento com significado específico. A hermenêutica busca a compreensão e a dialética estabelece uma atitude crítica e, um ponto em comum entre as duas práticas, é que ambas consideram fundamentais as condições históricas do pensamento e partem do princípio de que o pesquisador é parte da realidade que investiga. Parte-se do princípio que não há investigador imparcial, uma vez que trata-se de pesquisa com seres humanos.

No princípio hermenêutico, que se constitui no estudo da interpretação de textos escritos, há a ordenação dos dados que inclui a transcrição das gravações, a classificação dos dados, momento em que estes foram embasados com a fundamentação teórica e constitui-se na leitura minuciosa após a transcrição de cada entrevista buscando os temas centrais e agregando-os em categorias. No princípio dialético para análise de dados qualitativos, a

fala dos atores sociais é contextualizada para ser melhor compreendida, considerando que uma mesma linguagem pode ter diferentes significados.

3. RESULTADOS

Primeiramente foi realizado um descritivo estatístico dos dados demográficos caracterizando toda a amostra com posterior cruzamento considerando as variáveis idade, estado civil e situação financeira, subdivididas em 2 faixas etárias, seguindo a literatura internacional adotada neste estudo com idosos jovens entre 60 a 74 anos e idosos velhos entre 75 a 84 anos, com o objetivo de mensurar quantitativamente as questões de satisfação com a vida, afetos positivos e negativos relacionados ao Bem-Estar e a Qualidade de Vida.

A partir dessa informação estatística, iniciaram-se as entrevistas a fim de conhecer a subjetividade das experiências sob a ótica do idoso, explorando a multidimensionalidade do fenômeno envelhecimento e das várias direções que este se relaciona.

Por se tratar de resultados preliminares, ainda com um número limitado de dados, as primeiras análises permitem inferir que para o idoso, estar engajado em atividades sociais e de lazer e, se sentir pertencente à um grupo, é de fundamental importância para sua avaliação de satisfação com a vida. Nesse sentido o suporte de familiares é vital para esse sentimento também. Para Zimerman (2000), pertencer à um grupo permite a troca de afeto, carinho, de ideias, de sentimentos, de conhecimentos, de dúvidas.

A questão do respeito da sociedade com relação ao idoso e ao próprio processo de envelhecimento, sendo reconhecidos como seres atuantes e produtivos, fazem-se presentes no relato dos idosos como fator importante, carregado inclusive de alguma emoção. Na sociedade brasileira, o preconceito com relação às pessoas idosas ainda existe (às vezes de forma sutil ou até mesmo inconsciente), tornando-se um grande desafio a ser enfrentado. Para Rizzuto (2011), estereótipos em relação a idade contribuem para que pessoas mais velhas sintam que estão sendo marginalizadas pela sociedade, enquanto os mais jovens são favorecidos, pode ser prejudicial aos indivíduos mais velhos, influenciando sua confiança e percepção de suas habilidades para adquirir novos conhecimentos.

Independência financeira é outra questão destacada para o sentimento de envelhecer bem, demonstrando a preocupação com a pouca atenção do governo para as questões relativas a aposentadoria e serviços de saúde para essa população. Apesar deste cenário de

incertezas, de forma geral há uma manifestação de que são felizes com o que tem, o que pode ser entendido em razão da maior parte do grupo já ser aposentado ou receber pensão.

Em contrapartida, a questão da autonomia relacionada a sua capacidade de tomar decisões e ter controle sobre sua própria vida aparece como fator preponderante para um processo de envelhecimento mais prazeroso e significativo, se comparado a questões de limitações físicas decorrente do declínio de mobilidade ou de alguma outra doença. Há uma preocupação dos idosos com a manutenção da vida ativa e independente, principalmente nos de idade mais avançada. Para Bowling & Dieppe (2005), há ampla evidência de que muitos idosos se consideram felizes e bem, mesmo na presença de doença ou incapacidade.

A espiritualidade é outro componente com grande influência na população em questão, pois os idosos costumam ter uma ligação muito forte com religiosidade. A fé é um instrumento que os fortalece e capacita no sentido de apoio, conforto e esperança, sendo entendida como uma necessidade básica que as impulsiona na trajetória de suas vidas. Os resultados apontam que não há uma preocupação com a morte, mas sim com a incapacidade física e a possibilidade de ficar doente, sofrer e depender de alguém para cuidados básicos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Envelhecer é uma experiência heterogênea, resultado de uma construção que o indivíduo faz durante toda a vida, portanto é um processo subjetivo e nunca será igual para todos.

A realização da entrevista semiestruturada, foi de fundamental importância para o estudo da percepção de QV e BES, pois a partir dos relatos foi possível compreender o significado da velhice para o sujeito.

Os achados apresentaram semelhanças entre aquilo que os entrevistados consideraram importante para a obtenção da vida com qualidade e questões abordadas por instrumentos que se destinam à quantificação de qualidade de vida e bem-estar, o que valida a abordagem adotada.

Espera-se que este estudo possa apresentar reflexões sobre a subjetividade do indivíduo idoso, contribuindo para o desenvolvimento e atualização das políticas públicas com a finalidade de garantir não só uma existência longa, mas sobretudo mais saudável e feliz. Para além das políticas públicas, que no Brasil não são percebidas como efetivas, indicando

um longo caminho a ser percorrido com relação a luta pelos direitos dessa parcela da população, torna-se imprescindível o olhar humanizado para o processo de envelhecimento na sociedade contemporânea.

5. REFERÊNCIAS

- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: on the dynamics of growth and decline. *Developmental Psychology*, 32 (5), 611-626.
- Bowling, A., & Dieppe, P. (2005). *What is successful aging: perspectives from the behavioral sciences*. New York: Cambridge University.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, v. 95, 542-575.
- Fleck, M.P.A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100) Development of the Portuguese version of the OMS evaluation instrument of quality of life. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2013). *Atlas do Censo Demográfico 2010*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.
- Kimura, M., & Silva, J. V. (2010). Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 43 (Esp), 1098-1104. Recuperado em 01 julho, 2015. www.scielo.br/v43nspe/a14v43ns.pdf.
- Minayo, M.C.S. (2001). *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*, 18.ed., Petrópolis: Vozes.
- Minayo, M.C.S. (2007). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*, 10. ed., São Paulo (SP): Hucitec/Abrasco.
- Organização das Nações Unidas (2002). *Plano de Ação Internacional para Envelhecimento*.
- Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento Humano*, 12ª.ed. Porto Alegre: Artmed.
- Rizzuto, T. E. (2011). Age and technology innovation in the workplace: does work context matter? *Computer in Human Behavior*, v.27, n.5, 1612-1620.
- The WHOQOL Group (1995). *The World Health Organization Quality of life Assessment: position paper from the World Health Organization*. *Soc. Sci. Med*, 41, n.10.
- World Health Organization (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Panamericana de Saúde.
- Zimmerman, G. I. (2000). *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed.

EXPERIENCIA EN EL ANÁLISIS DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN CÁNCER DE MAMA CON EL APOYO DEL PROGRAMA NVIVO

Elena Torralba-Martínez¹ y Núria Codern-Bové²

¹Universitat Autònoma de Barcelona, España. elenatm4@gmail.com

²Escola Universitària d'Infermeria i Teràpia Ocupacional de Terrassa (EUIT), Universitat Autònoma de Barcelona, Terrassa, España. nuriacodern@euit.fdsll.cat

Resumen. Introducción: El cáncer de mama fue el más frecuente en España durante el año 2018. La angustia psicológica, emocional y social de las mujeres es mediada por diferentes factores entre ellos el afrontamiento. Objetivos: Comprender la evolución de las estrategias de afrontamiento en las mujeres y su papel en la adaptación al cáncer de mama. Métodos: Estudio cualitativo interpretativo con enfoque fenomenológico. La muestra incluyó 13 mujeres de 50 a 70 años diagnosticadas de cáncer de mama durante 2016. Se utilizó entrevista semi-estructurada grabada en audio para la recogida de datos. Se realizó un análisis de contenido temático asistido por el programa Nvivo v.12. Resultados: En la fase aguda se aprecia heterogeneidad en el uso de las estrategias de afrontamiento, la aceptación de responsabilidad únicamente aparece en esta fase. En la fase extendida destacan las estrategias de búsqueda de apoyo social, distanciamiento y planificación. Por último, en la fase permanente, destacan estrategias de distanciamiento y se identifica la reevaluación positiva, estrategia presente únicamente en esta fase. Conclusiones. Las estrategias de afrontamiento evolucionan con el tiempo y permiten a la mujer adaptarse al cáncer de mama de forma específica, partiendo de la evaluación individual de la enfermedad como factor estresor.

Palabras clave: Cáncer de Mama; Afrontamiento; Supervivencia.

EXPERIENCE IN THE ANALYSIS OF COPING STRATEGIES IN BREAST CANCER WITH THE SUPPORT OF THE NVIVO PROGRAM

Abstract. Introduction: Breast cancer was the most frequent Spain during the year 2018. The psychological, emotional and social anguish of women is mediated by different factors including coping. Goals. To understand the evolution of coping strategies in women and its role in adaptation to breast cancer. Methods: Qualitative interpretive study with phenomenological approach. The sample included 13 women aged 50 to 70 diagnosed with breast cancer during 2016. A semi-structured interview recorded in audio was used for data collection. An analysis of thematic content was carried out by the Nvivo v.12 program. Results: In the acute phase there is heterogeneity in the use of coping strategies, the acceptance of responsibility only appears in this phase. In the extended phase, strategies for seeking social support, distancing and planning stand out. Finally, in the permanent phase, distancing strategies stand out and positive reevaluation is identified, a strategy only present in this phase. Conclusions. Coping strategies evolve over time and allow women to adapt to breast cancer specifically, based on the individual assessment of the disease as a stressor.

Keywords: Breast Neoplasms; Coping; Survivorship.

1. INTRODUCCIÓN

Según la Agencia Internacional de Investigación sobre el cáncer, el más frecuente en España durante el año 2018 fue el cáncer de mama en las mujeres, con una incidencia estimada de 75,4 casos por cada 100.000 habitantes (GLOBOCAN, 2018). Durante la

enfermedad, la angustia psicológica, emocional y social de enfrentarse a un proceso como el cáncer de mama es mediada por diferentes factores, entre ellos el afrontamiento (Cope, 1995; Kaur et al., 2008; Zhang et al., 2019). Este se puede entender como “esfuerzo por reducir o mitigar los efectos aversivos del estrés, los cuales pueden ser psicológicos o conductuales” (Everly, 1989, p. 44).

La teoría transaccional del estrés de Lazarus y Folkman (1984) mantiene que las evaluaciones mentales realizadas cuando se enfrenta una situación estresante, como el cáncer de mama, están relacionadas con los resultados de afrontamiento. La evaluación se considera un proceso mediante el cual las personas deciden si las situaciones estresantes son amenazas para su bienestar o no (evaluaciones primarias), y determinan si tienen los recursos para lidiar con el factor estresante cuando se considera una amenaza (evaluaciones secundarias) (Lazarus & Folkman, 1984). Las mujeres evalúan el cáncer de mama como una situación amenazante que les provoca daños/pérdidas; pero también lo pueden llegar a evaluar como un desafío (Bigatti, Steiner, & Miller, 2012; Palacios Espinosa, Lizarazo, Moreno, & Ospino, 2015).

Durante los primeros meses tras el diagnóstico de cáncer de mama, las mujeres llegan a ser conscientes de la amenaza de muerte que supone la enfermedad, pero al mismo tiempo se sienten esperanzadas y optimistas, y en general se esfuerzan para controlar las reacciones emocionales (do Carmo Pinto Coelho Paiva, de Oliveira Salimena, de Oliveira Souza, & de Melo, 2015; Drageset, Lindstrøm, & Underlid, 2010). En el periodo del tratamiento, tienden a utilizar un afrontamiento activo, centrado en el problema (Cha, Yoo, & Cho, 2012). Y por último, en una etapa posterior al tratamiento activo, lo que equivaldría a la etapa aguda de supervivencia, vemos como estrategias de búsqueda de apoyo social se relacionan con un adecuado ajuste psicosocial (Jang & Kim, 2018).

Diferentes estudios han apreciado como determinadas estrategias de afrontamiento (EA) se vinculan a mejor calidad de vida y resultan más adaptativas, mientras que otras estrategias se relacionan con un peor ajuste psicosocial y síntomas depresivos mayores (Edward, Chipman, Giandinoto, & Robinson, 2019; Paek et al., 2016). Según la teoría transaccional el afrontamiento no es estático, sino que cambia con el tiempo (Lazarus & Folkman, 1984). Por ello, nos planeamos responder la pregunta *¿Qué papel juegan las EA en la adaptación al cáncer de mama a lo largo del proceso de la enfermedad?* El objetivo del presente estudio

es comprender la evolución de las EA en las mujeres y su relación con la adaptación al cáncer de mama.

2. METODOLOGÍA

2.1 Diseño

Se llevó a cabo un estudio cualitativo interpretativo tomando la fenomenología como enfoque teórico-metodológico. Este enfoque ayudó a comprender el significado que las mujeres atribuyeron a su experiencia de cáncer de mama y su relación con las EA a través del tiempo.

2.2 Selección de participantes y reclutamiento

Se realizó un muestro intencional con representación teórica para seleccionar a las participantes con la intención de obtener variabilidad discursiva para responder a la pregunta de investigación. Se incluyeron mujeres diagnosticadas de cáncer de mama en el año 2016, con edades comprendidas entre los 50 y los 70 años, con diferentes ingresos económicos familiares, y con o sin tratamientos coadyuvantes. El tamaño de la muestra se determinó en base a la saturación de los datos. La identificación y búsqueda de las informantes se realizó a partir de la base de datos de un estudio previo realizado en un hospital de Barcelona durante 2016-2017. Una vez seleccionadas las mujeres, la enfermera de la Unidad de Mama del hospital contactó telefónicamente con ellas y les propuso participar en el estudio. Posteriormente, un miembro del equipo de investigación contactó telefónicamente con aquellas mujeres que habían aceptado y dado su consentimiento de forma telefónica. En esta segunda llamada se acordó un día para realizar la entrevista de forma presencial.

El estudio recibió la aprobación por parte del Comité de Ética de dicho hospital y las participantes firmaron el consentimiento informado previa participación en las entrevistas. Todos los procedimientos se realizaron de acuerdo con los estándares éticos de conformidad con la Ley Orgánica 15/1999 de España 13 de diciembre sobre la "Protección de datos personales" (Ley Orgánica 15/ 1999, 1999, p. 43088) y con la Declaración de Helsinki de 1964 y sus posteriores enmiendas o estándares éticos comparables (World Medical Association, 2008).

2.3 Recogida de información

La recogida de información se realizó a través de una entrevista semi-estructurada teniendo en cuenta las diferentes esferas en las que se mueve la mujer (familiar, social y laboral) (Ferrell, Dow, & Grant, 1995), y el proceso de la enfermedad desde el diagnóstico, posterior intervención y tratamiento, hasta la actualidad (transcurridos dos años desde el diagnóstico). Para probar la guía de la entrevista se realizó una entrevista piloto. Posteriormente se añadieron algunas preguntas para comprender mejor el afrontamiento en la esfera familiar.

Las entrevistas se realizaron por una enfermera con perfil investigador y con experiencia en dicha metodología (ETM). Estas se llevaron a cabo en una sala del hospital, fueron grabadas en audio y su duración estimada fue de una hora.

Los datos sociodemográficos se extrajeron de la base de datos del estudio previo registrado en la plataforma electrónica *Clinapsis*®.

2.4 Análisis de los datos

La investigadora principal (ETM) llevó a cabo el análisis y este se discutió con otra investigadora del equipo (NCB) para lograr posibles interpretaciones y categorías relevantes. Se realizó un análisis de contenido temático (Hsieh & Shannon, 2005) asistido por el programa Nvivo 12 (v. 12). El uso de este programa informático aportó a nuestra investigación calidad, credibilidad y economía (Trigueros Cervantes, Rivera García, & Rivera Trigueros, 2018).

En una primera fase del análisis se llevó a cabo la categorización teórica conceptual de las entrevistas. La categoría principal o *Nodo* principal (terminología Nvivo) se elaboró a partir de la teoría formal y la escala de Modos de Afrontamiento (*Ways of Coping*, WOC) (Lazarus & Folkman, 1984). A partir de esta se identificaron en las entrevistas 8 estrategias diferentes de afrontamiento: 1) Confrontación, 2) Planificación, 3) Distanciamiento, 4) Autocontrol, 5) Aceptación de responsabilidad, 6) Escape-Evitación, 7) Reevaluación positiva, y 8) Búsqueda de apoyo social. Además de las estrategias se identificó la fase de la enfermedad en la que se utilizó cada estrategia: fase aguda (etapa del diagnóstico), fase extendida (intervención y tratamiento), y fase permanente (desde que se finaliza el tratamiento adyuvante, quimioterapia o radioterapia, hasta dos años después). Esta clasificación

temporal se basó en la realizada por Mullan sobre las etapas de supervivencia del cáncer (Mullan, 1985).

En una segunda fase del análisis se inició la codificación teórica deductiva en base a la categorización previamente explicada. A cada categoría o nodo se le asignó una unidad de significado, un fragmento de la entrevista que representara la idea o concepto de la categoría. Este proceso no fue excluyente, por lo que había fragmentos que podían pertenecer a dos o más categorías de forma simultánea.

Además, paralelamente a la codificación, se continuaron identificando nuevas categorías (emergentes) de tipo descriptivo que permitieron identificar principalmente comportamientos (*afrontamiento del entorno, no comunicar la enfermedad*), relaciones interpersonales (*apoyo social, fuentes de apoyo*), y situaciones (*consecuencias de la enfermedad*). También encontramos alguna categoría categorial que llega a abarcar un nivel explicativo (*miedo*) (Gibbs, 2012).

A medida que avanzó la codificación, se fue configurando el árbol de categorías y el patrón de análisis. Una vez finalizado el proceso de codificación se llevó a cabo la exploración de los datos a través de matrices de codificación que permitieron generar y comprobar la relación entre las categorías principales: las estrategias de afrontamiento y las fases de la enfermedad. El resultado de la matriz mostró la cantidad de unidades de significado o fragmentos codificados dentro de las dos categorías simultáneamente (Matriz de codificación de intersección) y permitió explicar los cambios de las EA en las mujeres y su papel en la adaptación al cáncer de mama.

La validación de los resultados finales se realizará mediante la triangulación con una profesional experta en la materia como es la enfermera de la Unidad de Mama del hospital.

3. RESULTADOS

3.1 Características de las participantes

Durante los meses de octubre de 2018 y junio de 2019 se realizaron un total de trece entrevistas a mujeres diagnosticadas de cáncer de mama. A continuación, se muestran resultados preliminares que incluyen los discursos de mujeres con edades comprendidas entre los 50 y 59 años con diferentes ingresos familiares, y mujeres con edades entre los 60 y 70 años con ingresos familiares medios y altos.

La media de edad de las mujeres en el momento del diagnóstico fue de 59 años y en el momento de la entrevista de 62 años. El 100% fueron intervenidas de tumorectomía, y excepto una mujer todas recibieron radioterapia; además, el 46% también recibió quimioterapia. En cuanto a los ingresos familiares, el 15% de las mujeres tenían ingresos bajos, el 46% ingresos medios y el 38% ingresos altos.

3.2 Evolución de las estrategias de afrontamiento (EA) según la fase de la enfermedad.

3.2.1 Fase aguda: “Yo hacía mi vida normal, super estresada, que yo creo que de eso mismo me vino”

En la fase aguda encontramos heterogeneidad en el uso de EA. La estrategia de aceptación de responsabilidad aparece exclusivamente en esta fase, mientras que la de reevaluación positiva es la única que no se identifica.

La estrategia de confrontación fue utilizada como rechazo al tratamiento ante diagnósticos de buen pronóstico. La estrategia de planificación también estuvo apoyada por el buen pronóstico de la enfermedad, el cual motivó actitudes positivas para afrontar el tratamiento. Por otra parte, encontramos la estrategia de distanciamiento, que se relacionó sobre todo con evitar hablar del tema con la familia para no preocupar. La estrategia de autocontrol también se apoyó en el pronóstico y en la atención sanitaria.

En esta fase encontramos la estrategia de aceptación de responsabilidad, ya que las mujeres asocian la enfermedad a un exceso de estrés, o al periodo de la jubilación. Por otro lado, de la estrategia de escape-evitación encontramos pocas referencias, aun así, una mujer refirió hundirse y necesitó tratamiento antidepresivo, y otra utilizó un pensamiento excesivamente positivo. Por último, la búsqueda de apoyo social fue la estrategia más utilizada durante el diagnóstico. Encontramos mujeres con amigas o conocidas que han sufrido la enfermedad y refieren su apoyo como un pilar clave en esta etapa:

“Llamé a la puerta, pregunté porque yo no sabía ni cómo se llamaba, y me presenté en su casa. (...) “no que me ha dicho Antonia que a ti también te han encontrado un tumor en el pecho” y me dice “a mí en dos”, pero riéndose ella “a mí en los dos (...) sí pero eso no pasa nada, no pasa nada, ¿pero estás preocupada?” y le digo “pues yo estoy asustadísima” “que no mujer que eso nos lo van a quitar” ¿pero sabes? con una moral...” E.4.

3.2.2 Fase Extendida: “Cuando vi que todo se ponía en marcha la confianza fue absoluta”

En esta fase predominan estrategias de búsqueda de apoyo social, de distanciamiento y de planificación. Sin embargo, no encontramos las estrategias de aceptación de responsabilidad ni de reevaluación positiva.

La confrontación es una estrategia poco utilizada por las mujeres y continua en la misma línea que en la fase aguda. La estrategia de planificación se centró en abordar las consecuencias del tratamiento y en alguna ocasión, en la que la enfermedad convivió con una situación familiar delicada, la mujer se esforzó en organizar su actividad para atender a la otra persona. El cuidado a los demás se puede clasificar también como una estrategia de distanciamiento. Sin embargo, como distanciamiento en esta fase, predominan conductas para mantener la “normalidad”:

“Las preocupaciones que tienes son... mi hija se iba un año a vivir a Estados Unidos porque acababa la carrera (...) entonces ella no se quería ir... Para mí era más importante que todo continuara con normalidad, (...) Y eso es lo que a veces me costó más.” E.3

La estrategia de autocontrol las mujeres la utilizaban para asimilar la enfermedad, para controlar los sentimientos durante el tratamiento. La estrategia de escape-evitación se identifica en diferentes conductas: una de las mujeres refiere que durante el tratamiento salía mucho y compró de forma compulsiva, otra mujer refiere ir al tratamiento con una positividad que ahora considera excesiva, y por último un par de mujeres recurrieron a tratamiento antidepresivo. Por otra parte, al igual que en la fase aguda, una de las estrategias más utilizadas fue la búsqueda de apoyo social.

3.2.3 Fase permanente: “Distanciarme, querer aparcarse eso que ha sido una etapa de mi vida”

En esta fase ocurre al contrario que en la fase aguda, la estrategia que únicamente encontramos en este periodo es la reevaluación positiva, sin embargo, no aparece la estrategia de aceptación de la responsabilidad. La estrategia que predomina en esta fase es la de distanciamiento, seguida de la búsqueda de apoyo social.

La estrategia de confrontación la encontramos en una ocasión y se utilizó para rechazar el tratamiento con hormonoterapia. La estrategia de planificación se relacionó sobre todo con la actitud de las mujeres ante las consecuencias a largo plazo de la enfermedad. Por otra parte, la estrategia que predomina en esta fase es la de distanciamiento. Las mujeres refieren evitar hablar de la enfermedad, e incluso manifiestan su voluntad de salir de grupos on-line sobre cáncer de mama:

“(...) A veces pienso “me voy a ir” [del grupo de Facebook] pero no, no porque yo qué sé, tampoco quiero hacerles el feo a ellas ¿no? Y me consta que hay quién lo ha pasado peor que yo, pero 50 veces”. E.8

La estrategia de autocontrol las mujeres la utilizan para intentar aceptar la enfermedad, asumir las limitaciones y controlar el miedo a las recaídas. En relación a esto encontramos el uso de otra estrategia, la de escape-evitación. Por otra parte, una estrategia propia de la fase permanente es la estrategia de reevaluación positiva.

“Porque me quiero más, me quiero mucho, me quiero mucho. Y cualquier cosita ahora por poco que pueda la hago, antes no, yo era la Cenicienta de mi casa (...)”. E.9

Por último, la estrategia de búsqueda de apoyo social se utiliza para dar respuesta a las limitaciones tras la enfermedad, o para hablar de la enfermedad y del miedo que comporta. Gran parte de las mujeres no encuentran satisfechas sus necesidades de apoyo en esta fase.

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Coincidiendo con estudios previos, los resultados preliminares muestran diversas EA en cada fase, y cada mujer recurre a unas u otras, e incluso a varias a la vez (Dunkel-schetter, Feinstein, Taylor, & Falke, 1992; Font & Cardoso, 2009; Moos & Holahan, 2007; Roussi, Krikeli, Hatzidimitriou, & Koutri, 2007). Aunque no existe un patrón común para todas las mujeres entrevistadas, sí que se aprecian coincidencias en el uso de unas EA frente a otras a lo largo del tiempo. Apoyándonos en Lazarus y Launier (1978) podemos llegar a comprender este fenómeno al entender que “la característica determinante de la respuesta a un estresor es la valoración individual de la situación” (Lazarus & Launier, 1978, p. 302). Dicha reevaluación origina cambios en las demandas de la mujer que dan lugar a estrategias diferentes (Park & Folkman, 1997).

En una primera fase inicial es donde se aprecia mayor variabilidad en el uso de las EA. Algunos estudios, acorde a nuestros resultados, han apreciado como en la fase de diagnóstico son diversas las EA utilizadas (Drageset et al., 2010; Roussi et al., 2007). Encontramos estudios que destacan reacciones de enfado y sentimiento de injusticia, y las mujeres atribuyen el diagnóstico a la voluntad de Dios (do Carmo Pinto Coelho Paiva et al., 2015; Hajian, Mehrabi, Simbar, & Houshyari, 2017). Los resultados preliminares de este estudio difieren de esta afirmación y las mujeres atribuyen la enfermedad a un exceso de estrés o a un cambio laboral como la jubilación. Esto se reflejan en la estrategia aceptación

de la responsabilidad, que únicamente se identifica en la fase aguda. Con ella las mujeres asumen cierto grado de control sobre la situación y llegan a pensar que si cambian ciertos hábitos y reducen el estrés pueden influir en su situación de salud (Moos & Holahan, 2007).

En una segunda fase se identifican sobre todo estrategias de búsqueda de apoyo social, pero también de distanciamiento y planificación. La búsqueda de apoyo social se identifica como una estrategia que va ganando peso durante el diagnóstico y en el periodo del tratamiento llega a ser la estrategia más utilizada. El apoyo social recibido del entorno proporcionó a la mujer energía y motivación para adaptarse de forma exitosa a las diferentes etapas de la enfermedad (Williams & Jeanetta, 2016).

En una última fase las mujeres atribuyen a la enfermedad diferentes significados como “dolor y angustia”, “recurrencia”, “supervivencia” y “consecuencias”. La recurrencia se interpreta como una situación en la cual la mujer no puede intervenir, sino que tendría que aceptar. Este enfoque explicaría el uso de estrategias de distanciamiento en la fase permanente (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis, & Gruen, 1986). Sin embargo, aceptarse como superviviente, hace que la mujer valore el día a día e incluso aumente su autoestima y cuidado respecto a antes de la enfermedad. Esta actitud es propia de la estrategia de reevaluación positiva, presente únicamente en la fase permanente, y que se relaciona con bienestar psicológico de la mujer. (Drageset, Lindstrøm, & Underlid, 2016; Kvillemo & Bränström, 2014).

Como se puede apreciar, las EA varían y evolucionan pero no es posible determinar qué estrategia es más adaptativa según la fase de la enfermedad. Esto dependerá de la evaluación individual que cada mujer haga sobre la enfermedad, de las necesidades que se deriven de dicha evaluación y de las EA que satisfazcan dichas necesidades. A pesar de esto, los resultados preliminares han mostrado ciertas coincidencias en el uso de unas estrategias frente a otras y sobre ello valdría la pena profundizar en futuras investigaciones.

Abordar el estudio de las EA mediante investigación cualitativa ha permitido establecer una relación entre el significado que atribuyen las mujeres a su experiencia de vivir con cáncer de mama y el uso de EA en relación de dicha resignificación a lo largo del tiempo.

Conocer el uso de las EA en las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama puede orientar a los profesionales de enfermería sobre las necesidades de dichas mujeres en cada fase de

la enfermedad y permitir que se establezca una intervención específica en base al afrontamiento de cada mujer.

El presente trabajo muestra los resultados preliminares del estudio, por consiguiente, no se pueden establecer unas conclusiones concluyentes a la espera de finalizar el estudio.

Abreviaturas. ETM: Elena Torralba Martínez. NCB: Núria Codern Bové.

Agradecimientos. Los resultados preliminares presentados forman parte del estudio llevado a cabo por la Sra. Elena Torralba Martínez, la cual es candidata a doctorado en Metodología del Programa de Investigación Biomédica y Salud Pública, Universitat Autònoma de Barcelona, España. Agradecer la colaboración de Magda Ciendones, enfermera de la unidad de mama del hospital, en la selección de la muestra y como experta de referencia en la atención y cuidados a mujeres diagnosticadas de cáncer de mama.

5. REFERENCIAS

- Bigatti, S. M., Steiner, J. L., & Miller, K. D. (2012). Cognitive Appraisals , Coping and Depressive Symptoms in Breast Cancer Patients. *Stress Health*, 28, 355–361. <https://doi.org/10.1002/smi.2444>
- Cha, K., Yoo, Y., & Cho, O.-H. (2012). Stress and Coping Strategies of Breast Cancer Patients and their Spouses. *Asian Oncol Nurs Vol.*, 12(1), 20–26.
- Cope, D. G. (1995). Functions of a breast cancer support group as perceived by the participants: An ethnographic study. *Cancer Nursing*, 18(6), 472–478.
- do Carmo Pinto Coelho Paiva, A., de Oliveira Salimena, A. M., de Oliveira Souza, Í. E., & de Melo, M. C. S. C. (2015). Significado do diagnóstico de neoplasia mamária: Compreensão fenomenológica de mulheres. *Revista Baiana de Enfermagem*, 29(1), 59–67. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=fua&AN=108763445&lang=es&site=ehost-live>
- Drageset, S., Lindstrøm, T. C., & Underlid, K. (2010). Coping with breast cancer: Between diagnosis and surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 66(1), 149–158. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05210.x>
- Drageset, S., Lindstrøm, T. C., & Underlid, K. (2016). "I just have to move on": Women's coping experiences and reflections following their first year after primary breast cancer surgery. *European Journal of Oncology Nursing*, 21, 205–211. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.10.005>
- Dunkel-schetter, C., Feinstein, L. G., Taylor, S. E., & Falke, R. L. (1992). Patterns of Coping With Cancer. *Health Psychology*, 11(2), 79–87.
- Edward, K., Chipman, M., Giandinoto, J., & Robinson, K. (2019). Quality of life and personal resilience in the first two years after breast cancer diagnosis: systematic integrative review. *British Journal of Nursing*, 28(10).
- Everly, G. S. (1989). The Anatomy and Physiology of the Human Stress Response. In *A Clinical Guide to the Treatment of the Human Stress Response* (pp. 17–51). New York, NY: Plenum Press. <https://doi.org/10.1007/978-1-4613-0741-9>
- Ferrell, A. B. R., Dow, K. H., & Grant, M. (1995). Measurement of the Quality of Life in Cancer Survivors. *Springer*, 4, 523–531.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a Stressful Encounter. Cognitive Appraisal, Coping, and Encounter Outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992–1003. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.5.992>
- Font, A., & Cardoso, A. (2009). AFRONTAMIENTO EN CÁNCER DE MAMA : PENSAMIENTOS , CONDUCTAS Y REACCIONES EMOCIONALES. *Psicooncología*, 6, 27–42.

- Gibbs, G. (2012). *El análisis de datos en investigación cualitativa*. Ediciones Morata.
- GLOBOCAN. (2018). Estimated age-standardized incidence rates (World) in 2018, all cancers, both sexes, all ages. Retrieved from https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-map?v=2018&mode=population&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=asr&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=5&gro
- Hajian, S., Mehrabi, E., Simbar, M., & Houshyari, M. (2017). Coping Strategies and Experiences in Women with a Primary Breast Cancer Diagnosis. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 18(1), 215–224. <https://doi.org/10.22034/APJCP.2017.18.1.215>
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277–1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Jang, M., & Kim, J. (2018). A structural model for stress, coping, and psychosocial adjustment: A multi-group analysis by stages of survivorship in Korean women with breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 33, 41–48. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2018.01.004>
- Kaur, B., Stephen, J., Mackenzie, G., Doll, R., Cristina, M., & Cadell, S. (2008). Understanding Canadian Punjabi-speaking South Asian women's experience of breast cancer: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 266–276. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.08.023>
- Kvillemo, P., & Bränström, R. (2014). Coping with breast cancer: A meta-analysis. *PLoS ONE*, 9(11), 1–26. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0112733>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, And Coping*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. S., & Launier, R. (1978). Stress-Related Transactions between Person and Environment. In *Perspectives in Interactional Psychology* (pp. 287–327). New York, NY: Plenum Press. https://doi.org/10.1007/978-1-4613-3997-7_12
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal, Boletín Oficial del Estado, 298 § 43088 (1999).
- Moos, R. H., & Holahan, C. J. (2007). Adaptive task and methods of coping with illness and Disability. In E. Martz & H. Livneh (Eds.), *Coping with Chronic Illness and Disability* (pp. 107–126). New York, NY: Springer-Verlag. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-3399-6_5
- Mullan, F. (1985). Seasons of survival: reflections of a physician with cancer. *New England Journal of Medicine*, 313, 270–273.
- Paek, M.-S., Ip, E., Levine, B., Avis, N., Ip, E. H., & Avis, N. E. (2016). Longitudinal Reciprocal Relationships Between Quality of Life and Coping Strategies Among Women with Breast Cancer. *Annals of Behavioral Medicine*, 50(5), 775–783. <https://doi.org/10.1007/s12160-016-9803-y>
- Palacios Espinosa, X., Lizarazo, A. M., Moreno, K. S., & Ospino, J. D. (2015). El significado de la vida y de la muerte para mujeres con cáncer de mama. *Avances En Psicología Latinoamericana*, 33(3), 455–479. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.3221>
- Park, C. L., & Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology*, 1(2), 115–144. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.1.2.115>
- Roussi, P., Krikeli, V., Hatzidimitriou, C., & Koutri, I. (2007). Patterns of coping, flexibility in coping and psychological distress in women diagnosed with breast cancer. *Cognitive Therapy and Research*, 31(1), 97–109. <https://doi.org/10.1007/s10608-006-9110-1>
- Trigueros Cervantes, C., Rivera García, E., & Rivera Trigueros, I. (2018). *Técnicas conversacionales y narrativas Investigación cualitativa con Software NVivo*. (E. andaluz de S. Pública, Ed.). Granada (España).
- Williams, F., & Jeanetta, S. C. (2016). Lived experiences of breast cancer survivors after diagnosis, treatment and beyond: Qualitative study. *Health Expectations*, 19(3), 631–642. <https://doi.org/10.1111/hex.12372>
- World Medical Association. (2008). Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199241323.003.0025>
- Zhang, Q., Xiao, S., Yan, L., Sun, L., Wang, Y., & Huang, M. (2019). Psychosocial Predictors of Adjustment to Disability Among Patients With Breast Cancer: A Cross-Sectional Descriptive Study. *Journal of Nursing Research (Lippincott Williams & Wilkins)*, 27(2), e15–e15. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000283>

NARRATIVA DO CUIDAR EM PARTO HUMANIZADO

Jéssica Lopes de Oliveira¹, Luciana Segurado Cortes², Marcella da Nóbrega Santiago³ e Antônio Carlos Rodrigues da Cunha⁴

^{1,2 e 3} Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasil, ¹jess.loli@hotmail.com

²lucianasegurado@yahoo.com.br ³marcellasantiagonobre@hotmail.com

⁴ Conselho de Ética em Pesquisa Universidade de Brasília, Brasil. acrc@unb.br

Resumo. Por meio de um relato de caso pretende-se utilizar a metodologia da Medicina narrativa para refletir acerca do papel da narrativa da experiência de parto humanizado em posição ortostática (em pé), vivenciada de forma inédita por médica residente do primeiro ano de Ginecologia e Obstetrícia em um hospital público do Distrito Federal (Brasil), avaliando o seu impacto no aprimoramento da relação médico-paciente, valorizando os que anseiam cuidados e permitindo maior organização das necessidades dos mesmos.

Palavras-chave: Medicina Narrativa; Relato de Caso; Parto Humanizado.

NARRATIVE OF CARE IN HUMANIZED DELIVERY

Abstract. Through a case report we intend to use the methodology of narrative medicine to reflect on the role of the narrative of the experience of humanized childbirth in an orthostatic position (standing), experienced in an unprecedented way by a resident doctor of the first year of Gynecology and Obstetrics in a public hospital in the Federal District (Brazil), assessing its impact on improving the doctor-patient relationship, valuing those who crave care and allowing greater organization of their needs.

Keywords: Narrative Medicine; Case Report; Humanized Birth.

1. INTRODUÇÃO

O parto, segundo Dias em 2006, é o conjunto dos fenômenos mecânicos ou fisiológicos que culminam na saída do feto e de seus anexos do organismo materno. A humanização é bastante diversificada e defendida por Moura et al. em 2007, como um processo que respeita a individualidade das mulheres, colocando-as como protagonistas e buscando uma adequação da assistência à cultura, crenças, valores e diversidades de opiniões.

Neste contexto, para Dias em 2006; Diniz em 2005, entende-se que a assistência ao parto deve ser humanizada, designando assim uma forma de cuidar mais atenta, com vistas a melhorias no atendimento, compreendendo o parto como uma experiência humana e, para quem o assiste, uma mudança no “que fazer” diante do sofrimento do outro humano.

Para Porto, Costa e Veloso em 2015, nas políticas públicas na área de Saúde da Mulher, considera-se a humanização da assistência, defendendo uma nova perspectiva em que os cuidados prestados devem ser efetivamente benéficos, as intervenções desnecessárias

devem ser evitadas e a privacidade, bem como a autonomia materna, devem ser preservadas.

Já o Ministério da Saúde (MS), em 2017, define em sua Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal, que as boas práticas de amparo à gestante durante o trabalho de parto, são divididas em assistência ao primeiro, segundo e terceiro períodos do parto.

Durante o primeiro período do parto, que é definido pela modificação do colo uterino com dilatação e contrações efetivas, o MS 2017, orienta indagar à mulher como ela está e sobre os seus desejos, expectativas e preocupações; oferecer orientação e apoio para o(s) acompanhante(s) da mulher, pelos quais tem direito e analgesia não medicamentosa como massagem, aromaterapia, banho quente e exercícios de agachamento. Também se deve evitar enema (lavagem intestinal), tricotomia (retirada manual de pelos) e amniotomia precoce (ruptura artificial da bolsa amniótica). Além disso, as mulheres devem ser encorajadas a se movimentarem e adotarem as posições que lhes sejam mais confortáveis no trabalho de parto.

Durante o segundo período, conceituado entre a dilatação máxima do colo uterino e expulsão fetal, o MS 2017 expõe que a grávida deve ser incentivada a adotar qualquer posição que ela achar mais confortável incluindo as posições de cócoras, lateral ou quatro apoios. Está proscrita a episiotomia (incisão efetuada no períneo para ampliar o canal de parto) de rotina durante o parto vaginal espontâneo.

O terceiro período do parto é o momento desde o nascimento até a expulsão da placenta e membranas. Nesse instante, o MS 2017 orienta reconhecer que o período imediatamente após o nascimento é bastante sensível, quando a mulher e seus acompanhantes vão finalmente conhecer a criança. O profissional deve assegurar que a assistência e qualquer intervenção que for realizada levem em consideração esse momento, no sentido de minimizar a separação entre mãe e filho. Para conduta não preconiza o uso rotineiro de uterotônicos (medicações para contração uterina); é incentivado o clampeamento do cordão após parar a pulsação e expulsão da placenta por esforço materno, sem tração manual do cordão.

Em complementação, a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2019 recomenda, ainda, monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante o trabalho de parto e ao término do processo de nascimento. Também orienta oferta de líquidos por via oral durante

o trabalho de parto e parto, respeito à escolha da mãe sobre o local do parto, ao direito da mulher à privacidade, liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto e, por fim, amamentação imediata após o nascimento sem intercorrências.

2. PERGUNTA DA PESQUISA

Qual é o papel da narrativa médica de um parto humanizado para o aprimoramento da relação médico-paciente em Ginecologia e Obstetrícia?

3. OBJETIVOS

Analisar qualitativamente o relato de parto humanizado, em posição ortostática, de uma paciente atendida na unidade de Pronto Socorro de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Regional Leste, da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal, a partir da narrativa médica dos sentimentos e vivências gerados durante esse atendimento na médica assistente e pesquisadora, residente de Ginecologia e Obstetrícia desse hospital.

4. METODOLOGIA

A metodologia utilizada para o estudo de caso dessa pesquisa foi a Medicina Narrativa. Trata-se de uma abordagem descritiva, transversal e qualitativa que, visa, primordialmente, descrever as características de determinada população ou fenômeno e estabelecer relações entre as variáveis de interesse, enunciado por Gil em 2002.

A obtenção dos dados foi realizada a partir das anotações em prontuário e o relato subjetivado da pesquisadora, que é a médica residente de Ginecologia e Obstetrícia e estava no primeiro ano de residência. Houve dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, já que a coleta de dados foi realizada por meio de consulta a prontuário eletrônico, no sistema track care, portanto, não incorrendo em risco da identificação da paciente.

A narrativa por Claro e Mendes em 2018 é uma forma linguística caracterizada por uma sequência longitudinal necessitando de um narrador e um ouvinte com suas próprias definições da história contada. Pela medicina narrativa ela é importante na elaboração de diagnósticos médicos que hoje são colocados em segundo plano devido à medicina voltada para a doença. Com essa abordagem, a narrativa tem eficácia na relação médico-paciente, estimulando a proximidade entre os dois grupos e melhorando a didática de aprendizado.

Para De Benedetto e Gallian em 2018, a utilização da Medicina Narrativa traz reflexões a respeito da importância do cuidado com o paciente e da escuta. O fundamento dessa técnica consiste em escutar as histórias dos pacientes com atenção e empatia, mesmo aquelas que aparentemente nada tenham a ver com suas histórias clínicas, e utilizá-las como instrumento terapêutico e didático. Podem ser relatos de experiências pessoais ou narrativas sobre doenças e Medicina. Os relatos médicos de cada caso particular envolvem subjetividades autorais, visto que o material é selecionado e organizado com o intuito de adquirir coerência. Para isso, os registros de anamneses em prontuários e as descrições de casos clínicos englobam reflexão, interpretação, elucubração e pontos de vistas subjetivos.

Neste sentido, Favoreto em 2004; Camargo Jr. em 1997 relatam que as intervenções tradicionais na clínica, como o diagnóstico realizado com base em uma anamnese restrita à coleta de sinais e sintomas das doenças e sob uma perspectiva da terapêutica restrita à prescrição de fármacos, têm dificultado a compreensão dos problemas e significados envolvidos no processo de adoecimento, assim como a adesão dos pacientes aos programas terapêuticos oferecidos.

A narrativa médica segundo Charon em 2004 busca trazer competências para reconhecer, absorver, interpretar e sensibilizar-se através da história relatada pelo paciente, conduzindo-se casos humanizados, excedendo o modelo de diagnóstico e tratamento focados na doença. Charon em 2004; Frank em 1995 referem que o desenvolvimento da narrativa no processo clínico-terapêutico, como na psicanálise, pode adquirir papel terapêutico central. Ao achar as palavras capazes de expressar as desordens e os medos delas decorrentes, a pessoa dá forma e exerce controle sobre o caos e as rupturas provocadas pela enfermidade.

Associado à medicina narrativa, Bakhtin em 2004 expõe que as palavras e as formas de comunicá-las permitem trazer à tona o mundo interior, isto é, expressar os significados produzidos pela consciência individual e construídos no contexto social no qual o indivíduo se realiza como pessoa. Deste modo, a palavra e a enunciação por ela expressa teriam o papel de materializar a vida semiótica interior.

Para definição, Cassel e Symon em 1994 referem existir alguns métodos mais apropriados para coleta e análise qualitativa: entrevistas abertas, observação participante, análise documental (cartas, diários, impressos, relatórios), estudos de caso, história de vida. Mais do que tais métodos, interessam-nos aqui as características básicas da pesquisa qualitativa

defendida por Dalfovo, Lana e Silveira em 2008, que inclui ênfase na subjetividade ao invés da objetividade: se aceita que a busca da objetividade é um tanto quanto inadequada, já que o foco de interesse é justamente a perspectiva dos participantes e a flexibilidade no processo de conduzir a pesquisa. Segundo Moreira em 2002, o pesquisador qualitativo pauta seus estudos na interpretação do mundo real, preocupando-se com o caráter hermenêutico na tarefa de pesquisar sobre a experiência vivida dos seres humanos. Diante dessa exposição, optou-se por utilizar a metodologia de Medicina narrativa para registrar os sentimentos e emoções da pesquisadora na condução do parto humanizado.

5. RELATO DO CASO

Em uma noite tumultuada de plantão de Obstetrícia, sem vagas para muitas internações, recepcionei uma gestante de 38 anos, com 38 semanas de gestação, em franco trabalho de parto. À primeira impressão, a paciente parecia nervosa e exausta. Orientei internação e me coloquei à disposição para acompanhá-la. Agradecida, ela aceitou, afinal já era a segunda gestação e a primeira teve mau passado obstétrico. Sofreu um estupro, gestação com rejeição ao feto e desejo de parto vaginal sem contato visual com a criança, entregando-a à adoção imediatamente. Durante o trabalho de parto atual, apresentou um período expulsivo prolongado, acompanhado de dor intensa e equipe multiprofissional ao seu lado para garantir que a decisão de realizar o parto em posição ortostática (em pé) fosse cumprida. Logo no início me informou que não gostaria de ser acompanhada por muitos profissionais, pois se recordava do primeiro parto e que, na maior parte do tempo, gostaria apenas da companhia do esposo. Respeitei a vontade da paciente e a avaliei a cada hora como orientado em protocolos obstétricos. O trabalho de parto avançava rapidamente e logo iniciaram contrações efetivas com duração de mais de quarenta segundos. Nesse momento, ensinei-a a se exercitar na bola de Pilates suíça e fazer agachamento para adiantar o parto. Notei felicidade e conforto, pois a paciente praticou atividade física (Pilates) durante toda a gestação. Devido à dor intensa, orientei banho quente para alívio não medicamentoso da dor. A paciente parecia acolhida, principalmente pelo engajamento do marido durante o processo, efetivando a qualidade de parto humanizado. Senti a confiança aumentando com o tempo e fui surpreendida pelo desejo do parto em pé. A princípio, fiquei apreensiva e ansiosa, porque apesar de saber a teoria, nunca havia feito essa modalidade de parto. Porém, a paciente tem o direito de escolher como parir. Assim, fiquei de cócoras para facilitar o posicionamento da parturiente, com o acompanhante situado atrás dela para ser o apoio no parto. O período expulsivo durou trinta minutos em média, sem intercorrências ou

lacerações. Após expulsão, entreguei o bebê para a mãe ainda ligado ao cordão umbilical. Ela foi inundada por emoção, agradeceu-me pelo acolhimento e cumprimento do desejo do parto, deixando-me comovida. Com o filho nos braços, a mãe caminhou até o leito e esperou até à parada de pulsação do cordão para amamentar de imediato. Naquele momento, ultrapassei a barreira médica para alcançar a afetividade, emoção e superar o medo do procedimento inédito.

6. DISCUSSÃO

A abordagem da narrativa, focada na experiência inédita diante do momento repleto de ansiedade e receio materno com desfecho favorável acarretou um crescimento pessoal e profissional marcantes.

Em uma narrativa “completa”, segundo Riessman em 2008, há um resumo da história, sua localização (tempo, lugar, situação, participantes), o desenrolar dos eventos, sua avaliação, sua resolução e uma coda – um retorno ao presente do narrador. No caso apresentado completa-se a narrativa, somando os fatos apresentados e a elevação profissional da residente obstetra que expõe o crescimento pessoal e modificação definitiva da relação médico-paciente, visto que esse fato ocorreu no primeiro ano de residência e, portanto, influenciou em tantos outros partos futuros, com maior demonstração de respeito e valorização dos desejos de suas pacientes.

No âmbito da História oral, por Gomes em 2019, o que prevalece nas entrevistas feitas é a subjetividade de quem expõe sua vida, dando relatos do que viveu, como se vê na própria história e como vê quem a rodeia. E, nesse caso, por ser uma vivência de parto, deve-se lidar com questões emocionais da própria paciente. Portanto, cabe à profissional identificar e respeitar as perspectivas pessoais da parturiente.

Identificar as crenças em relação a cada prática de cuidado e fornecer a devida orientação a esse respeito são ações que devem fazer parte do cotidiano do cuidado na assistência às parturientes. Atuando desse modo, o profissional capta a perspectiva das mulheres e a considera na assistência. Esse conjunto de ações promove a conscientização e a consequente efetividade das práticas de autocuidado desenvolvidas no trabalho de parto lembradas por Jamas e Reberte em 2013.

Para Charon e Montello em 2002, o profissional precisa dar sentido à narrativa do paciente e sua linguagem simbólica, compreender o significado das histórias e imaginar a doença pela perspectiva do doente, muitas vezes contraditória. As narrativas de pacientes abordam aspectos da vida, discussões sobre a doença e desequilíbrios por ela impostos e, especialmente, são apresentados depoimentos sobre as capacidades individuais de agir para transformar essas novas realidades.

Dessa forma, segundo essa metodologia, pode-se inferir o princípio da autonomia com respeito às necessidades e desejos da paciente. Assim como a abordagem narrativa por parte da parturiente, que teve liberdade de expressão e exigências indo de acordo com as propostas de parto humanizado, defendidas pela OMS em 2019 e MS em 2017 e da residente que expôs opinião, conceitos, emoções e crescimento pessoal.

Faz-se importante o ato de narrar segundo Rezende em 2019, porque a análise da estrutura de uma narrativa pessoal revela não apenas questões em torno da experiência, como uma construção subjetiva, as emoções e a agência envolvidas, bem como temas mais amplos da vida social. Podem ser relatos de experiências pessoais ou narrativas sobre doenças e Medicina. Os relatos médicos de cada caso particular envolvem subjetividades autorais, visto que o material é selecionado e organizado com o intuito de adquirir coerência.

Portanto, a partir desse relato despertou na pesquisadora emoções positivas e satisfação por ter realizado o desejo da parturiente na escolha da posição desejada para o parto, valorizando a presença do acompanhante, das manobras não-farmacológicas da dor (uso da bola e massagens); da oportunidade do contato pele a pele com o recém-nascido e da amamentação na primeira hora de vida. Assim, estabeleceu-se uma relação médico-paciente eficaz e engrandecedora para a residente, porque além de respeitar a autonomia da paciente, houve o cuidado em seguir as diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde e OMS.

7. CONCLUSÃO

Por Gomes em 2019, dentro do processo de parto interpreta-se em diversos discursos historiográficos a mulher como sujeito ativo e responsável por expelir o feto quando este é de forma natural. Porém, apesar de tamanha ansiedade, não é uma responsabilidade única, urgindo uma equipe multiprofissional adequada que respeite suas decisões e possa conduzir humanamente o trabalho de parto.

Nesse contexto, são discutidos sinais, sintomas, diagnósticos e tratamentos das concepções, sendo necessária aproximação com o modelo humanizado do parto, respeitando as diretrizes regentes dos órgãos de saúde.

Como sugerem Carson et al. em 2017, é no hospital, especialmente na sala de parto, que a mulher se torna mãe sob o olhar público, recebendo crítica ou apoio dos profissionais e familiares presentes. É fato existirem comoções de ambos os lados que são suprimidos, devido à pressa em diagnosticar o motivo da procura médica, omitindo sentimentos, questionamentos, apreensões, medos e inseguranças. Principalmente medo de errar e ser julgado por outros profissionais, assim como, pelo paciente por parte do médico. E medo de se expor e não ser compreendido por parte do enfermo.

Mas, ao narrar uma experiência, os profissionais de saúde dão voz aos sedentos de tratamento, permitindo maior organização das necessidades da paciente, culminando em um círculo diagnóstico que poderá ser usado coletivamente com outros profissionais. Assim, faz-se necessária maior comunicação entre as partes e exposição de emoções, lançando mão das teorias prontas para cada comorbidade e abrindo oportunidades para entendimento das singularidades e diversidades atreladas a contextos socioculturais plurais.

Conclui-se que a importância desse estudo consiste na possibilidade de utilizar a Medicina narrativa para registrar as emoções da pesquisadora diante de uma situação inusitada para a mesma, o parto em posição ortostática, e permitir o exercício do cuidado qualificado para essa paciente, por uma profissional que está em formação na especialidade de Ginecologia e Obstetrícia, aprimorando seus conhecimentos e aperfeiçoando a relação médico-paciente.

8. REFERÊNCIAS

- Bakhtin, M. (2004). *Marxismo e filosofia da linguagem*. (11.ed.). São Paulo: Hucitec.
- Camargo Jr, K.R. A. (1997). *Biomedicina*. Physis, 7(1), 45-68.
- Carson, A., Chabot, C., Greyson, D., Shannon, K., Duff, P., & Shoveller, J. (2017). A narrative analysis of the birth stories of early-age mothers. *Sociology of health & illness*, 39(6), 816–831. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12518>.
- Cassel, C., & Symon, G. (1994). *Qualitative Research in Work Contexts*. In: CASSEL, C.; SYMON, G. *Qualitative Methods in Organizational Research: A Practical Guide*. California: Sage Publications Inc., 3-5.
- Charon R., & Montello M. (2002). Editors. Booth WC. *The ethics of medicine, as revealed in literature. Stories matter. The role of narrative in medical ethics*. New York: Routledge; 10-20.
- Charon, R. (2004). Narrative and medicine [perspective]. *N. Engl. J. Med.*, 350(9), 862-4.
- Claro, L.B.L., & Mendes, A.A.A. (2018). Uma experiência do uso de narrativas na formação de estudantes de Medicina. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 22(65), 621-630. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0850>.

- Dalfovo, M. S., Lana, R. A., Silveira, A. (2008). Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*. Blumenau, 2(4), 01–13, Sem II.
- De Benedetto M.A.C. & Gallian D.M.C. (2018). Narrativas de estudantes de Medicina e Enfermagem: currículo oculto e desumanização em saúde. *Interface (Botucatu)*. 22(67), 1197-207.
- Dias, M.A.B.(2006). Humanização da assistência ao parto: conceitos, lógicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública. Tese Rev. Ciência e Tecnologia, Rio Grande do Sul, 1(1), 13-20, (Doutorado) – Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, RJ.
- Diniz,C.S.G.(2005). Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(3), 627-637.
- Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico](2017)/ Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde.
- Favoreto, C.A.O. (2004). A velha e renovada clínica dirigida à produção de um cuidado integral em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco. 205-20.
- Frank, A.W. (1995). *The wounded storyteller*. Chicago: University Chicago Press.
- Gil, A.C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa*/Antônio Carlos Gil. – (4. ed.) - São Paulo : Atlas.
- Gomes, T.A. (2019). Experiências com o Parto: Narrativas das Parturientes do Ceará. *Id on Line Rev. Mult. Psic.* 13(47), 343-365 - ISSN 1981-1179.
- Jamas, M. T., Hoga, L. A. K., & Reberte, L. M. (2013). Narrativas de mulheres sobre a assistência recebida em um centro de parto normal. *Cadernos de Saúde Pública*, 29, 2436-2446.
- Moreira, D.A. (2002). *O método fenomenológico na pesquisa*. São Paulo: Pioneira Thomson.
- Moura,F.M.J.S.P., Crizostomo,C.D., Nery,I.S., Mendonça,R.C.M., Araújo,O.D., & Rocha,S.S.(2007). *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(4), 452- 455.
- Porto, A., da Costa, L., & Velloso, N. (2015). Humanização a Assistência Parto Natural: Uma Revisão Integrativa. *Ciência & Tecnologia*, 1(1), 12-19. doi:http://dx.doi.org/10.33053/cientec.v1i1.284
- Recomendações da OMS: cuidados durante o parto para uma experiência positiva do parto. Washington, DC: Organização Pan-Americana da Saúde; 2019. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Rezende, C. B. (2019). Histórias de superação: parto, experiência e emoção. *Horizontes Antropológicos*, 25, 203-225.
- Riessman, C.K. (2008). *Narrative methods for the human sciences*. Thousand Oaks: Sage Publications.

O USO INICIAL DO SOFTWARE WEBQDA PARA APOIAR A CONDUÇÃO DE UMA TESE

Valberto Barbosa Porto¹, Maria Marlene Marques Ávila¹, Cecília Galvão² Maria do Socorro de Sousa³

¹ Universidade Estadual do Ceará, Brasil. valberto.porto@uece.br; marlene.avila@uece.br

² Instituto de Educação/Universidade de Lisboa. Portugal. cgalvao@ie.ulisboa.pt

³ Universidade Federal do Ceará. sousams3@gmail.com

Resumo. A experiência de pesquisa pode iniciar-se como uma curiosidade e transformar-se em algo valioso, numa perspectiva investigativa. Iniciando-se com participação inopinada no 6º Congresso de Investigação Qualitativa, o primeiro autor desenvolveu formação, que, no seu senso, levou-o a encontrar um caminho seguro para, com a segunda autora, sua orientadora, conduzirem sua Tese. O objetivo deste artigo é apresentar o relato da experiência de uso inicial do software webQDA, na elaboração de um processo de investigação, de modo que este trabalho possa ajudar outras pessoas a realizar atividades da mesma natureza. Usou-se, para sistematizar o relato da experiência, a narrativa autobiográfica como base metodológica, realizando-se uma reflexão crítica e sistematizadora a respeito do desenvolvimento cronológico e sobre o como e o por que desta experiência, buscando-se, como resultados, caracterizar a formação cursada pelo primeiro autor como descortinadora dos conhecimentos sobre o software e organizadora, no sentido de estruturar com coerência interna suas questões de investigação. Enfim, procurou-se, com este artigo curto, demonstrar ser o webQDA uma matriz potente, proporcionando ao pesquisador e sua orientadora arrumarem a investigação, no sentido de aplicar de forma adequada o recurso da análise de conteúdo ao desenvolvimento da pesquisa.

Palavras-chave: Sistematização de Experiência; Narrativa Autobiográfica; Uso de Software; Formação Cursada; Saúde Coletiva.

THE INITIAL USE OF WEBQDA SOFTWARE TO SUPPORT THE CONDUCT OF A THESIS

Abstract. The research experience can start out as a curiosity and turn into something valuable, from an investigative perspective. Beginning with unexpected participation in the 6th Congress of Qualitative Research, the first author developed training, which, in his sense, led him to find a safe way for, with the second author, his supervisor, to conduct his Thesis. The objective of this article is to present the report of the experience of initial use of the webQDA software, in the elaboration of an investigation process, so that this work can help other people to carry out activities of the same nature. In order to systematize the experience report, the autobiographical narrative as a methodological basis, carrying out a critical and systematic reflection on the chronological development and on the how and why of this experience, seeking, as a result, to characterize the training taken by the first author as an explorer of knowledge about the software and organizer, in the sense of structuring his research questions with internal coherence. Finally, we tried, with this short article, to demonstrate that webQDA is a powerful matrix, providing the researcher and his supervisor to organize the investigation, in order to properly apply the content analysis resource to the research development.

Keyword: Systematization of Experience; Autobiographical Narrative; Use of Software; Attended Training; Collective Health.

1. INTRODUÇÃO

Abordamos neste artigo a sistematização do início da experiência no uso do software webQDA (Costa, Moreira & Souza, 2019) na elaboração da Tese de doutorado do primeiro autor, considerando a contribuição significativa deste instrumento de pesquisa qualitativa na facilitação das tarefas de organização, análise e interpretação dos dados, demandados por aquele trabalho, que é considerado um dos requisitos para obtenção do título de doutor, em uma universidade pública do Ceará, Brasil.

Esta sistematização tem como embasamento teórico-metodológico o que nos afirma Palma (1992, p. 9), que “la sistematización se incluye en esa corriente ancha que busca comprender y tratar con lo cualitativo en la realidad”. Ainda, segundo Holliday (2006, p. 22) sistematizar é “apropriar-se da experiência vivida e dar conta dela, compartilhando com os outros o aprendido” aludindo que se trata da “reconstrução ordenada da experiência” (IBID).

O recurso utilizado para relatar esta experiência foi o da narrativa autobiográfica por ater-se ao pressuposto “de que, ao narrarmos episódios com significado, os analisaremos de uma forma contextualizada, tentando que essa análise ponha em evidência emoções, experiências ou pequenos fatos marcantes, dos quais antes não nos tínhamos apercebido” (Freitas & Galvão, 2007, p. 2).

O marco inicial desta experiência começou no dia anterior a abertura do 6º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa (CIAIQ), que foi realizado em Salamanca – Espanha, nas instalações do Colégio Maestro Ávila, de 12 a 14 de julho de 2017, quando me matriculei no webQDA day e me empolguei com o uso do software na minha Tese, sabendo-se que “o webQDA é um software de análise de texto, vídeo, áudio e imagem que funciona num ambiente colaborativo e distribuído com base na internet” (Souza & Col, 2016, p. 4).

O clímax da experiência se deu por conta da matrícula no curso avançado sobre o uso do software, a ser realizado em Aveiro, quando em 13/11/2018, o primeiro autor reuniu-se com o professor encarregado daquele curso, que o orientou quanto à definição de um roteiro para o seu estudo, exercício que se configurou como ponto de partida, ou seja, o fio da meada para o desenvolvimento da Tese, subsidiada pelo emprego do software, finalizando os aspectos abordados neste artigo.

Destarte foram questões norteadoras da construção dessa narrativa:

- 1) Quais foram os momentos que se configuraram como de formação para aquisição de conhecimento sobre o uso do webQDA?
- 2) Por que se optou pelo uso do software?
- 3) Com que finalidade se decidiu sistematizar este aprendizado?

Em suma, o objetivo deste artigo é apresentar o relato da experiência do uso inicial do software webQDA, na elaboração de um processo de investigação, de modo que este trabalho possa ajudar outras pessoas a realizar atividades da mesma natureza.

2. BASES METODOLÓGICAS

Este artigo se caracteriza como um relato de experiência em seu contexto, se fazendo para compreender melhor os seus pressupostos filosóficos: ontologicamente, considerando-se a “realidade e suas características”; epistemologicamente, quanto ao se “o saber é conhecido – por meio de experiência subjetiva das pessoas”; e axiologicamente, permitindo aos pesquisadores qualitativos “que os seus valores sejam conhecidos em um estudo” (Creswell, 2014, p. 32 e 33).

Desse modo, baseia-se na técnica de sistematizar por meio de um processo de reflexão crítica, organizada e diligente, para reconstruir, ordenadamente a experiência sobre o uso de um software, o webQDA, na Tese do primeiro autor, partindo-se da premissa que, segundo Holliday (2006, p.21),

- experiências são processos sociais dinâmicos: em permanente mudança e movimento. São também processos sociais complexos, em que se interrelacionam, de forma contraditória, um conjunto de fatores objetivos e subjetivos:
- as condições do contexto em que se desenvolvem;
- situações particulares a enfrentar-se;
- ações dirigidas para se conseguir determinado fim;
- percepções, interpretações e intenções dos diferentes sujeitos que intervêm no processo;
- resultados esperados e inesperados que vão surgindo;

- relações e reações entre os participantes.

São processos particulares que fazem parte de uma prática social e histórica mais geral igualmente dinâmica, complexa e contraditória.

Estamos falando, então, de experiências vitais, carregadas de uma enorme riqueza acumulada de elementos que, em cada caso, representam processos inéditos e irrepetíveis. É por isso que é tão apaixonante a tarefa de compreendê-las, extrair seus ensinamentos e comunicá-los.

Para sistematizar as informações usou-se o método da análise narrativa (Galvão, 2005; 2018; Onocko Campos & Furtado, 2008; Dutra, 2002), aplicando-se a técnica da narrativa autobiográfica como a forma de descortinar a vivência do pesquisador no uso do webQDA.

A investigação narrativa está respaldada nos ensinamentos obtidos na disciplina sobre Análise Narrativa, cursada no Doutorado Intercalar, oferecido pelo Curso de Doutorado em Didática das Ciências, do Instituto de Educação (IE), da Universidade de Lisboa (ULISBOA), ministrado pela terceira autora deste artigo, que – com base no livro de Isabel Allende, ‘Paula’ – iniciou sua aula sobre narrativa com a citação: “A minha vida faz-se ao contá-la e a minha memória fixa-se com a escrita; o que não ponho em palavras no papel, o tempo apaga-o.

A escrita é uma longa introspecção, é uma viagem até às cavernas mais obscuras da consciência, uma lenta meditação” (Galvão, 2005, p. 327; 2018, p. 2), o que demonstra a importância de se textualizar uma experiência, para que se registre como história.

Assim sendo, complementando o processo investigativo com a técnica da narrativa usar-se-á as ideias de Stephens (1992) encontradas em Galvão (2005, p. 328), por meio dos seus

três componentes: História – abrange as personagens envolvidas em determinados acontecimentos, num espaço e tempo determinados e possibilita uma primeira interpretação do que é contado; Discurso – forma específica como qualquer história é apresentada; Significação – uma interpretação de segundo nível que o ouvinte/leitor/espectador obtém a partir do inter-relacionamento da história e do respectivo discurso.

Desta forma, a técnica empregada parte do pressuposto de que toda história, “tem um começo, um meio e um fim” (Onocko Campos & Furtado, 2008, p. 1092), demonstrando que o registro histórico se faz pela linguagem textualizada, conforme a vivência experimentada, que, “trazendo o sentimento à tona, revela também a situação, ou o contexto situacional, já que todos estão relacionados entre si” (Dutra, 2002, p. 373).

A textualização se fará no sentido empregado por Levi-Strauss, que, no seu livro *Tristes Trópicos*, narra sobre o desafio de conhecer algo novo, diferente do seu mundo, afirmando sobre a sua aventura no Brasil, que “nesses terrenos, que sobrepujam as duas margens do rio Tibagi, a cerca de mil metros acima do nível do mar, tive o meu primeiro contato com os selvagens” (Levi-Strauss, 1993, p. 142) ao que comparo à minha chegada ao continente europeu, para em Salamanca-Espanha, no Colégio Maestro Ávila, ter o meu primeiro contato com algo que não conhecia, o webQDA, o que me desafiou a querer me aprofundar no domínio de algo que julguei útil para desenvolver meus estudos.

Entrementes se fará também na conotação dada por Batenson, o qual narra no seu livro *Metadiálogos*, o diálogo do pai com uma filha, no qual eu me coloco no papel da menina, que espera da mãe a ajuda na arrumação das suas coisas, já que como afirma seu pai “há infinitamente mais caminhos desarrumados, e portanto as coisas tenderão sempre para desarrumadas e misturadas” (Batenson, 1996, p. 16), o que obedece à lei física da entropia, só contrariada se empregarmos, como no nosso caminhar de uso do webQDA, o esforço, orientado por uma matriz segura, que por meio da formação proporcionada nos mostrou o rumo coerente da organização, análise e interpretação dos nossos achados, com base nos seus pilares: fonte, codificação e questionamento, possibilitando ao pesquisador “editar, visualizar, interligar e organizar documentos. Simultaneamente pode criar categorias codificar, controlar filtrar e questionar os dados com o objetivo de responder às questões que emergem da sua investigação” (Costa & Amado, 2018, p. 31).

As atividades realizadas e as publicações advindas do software webQDA oportunizará a análise e interpretação das informações a serem discutidas juntamente com os resultados obtidos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados baseiam-se nas formações cursadas no intervalo de tempo considerado, oferecidas pelo software, funcionando como uma matriz arrumadora do conhecimento, na

acepção de Batenson (1996).

As formações desenvolvidas, desafio para conhecer o novo na acepção de Levi-Strauss (1993), cronologicamente, foram as seguintes, Quadro 1.

Quadro 1: Formações desenvolvidas proporcionadas pelo webQDA

Ano	Dia/Mês	Local	Atividade de Formação
2017	11/07	Salamanca/6º CIAIQ	webQDA day <i>Análise Qualitativa Suportada por Software</i>
	12/07	Idem	workshop <i>Introdução à Análise Qualitativa Suportada pelo Software webQDA</i>
	07 e 08/08	Fortaleza/UNIFOR	webQDA Meeting <i>Análise Qualitativa Suportada por Software</i>
	21/09	Aveiro/Ludomedia	webinar online webQDA: <i>Mapas de Códigos, Exportação de Relatórios e Fluxo de Trabalho</i>
	09/11	Idem	Curso e-learning online <i>Estudo de Caso com o apoio do software webQDA</i>
	19/12	Idem	webinar online <i>Processo de Categorização no webQDA</i>
2018	10/01	idem	webinar <i>Organização e Codificação Automática de Dados com o webQDA</i>
	29/01 a 05/02	Idem	Curso online E-learning <i>Investigação Qualitativa com o webQDA: Fontes, Codificação, Questionamento e Colaboração</i>
	05/02	Idem	webinar <i>CrITÉrios de Construção e Avaliação de Artigos em Investigação Qualitativa (CCAAIQ)</i>
	23/02	Aveiro/UNAVE	<i>Curso Avançado Análise Qualitativa com Apoio do Software webQDA – não realizado</i>
	10/07	Fortaleza/7º CIAIQ	webQDA day <i>Análise Qualitativa com o apoio do software webQDA</i>
	10 a 20/09	Aveiro/Ludomedia	Curso online E-learning <i>Investigação Qualitativa com o webQDA: Fontes, Codificação, Questionamento e Colaboração – 2ª edição</i>
	11/09	Brasília/Instituto de Química/UNB	<i>Curso de Formação "Introdução ao software de Análise Qualitativa webQDA"</i>
	13/11	Aveiro/Departamento de Educação e Psicologia/UNAVE	<i>Curso Avançado Análise Qualitativa com Apoio do Software webQDA – Dia de trabalho presencial</i>

Fonte: o próprio autor, 2020

Há de se considerar que a narrativa autobiográfica, na acepção da quarta autora é um recurso metodológico em ascensão, no cenário da pesquisa qualitativa, por demais oportuno, para conduzir discussões dessa natureza.

A reflexão crítica e sistematizadora a respeito do desenvolvimento cronológico exposto no quadro 1 e sobre o como e o por que desta experiência será abrangida por uma discussão pormenorizada dos resultados supra apresentados, a ser realizada oportunamente em um artigo completo.

Entretanto, espera-se demonstrar, nesta parcial apreciação, que a formação cursada,

oferecida pelo webQDA, foi uma matriz potente, para gerar um corpus de dados e processar a análise de conteúdo (Bardin, 2016; Costa & Amado, 2018) na elaboração da Tese do primeiro autor sob a orientação da segunda autora.

Em suma, a partir desta formação, o primeiro autor encontrou um caminho coerente de arrumar os seus questionamentos dentro de um quadro de coerência interna da análise da investigação, subsidiado pela formação cursada, quadro 2.

Quadro 2: Coerência Interna da Análise da Investigação (Costa, Neri de Souza & Neri de Souza, 2016, p. 136).

Questões de Investigação	Dimensões/Subdimensões de Análise	Categorias de Análise	Subcategorias	Observações, Expectativas e Perguntas Subsidiárias
Questão 1 Questão 2 ...				

Em síntese, espera-se que essa experiência sirva de exemplo para outros pesquisadores utilizarem este valioso recurso computacional, como o é o software webQDA.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo é um relato parcial da experiência do primeiro autor no uso do software webQDA, a qual, na sua óptica, foi uma experiência exitosa por ter lhe apontado o rumo do desenvolvimento da sua Tese de doutorado.

Estas considerações apontam para a parcialidade das conclusões, as quais serão explicitadas, a partir de uma discussão pormenorizada das atividades enumeradas no quadro 1 e consumadas no quadro 2.

5. REFERÊNCIAS

- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Batenson, G. (1996). *Metadiálogos Trajectos*. Lisboa: Gradiva.
- Costa, A. P. Souza, F. N. de. Souza, D. N. de. (2016). *Investigação Qualitativa Inovação, Dilemas e Desafios*, Volume 1. Aveiro: Ludomedia.
- Costa, A. P. Amado, J. (2018). *Análise de Conteúdo Suportada por Software*. Aveiro, Ludomedia.
- Costa, A. P. Moreira, A., & Souza, F. N. de. (2019). *webQDA - Qualitative Data Analysis*. Aveiro - Portugal: Aveiro University and MicroIO. Retrieved from www.webqda.net
- Creswell, J. W. (2014). *Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens*. 3a ed. Porto Alegre: Penso.

- Dutra, E. (2002). A narrativa como uma técnica de pesquisa fenomenológica. Natal: Revista Estudos de Psicologia, Volume 7, Número 2, páginas 371 – 378.
- Freitas, D. de. Galvão, C. (2007). O uso de narrativas autobiográficas no desenvolvimento profissional de professores. Rio de Janeiro: *Ciências & Cognição*; Ano 04, Vol. 12.
- Galvão, C. Narrativas em Educação. (2005). Revista *Ciência & Educação*, Bauru, v. 11, n. 2, p. 327-345.
- Galvão, C. (2018). *Narrativas na Educação*. Apresentação em PDF. Lisboa: Instituto de Educação/Universidade de Lisboa.
- Holliday, O. J. (2006). Para Sistematizar Experiências. Brasília: Ministério do Meio Ambiente.
- Levi-Strauss, C. (1993). Tristes Trópicos. Lisboa: Edições 70.
- Onocko Campos, R. N. Furtado, J. P. (2008). Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Revista de Saúde Pública, Volume 42, Número 6, p. 1090 a 1096.
- Palma, D. (1992). Estado Actual de la Sistematización. La Sistematización como estratégia de conocimiento. Santiago do Chile: Conselho de Educação de Adultos da América Latina (CEAAL).
- Souza, F. N. de. Costa, A. P. Moreira, A. Souza, D. N. de. Freitas, F. (2016). webQDA - Manual de Utilização Rápida. Aveiro: Universidade de Aveiro Editora.

ATENÇÃO EM SAÚDE NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Nathalia Cristina Plaza Caprioli¹, Kátia Terezinha Alves Rezende², Cassia Regina Fernandes Biffe Peres³, Silvia Franco da Rocha Tonhom⁴, Aline Pererira de Souza⁵

¹ Secretaria Municipal de Saúde de Marília, São Paulo, Brasil, nathaliaplazabasta@hotmail.com

^{2,3,4 e 5} Faculdade de Medicina de Marília (Famema), Brasil, ² katialvesrezende@gmail.com; ³ c.r.biffe@gmail.com
⁴ siltonhom@gmail.com, ⁵ aline.psouza_enfer@hotmail.com

Resumo: Objetivo: analisar a produção bibliográfica acerca da atenção à saúde no ciclo gravídico puerperal na perspectiva das mulheres e da avaliação das ações pelos serviços. Método: Trata-se de uma pesquisa qualitativa por meio da Revisão Integrativa de Literatura. Utilizou-se as bases de dados BDENF, LILACS e Index Psicologia, por meio dos descritores “cuidado pré-natal”, “período pós-parto”, “serviços de saúde materno-infantil”, “cuidados de enfermagem”, “assistência médica” e “assistência integral à saúde”. Elegeu-se 24 artigos para compor o *corpus* da análise. Resultados: Apresenta-se as temáticas, quais sejam, ações desenvolvidas pela equipe de saúde no ciclo gravídico puerperal; educação em saúde no ciclo gravídico puerperal; processo de trabalho da equipe e critérios para avaliação do cuidado no ciclo gravídico-puerperal. Conclusão: Depreende-se que muitos avanços ainda são necessários para que a atenção no ciclo gravídico puerperal seja orientada de acordo com seus pressupostos.

Palavras Chave: Cuidado Pré-Natal; Período Pós-Parto; Serviços de Saúde Materno Infantil; Cuidados de Enfermagem; Assistência Médica; Assistência Integral à Saúde.

HEALTH CARE IN THE PREGNANCY-PUERPERAL CYCLE: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW FOR THE

Abstract: Objective: to analyze the bibliographic production about health care in the puerperal pregnancy cycle from the perspective of women and the evaluation of actions by services. Method: This is a qualitative research through the Integrative Literature Review. The databases BDENF, LILACS and Index Psicologia were used, using the keywords "prenatal care", "postpartum period", "maternal and child health services", "nursing care", "medical assistance" And "comprehensive health care". 24 articles were chosen to compose the corpus of the analysis. Results: The themes are presented, namely, actions developed by the health team in the puerperal pregnancy cycle; health education in the postpartum pregnancy cycle; team work process and criteria for evaluating care in the pregnancy-puerperal cycle. Conclusion: It appears that many advances are still needed so that the attention in the puerperal pregnancy cycle is oriented according to its assumptions.

Keywords: Pre-natal care; Postpartum period; maternal and child health services; Nursing care; medical assistance and Comprehensive health care.

1. INTRODUÇÃO

A Rede Cegonha é uma estratégia do Ministério da Saúde, operacionalizada pelo SUS, fundamentada nos princípios da humanização e assistência, onde mulheres, recém-nascidos e crianças têm direito a: ampliação do acesso, acolhimento e melhoria da qualidade do pré-natal; Transporte tanto para o pré-natal quanto para o parto; vinculação da gestante à unidade de referência para assistência ao parto; realização de parto e nascimento seguros, através de boas práticas de atenção; acompanhante no parto, de livre

escolha da gestante; Atenção à saúde da criança de 0 a 24 meses, e acesso ao planejamento reprodutivo. Seus principais objetivos são: um novo modelo de atenção ao parto, ao nascimento e à saúde da criança; uma rede de atenção que garanta acesso, acolhimento e resolução das adversidades; e redução da mortalidade materna e neonatal (Brasil, 2011). A Rede Cegonha tem como uma de suas estratégias o apoio à qualificação do cuidado em maternidades prioritárias, que tem produzido acúmulo de metodologias, experiências e conhecimento, bem como evidencia a necessidade de se atuar também na formação dos novos profissionais, a partir da prática. A identificação dessa necessidade culminou na formulação do projeto ApiceOn, que aponta para um processo de mudanças, ou de afirmação de um modelo que traz em sua base estruturante a integração de três dimensões bem definidas e inseparáveis: formação, atenção e gestão (Brasil, 2017). Luz, Aquino e Medina (2018) investigaram características da estrutura das unidades de saúde e dos processos gerenciais e assistenciais da Atenção Pré-Natal (APN) no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, em municípios que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e constataram que a estrutura das unidades básicas e as ações prestadas pelas equipes não obedeciam à maioria dos padrões, destacando-se a existência de barreiras estruturais, indisponibilidade de medicamentos e exames essenciais, problemas na oferta do elenco de ações assistenciais, envolvendo a atenção individual e o cuidado clínico, bem como de promoção da saúde e ações coletivas e domiciliares ofertadas. Dessa forma, concluíram-se que, apesar da alta cobertura da APN e da sua institucionalização nos serviços de APS, persistem problemas que devem ser alvo de iniciativas governamentais que garantam atenção integral e de qualidade no ciclo gravídico-puerperal e que repercutam na melhoria dos indicadores de saúde materno-infantil Luz, Aquino e Medina (2018).

Spindola et al, 2017 na perspectiva de conhecer a vivência das mulheres no pós-parto e discutir a contribuição da enfermagem para educação, concluíram que o pós-parto é um período singular na vida da mulher. Evidenciaram sentimentos e sensações boas, mudanças no cotidiano, participação dos familiares nos cuidados com o bebê e realização de atividades de educação em saúde e que o enfermeiro contribui nessas ações com as mulheres durante o pré-natal, nas consultas de enfermagem ou nas orientações coletivas, entretanto não foram percebidas o seu desenvolvimento no puerpério.

Identificou-se que os serviços da APS do município estão com dificuldades em realizar ações individuais e ou coletivas às mulheres no ciclo gravídico-puerperal preconizadas pelas

políticas de saúde. Assim, questiona-se: De que forma os serviços de saúde da APS estão realizando ações individuais e ou coletivas às mulheres no ciclo gravídico puerperal?

2. OBJETIVO

Analisar a produção bibliográfica acerca da atenção à saúde no ciclo gravídico-puerperal na perspectiva das mulheres e da avaliação das ações pelos serviços.

3. MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, na qual a Revisão Integrativa de Literatura (RIL) foi eleita para alcance do objetivo delineado neste estudo. A Revisão Integrativa de Literatura é realizada por meio de uma análise ampliada de produções bibliográficas sobre um determinado campo do conhecimento, cujo objetivo principal é a obtenção de novas informações e significados para melhor compreensão de um fenômeno (Souza, Silva & Carvalho, 2010). Na perspectiva do rigor metodológico da Revisão Integrativa da Literatura seguiram-se as seguintes etapas (Ganong, 1987; Whittemore & Knafl, 2005).

Na primeira, identificou-se o problema, com definição do tema e a questão de pesquisa. Na segunda etapa, a seleção da amostra deu-se pela busca nas bases de dados BDNF, LILACS e Index Psicologia, por meio dos descritores “cuidado pré-natal”, “período pós-parto”, “serviços de saúde materno-infantil”, “cuidados de enfermagem”, “assistência médica” e “assistência integral à saúde”, os quais foram integrados por meio do operador “and” e “or”.

Foram incluídos na revisão artigos completos relacionados ao objeto de pesquisa, publicados em português, originados de periódicos nacionais e internacionais, indexados nas bases de dados referidas, no período de janeiro de 2013 a junho de 2018.

Foram excluídos artigos do tipo revisão e comentário, bem como aqueles que se relacionavam-se ao tema, porém com outro enfoque. Na terceira etapa, identificou-se 139 artigos, desses 16 (11,5%) discorriam sobre a temática, cuidado em saúde no pré-natal e puerpério, porém 13 (9,3%) tratavam de condições clínicas específicas da gestante, sendo elas, dependência química, risco para pré-eclâmpsia, soropositivo para HIV (Vírus da Imunodeficiência Adquirida), cardiopatias, obesidade, depressão e três (2,1%) de situação social específica, estar encarceradas. Assim, esses foram excluídos pela leitura do título da investigação, permanecendo-se com 123 artigos. Esses foram submetidos a um processo

de seleção considerando o título e o resumo. Conclui-se que 83 artigos (59,7%) não discorriam sobre a temática em questão e sete (5,0%) era estudo de revisão sistemática, sendo estes excluídos. Assim, selecionou-se 33 (23,7%) artigos para leitura na íntegra. Desses, excluiu-se nove (27,3%), foram excluídos, pois não respondiam à questão da pesquisa. Portanto, elegeu-se 24 (72,7%) artigos para compor o *corpus* da análise.

Na quarta etapa procedeu-se a análise dos resultados, identificando-se convergências e divergências. E por fim, esses são apresentados e discutidos, por meio de quatro temáticas que emergiram, quais sejam, ações desenvolvidas pela equipe de saúde no ciclo gravídico puerperal; educação em saúde no ciclo gravídico puerperal; processo de trabalho da equipe e critérios para avaliação do cuidado no ciclo gravídico-puerperal.

4. RESULTADOS

4.1 Caracterização dos artigos

Caracterizou-se os artigos quanto ao ano de publicação, periódico, formação acadêmica dos autores, tipo de estudo e local de estudo. Quanto ao ano de publicação, identifica-se que seis (25%) artigos foram publicados em 2015, cinco (20,8%) em 2016, quatro (16,7%) em 2013, outros quatro (16,7%) em 2014, outros quatro (16,7%) em 2017 e um (4,1%) em 2018.

Em relação ao periódico, encontra-se que 15 (62,5%) artigos foram publicados em periódicos de enfermagem, sete (29,1%) em saúde coletiva, um (4,2%) em medicina e um (4,2%) em ciências da saúde. No quesito formação acadêmica dos autores, verifica-se que dez (41,8%) correspondem a enfermagem, um (4,1%) nutrição e enfermagem, um (4,1%) medicina e enfermagem, um (4,1%) fisioterapia e enfermagem, um (4,1%) biomedicina e enfermagem, um (4,1%) da nutrição e nove (37,7%) dos artigos não constam a formação acadêmica.

O tipo de estudo representa-se por sete (29,2%) artigos com abordagem quantitativa, nove (37,5%) qualitativa e oito (33,3%) não explicita sua abordagem. Quanto ao local de estudo, observa-se que 14 (58,4%) foram realizados no nível de atenção primária, um (4,1%) primário e secundário, seis (25%) nível terciário e três (12,5%) não registraram o local de estudo.

Quadro 1 – Apresentação dos temas e resultados

Temas	Resultados
Ações desenvolvidas pela equipe de saúde no ciclo gravídico puerperal	Apoio da equipe para amamentação (Barbosa et al, 2018). Descrevem as ações pré-natal e puerpério realizadas tanto individual e coletivo no projeto. (Valdes, Santos & Prado, 2017). Consultas prepararam para serem mães. (Demarchi et al, 2017). Frustrações por não terem consulta de enfermagem no pré-natal e puerpério. (Demarchi et al, 2017). Ações enfermeira e ACS em VD no puerpério (Corrêa et al, 2017). Visita profissional equipe no primeiro mês durante puerpério; não receberam visita pela equipe (Corrêa et al, 2017). O foco do atendimento do puerpério é na criança (Corrêa et al, 2017). Orientações dos ACS são insuficientes diante das necessidades das puérperas (Corrêa et al, 2017). Anticoncepção abordada na puericultura (Corrêa et al, 2017). Não realizou cuidado as necessidades da puérpera (Corrêa et al, 2017). Descreve as ações no período pré-natal, parto e pós parto (Pedraza, 2016). Descreve ações realizadas no acompanhamento pré – natal (Santos et al, 2016).
Educação em saúde no ciclo gravídico puerperal	Orientações nutricionais (Barbosa, et al, 2018). Orientação aleitamento materno pela equipe (Barbosa et al, 2018). Lacuna orientações ao aleitamento materno (Tamara et al, 2017). Orientação de aleitamento realizada pelo médico (Rodrigues et al, 2016). Orientação não foi dada a todas as mulheres (Rodrigues et al, 2016). Adolescentes grávidas recebem orientações relativas ao parto, da equipe e, em especial do enfermeiro (Monteiro & Oliveira et al, 2016). Fragilidade na adesão aos grupos de gestantes (Monteiro & Oliveira et al, 2016). Importância da participação do grupo de gestante (Monteiro & Oliveira et al, 2016). Recebeu orientação no pré-natal (Barbosa et al, 2015). mulheres com mais estudo e as primíparas receberam mais orientações sobre aleitamento materno (Barbosa et al, 2015). Temas abordados pelo enfermeiro sobre orientações no pré-natal, parto e puerpério (Oliveira et al, 2015). Primíparas necessita de mais orientações que múltiparas (Oliveira et al, 2015). Receberam orientações e sanaram dúvidas sobre aleitamento materno no pré-natal e puerpério (Aparecida et al, 2014). Grupo sobre aleitamento materno exclusivo; algumas tiveram clareza sobre o período e outras não (Aparecida et al, 2014). Em grupo foi abordado sobre utilização de líquidos, mamadeiras e chupetas; introdução precoce da chupeta (Aparecida et al, 2014). Orientação sobre AM no pré-natal e no hospital, de forma individual e consideradas insuficientes (Silva et al, 2014). Educação aprendida pelos pais; educação verticalizada tanto na escola como nos serviços de saúde (Guerreiro et al, 2014). Educação realizada individualmente retirando a oportunidade da construção coletiva do conhecimento (Guerreiro et al, 2014). Primíparas reconhecem a família no processo educativo e as múltiparas consideram o profissional médico (Rodrigues et al, 2013). Informações no pré-natal com foco no papel de mãe e na saúde do bebê em detrimento a saúde da mulher (Cabral, Hirt & Sand, 2013). Rede familiar e social como apoio ao cuidado (Cabral, Hirt & Sand, 2013). Dificuldade amamentação (Corrêa et al, 2017).
Processo de trabalho da equipe	Queixa da irregularidade de visitas do ACS no puerpério (Corrêa et al, 2017). A equipe não fornece consulta pós-parto (Corrêa et al, 2017). Fragilidade no agendamento da consulta médica puerperal (Corrêa et al, 2017). Problema organização no serviço para o agendamento (Corrêa et al, 2017). Aprovou atendimento da recepção por demanda na amamentação (Corrêa et al, 2017). Desejo de iniciativa da equipe para questionamento e esclarecer dúvidas (Corrêa et al, 2017). Algumas dúvidas/ necessidades não são manifestar pelas puérperas (Corrêa et al, 2017). Acesso ao agendamento como facilitador do pré-natal (Cabral, Hirt & Sand, 2013). Fatores interferiram negativamente no aleitamento materno na primeira hora (AMPH) (Sá et al, 2016).
Papel dos profissionais no ciclo gravídico puerperal	Enfermeiro como facilitador e motivador (Tamara et al, 2017). Falta sensibilidade dos profissionais enfermagem quanto demandas aleitamento materno. (Tamara et al, 2017). Médica atende intercorrências. (Corrêa et al, 2017). Atitude de rechaço da médica (Corrêa et al, 2017). Falta de olhar para as necessidades da puérpera (Corrêa et al, 2017). Conhecimento técnico da enfermeira foi considerado insuficiente para a consulta puerperal (Corrêa et al, 2017). Foco no saber médico (Corrêa et al, 2017). Manifestação de vulnerabilidade emocional na conversa com o médico (Corrêa et al, 2017). Foco no exame obstétrico e não realização do exame físico completo (Corrêa et al, 2017).

Temas	Resultados
Critérios para avaliação do cuidado no ciclo gravídico-puerperal	Avaliação do pré-natal, parto e puerpério (Hass, Teixeira & Beghetto, 2013; Costa et al, 2013; Matozinhos et al, 2014; Andrade et al, 2015, Segatto et al, 2015; Queiroz, Soares & Oliveira, 2015; Melo, Oliveira & Mathias, 2015).

5. DISCUSSÃO

Nos estudos dessa Revisão Integrativa da Literatura (RIL), foram identificadas ações desenvolvidas pela equipe de saúde no ciclo gravídico puerperal. As ações de saúde nesse ciclo devem pautar-se principalmente nos aspectos relacionados à proteção e promoção em saúde. As atividades realizadas no acompanhamento pré-natal são descritas por Pedraza (2016) e Santos et al (2016), considerando algumas variáveis tais como de número de consultas por profissional, início do pré-natal, procedimentos de rotina, exames realizados e consulta puerperal. No âmbito da promoção da saúde, encontrou-se que as consultas são espaços de preparo para ser mãe (Demarchi et al, 2017), além de haver apoio da equipe para a amamentação (Barbosa et al, 2018). Observou-se como ação das equipes de saúde a realização de visita domiciliar no puerpério, mais especificamente da enfermeira e do Agente Comunitária de Saúde (ACS), não recebendo visita de outros profissionais da equipe (Corrêa et al, 2017). Ressalta-se ainda que as puérperas consideram as orientações do ACS como insuficientes (Corrêa et al, 2017). Além de ser relatada frustração por não haver consulta de enfermagem no pré-natal e puerpério (Demarchi et al, 2017). Neste sentido, ressalta-se a importância da interdisciplinaridade no cuidado à essas mulheres, visto que é atribuição da equipe de saúde o atendimento integral, respeitando-se a autonomia e saber de cada profissão. Peduzzi, Agreli, Silva & Souza (2020) trazem a compreensão de trabalho em equipe interprofissional como um trabalho coletivo que se estabelece na relação recíproca entre as intervenções técnicas e as interações dos agentes envolvidos. As puérperas apontam que as suas necessidades não são atendidas (Corrêa et al, 2017), visto que não há programação de consultas às mesmas, sendo que a criança é o foco de atendimento no puerpério, inclusive a abordagem de anticoncepção realizada na consulta de puericultura (Corrêa et al, 2017). Os cuidados no puerpério devem ser individualizados, a fim de atender às necessidades da mãe e do bebê. Além da visita domiciliar, é preconizado o retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde para avaliação física e acolhimento das necessidades das famílias (Brasil, 2013). Ainda, a investigação, revelou que há uma expectativa de que a equipe investigue suas necessidades e esclareça dúvidas (Corrêa et al, 2017). Dentre as ações desenvolvidas pelas equipes de saúde no ciclo gravídico-puerperal, nessa investigação, destacou-se a educação em saúde. Essa é uma

ferramenta potente para construção da autonomia dos sujeitos. Assim, identificou-se a abordagem de temas relacionados ao ciclo gravídico puerperal por um membro da equipe de saúde (Guerreiro et al, 2014; Oliveira et al, 2015), assim como o trabalho realizado pela equipe de saúde (Barbosa et al, 2015) e aprendizagem por familiares e redes sociais (Guerreiro et al, 2014).

Valdes, Santos & Prado (2017), apontam que ocorrem abordagens tanto de maneira individual quanto coletiva. Houve orientações sobre aleitamento materno, as quais foram realizadas pelo médico, e menos da metade das mulheres acompanhadas durante o pré-natal receberam tais orientações. (Rodrigues et al, 2013). Outras ocorreram no período puerperal, e quase todas as mulheres apresentaram dificuldades no processo da amamentação e somente uma realizava aleitamento materno exclusivo. (Corrêa et al, 2017). Destacando que as orientações podem ser consideradas suficientes e insuficientes (Silva et al, 2014; Tamara et al, 2017). Quanto às orientações em grupo, foram sinalizadas como importantes (Monteiro e Oliveira et al, 2016), possibilitando sanar dúvidas sobre o aleitamento materno no pré-natal e puerpério, bem como o cuidado com a criança (aparecida et al, (2014). Em relação a importância de orientações, emergiu que primíparas têm mais necessidades que múltiparas (Oliveira et al, 2015). Apesar das múltiparas terem experiências anteriores, acredita-se que sua participação no trabalho em grupo é essencial para troca e construção de conhecimentos. Nesse sentido, o trabalho em grupo, como a possibilidade de reunir primíparas e múltiparas, de diferentes faixas etárias e diversas idades gestacionais, oportuniza compartilhar experiências, sanar dúvidas e construir a promoção do autocuidado na gestação, no parto e no puerpério. (Lima; Hollanda; Oliveira; Santos & Carvalho, 2019). Houve questionamento sobre as informações realizadas no pré-natal focarem o papel de mãe, da saúde do bebê, em detrimento a saúde da mulher (Cabral, Hirt & Sand, 2013). Além de as mulheres trazerem que a construção do conhecimento foi por meio de uma educação verticalizada tanto na escola como nos serviços de saúde (Guerreiro et al, 2014) o que não contribui para uma aprendizagem efetiva. O trabalho em equipe remete-se a como está organizado o processo de trabalho dos serviços de saúde. Nesse contexto, tem-se problemas identificados no agendamento, cujo serviço não garante consulta no período puerperal, sendo atendidas somente quando demandam (Corrêa et al, 2017). Por outro lado, existe um atendimento facilitado pela recepção para demanda de amamentação (Corrêa, 2017) e um destaque que o acesso ao agendamento é um facilitador do acompanhamento do pré-natal (Cabral, Hirt & Sand, 2013). Alguns fatores relacionados

ao cuidado prestado interferiram negativamente na amamentação na primeira hora (AMPH), como não ter realizado pré-natal de forma adequada, o parto cesáreo e mãe e filho não permanecerem em alojamento conjunto após o parto (Sá et al, 2016). Um estudo desenvolvido em Sergipe com o objetivo de analisar a qualidade do pré-natal a partir das recomendações do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), embora tenham atingido uma boa cobertura, indicaram alguns problemas, entre outros, o início tardio do pré-natal, o número insuficiente de consultas e poucas orientações referente ao momento que estão vivendo (Mendes et al, 2020). Dessa forma, a compreensão da necessidade do processo de trabalho ser subjacente às necessidades de saúde, oportuniza as equipes novos olhares, leituras mais abrangentes das necessidades, que podem se desdobrar em uma organização interprofissional ancorado na prática comunicativa entre a equipe e estes com os usuários e suas famílias (Peduzzi, Agreli, Silva & Souza, 2020). Em relação a atuação dos profissionais no ciclo gravídico puerperal, evidenciou-se que o enfermeiro é considerado facilitador e motivador no cuidado em saúde (Tamara et al, 2017), porém destacou-se a falta de sensibilidade desses profissionais quanto às demandas do aleitamento materno (Tamara et al, 2017). A investigação explicitou as dificuldades dos profissionais trabalhar as necessidades de saúde da mulher nesse momento da sua vida, enfatizando o conhecimento técnico insuficiente da enfermeira para realização da consulta puerperal, pois há valorização do saber médico, no entanto, sinalizam atitude antiética do mesmo (Corrêa et al, 2017) e foco no exame obstétrico e não realização do exame físico visando a integralidade do cuidado (Oliveira et al, 2015). Entretanto, elas sinalizam, que no diálogo com o médico conseguem manifestar sua vulnerabilidade emocional (Corrêa et al, 2017). Neste estudo, destaca-se alguns critérios definidos para a avaliação do cuidado no ciclo gravídico-puerperal. Costa et al (2013), Hass, Teixeira & Beghetto (2013), Matozinhos et al (2014) e Queiroz, Soares & Oliveira (2015) analisaram o pré-natal, parto e puerpério de acordo com o Protocolo de Pré-Natal e Puerpério do Ministério da Saúde.

Hass, teixeira & Beghetto (2013) e Queiroz, Soares & Oliviera (2015) avaliaram número médio de consultas, início do pré-natal, procedimentos clínicos obstétricos com destaque para aferição de peso e pressão arterial e realização de exames laboratoriais. Costa et al (2013) analisaram os indicadores do início do pré-natal, o número de ultrassonografias e a participação em atividades educativas. Matozinhos et al (2014) analisaram a captação precoce das gestantes; desenvolvimento das seguintes atividades ou procedimentos durante a atenção pré-natal como exames laboratoriais, imunização antitetânica; avaliação

do estado nutricional da gestante e do risco gestacional; prevenção e tratamento dos distúrbios nutricionais e registro em prontuário e cartão da gestante.

Alguns critérios foram utilizados para avaliar o cuidado pré-natal, como o início do atendimento versus idade gestacional, número mínimo de consultas, realização de exames laboratoriais e aferição e avaliação da altura uterina, pressão arterial sistêmica, peso e batimentos cardíacos e apresentação fetal (Melo, oliveira & mathias (2015).

Andrade et al (2015) analisam os hemogramas realizados durante o pré-natal; o ganho de peso; as intercorrências clínicas; a ingestão dos macronutrientes e micronutrientes; o uso de tabaco e álcool e a atividade física. Segatto et al (2015) analisam a porcentagem de gestantes que realizaram pré-natal, a primeira consulta no primeiro trimestre, no mínimo seis consultas de pré-natal, exames básicos, consulta de puerpério e cobertura vacinal da antitetânica.

É importante que a avaliação do pré-natal possa contemplar critérios mais amplos, com aspectos de infra-estrutura, processo de trabalho e resultado, permitindo constatar como está sendo a operacionalização do cuidado. Nesse sentido, identificou-se que uma pequena parcela de mulheres foram encaminhadas à maternidade, participaram de atividades de educação em saúde e realizaram os exames recomendados para o pré-natal e a quantidade de gestantes com início do pré-natal no primeiro trimestre e maior número de consultas, ficou abaixo do esperado; denotando que a equipe de saúde deve ampliar a captação das gestantes e a necessidade de ser efetivada a construção de políticas públicas voltadas para redução das iniquidades (Silva, Leite, Lima & Osório, 2019).

6. CONCLUSÕES

Os resultados e discussão dos dados do presente estudo mostram que o objetivo de analisar a produção bibliográfica acerca da atenção à saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal foi contemplado. Considerando que as ações de saúde devem pautar-se principalmente nos aspectos relacionados à proteção e promoção em saúde, identificou-se fragilidades no atendimento às mulheres, em especial, as necessidades das puérperas. O resgate do trabalho interprofissional possibilita a construção da integralidade do cuidado, desenvolvendo ações que abordem a gestação, o parto e o puerpério em consulta individual e em grupo, considerando a mulher como protagonista durante todo processo. Em particular, no puerpério, a mulher, além de assumir o seu papel de mãe cuidando do recém-

nascido, deve ser cuidada em suas necessidades de saúde. Constata-se que as unidades de saúde estão com dificuldades de operar na lógica da integralidade. Assim, ressalta-se a importância deste estudo para a investigação qualitativa aplicada à área da saúde durante o ciclo gravídico puerperal com a finalidade de melhorar a qualidade dos cuidados a serem prestados às mulheres. Identifica-se como limite da pesquisa o desenvolvimento da mesma com um número reduzido de artigos, no entanto, possibilitou uma reflexão de como as mulheres estão sendo cuidadas. Nesse sentido, evidencia-se a necessidade no investimento de políticas públicas no tocante ao atendimento das necessidades dessa população.

7. REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, Rede Cegonha no âmbito do SUS. Brasília, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres. Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. ApiceOn: Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2017.
- Luz, Leandro Alves da, Aquino, Rosana, & Medina, Maria Guadalupe. (2018). Avaliação da qualidade da Atenção Pré-Natal no Brasil. *Saúde em Debate*, 42(spe2), 111-126. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s208>
- Spindola, T., Penna, L., Lapa, A., Cavalcanti, A., Silva, J., & Santana, R. (2017). PERÍODO PÓS-PARTO NA ÓTICA DE MULHERES ATENDIDAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. *Enfermagem em Foco*, 8(1), 42-46. doi:<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2017.v8.n1.847>
- Souza, M. T.; Silva, M. D.; Carvalho, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.
- Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. *Res Nurs Health*. 1987;10(1):1-11.
- Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546-53.
- Barbosa A.M et al. Percepções maternas sobre a assistência nutricional no acompanhamento interdisciplinar do pré-natal e puerpério. Tempus, actas de saúde colet, Brasília 2018.
- Valdes I.N.F, Santos E.O, Prado E.V Programa mais médicos: qualificação da atenção ao Pré-Natal e Puerpério na âmbito da Estratégia da Saúde da Família. *Rev. APS* 2017
- Demarchi R.F et al. Percepção de gestantes e puérperas primíparas sobre maternidade. *Rev enferm UEPE on line*, Recife, 2017.
- Corrêa M.S.M et al. Acolhimento no cuidado à saúde da Mulher no Puerpério. *Cad. Saúde Pública*, 2017.
- Pedraza D.F Assistência ao pré-natal, parto e pós-parto no município de Campina Grande, Paraíba. *Cad. Saúde Coletiva*, 2016, Rio de Janeiro.
- Santos S.M.P dos et al. Acessibilidade ao serviço de saúde da mulher no ciclo gravídico-puerperal. *Cogitare Enferm*, 2016.
- Tamara L. de B et al. Apoio recebido por mães adolescentes no processo de aleitamento materno. *Rev Enferm UEPE on line*, Recife, 2017.
- Rodrigues A.P et al. Caracterização sociodemográfica e obstétrica de puérperas internadas em alojamento conjunto no Brasil. *Ciência y Enfermería XXII*, 2016.
- Monteiro e Oliveira L.F et al. Vivência de puérperas adolescentes quanto à gravidez e trabalho de parto. *Rev Enferm UFPE on line*, Recife, 2016.

- Barbosa L.N et al. Prevalência de práticas educativas acerca do aleitamento materno exclusivo (AME) em Cuiabá – MT. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 2015.
- Oliveira J.C de S et al. Assistência pré-natal realizada por enfermeiros: o olhar da puérpera. Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro, 2015.
- Aparecida K. R. M da et al. Percepção das mães em relação ao aleitamento materno no período do pós parto. ABCS Health Sci, 2014.
- Silva N.M da et al. Conhecimento de puérperas sobre amamentação exclusiva. Revista Brasileira de Enfermagem, 2014.
- Guerreiro E.M et al. Educação em saúde no ciclo gravídico puerperal: sentidos atribuídos por puérperas. Revista Brasileira de Enfermagem, 2014.
- Rodrigues D.P et al. Representações sociais de mulheres sobre gravidez, puerpério e ações educativas. OBJN, 2013.
- Cabral F.B, Hirt L.M, Sand I.C.P.V de. Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado. Rev Esc Enferm USP, 2013
- Sá N.N.B de et al. Fatores ligados aos serviços de saúde determinam o aleitamento materno na primeira hora de vida no Distrito Federal, Brasil, 2011. Rev Bras Epidemiol, 2016.
- Hass C.N, Teixeira L.B, Beghetto M.G. Adequabilidade da assistência pré-natal em uma Estratégia de Saúde da Família de Porto Alegre – RS. Rev Gaúcha Enferm. 2013
- Costa C.S.C et al. Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. Rev Eletr Enf, 2013.
- Matozinhos F.P et al. Avaliação da atenção pré-natal: estudo de base populacional. Rev APS, 2014.
- Andrade B.D et al. Fatores nutricionais e sociais de importância para o resultado da gestação, em mulheres em acompanhamento na rede de atenção primária de Juiz de Fora. Rev Med Minas Gerais, 2015.
- Segatto M.J et al Avaliação da assistência pré-natal em município do Sul do Brasil. Rev Enferm UFPI, 2015.
- Queiroz D.J.M, Soares D.B, Oliveira K.C.A.N de. Avaliação da assistência pré-natal: relevância dos exames laboratoriais. Revista Brasileira Promoção Saúde, Fortaleza, 2015.
- Melo E.C, Oliveira R.R de, Mathias T.A.de F. Fatores associados à qualidade do pré-natal: uma abordagem ao nascimento prematuro. Rev Esc Enferm USP, 2015.
- Marina Peduzzi, Heloise Lima Fernandes Agreli, Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva, Helton Saragor de Souza Trab. Educ. Saúde, 18(s1):e0024678; Rio de Janeiro, 2020.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 318 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).
- da Silva Lima, V., Silva Esteves de Hollanda, G., Morais de Oliveira, B., Gomes de Oliveira, I., Vieira Freitas dos Santos, L., & de Lima Carvalho, C. (2019). Health education for pregnant women: the search for maternal empowerment over the puerperal-pregnancy cycle / Educação em saúde para gestantes: a busca pelo empoderamento materno no ciclo gravídico-puerperal. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 11(4), 968-975. doi:<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v11.6822>
- Mendes, Rosemar Barbosa, Santos, José Marcos de Jesus, Prado, Daniela Siqueira, Gurgel, Rosana Queiroz, Bezerra, Felipa Daiana, & Gurgel, Ricardo Queiroz. (2020). Avaliação da qualidade do pré-natal a partir das recomendações do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(3), 793-804. Epub March 06, 2020.<https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.13182018>
- Silva EP, Leite AFB, Lima RT, Osório MM. Avaliação do pré-natal na atenção primária no Nordeste do Brasil: fatores associados à sua adequação. Rev Saude Publica. 2019;53:43.

PERCEPÇÃO DE IDOSOS COM DOENÇAS CRÔNICAS SOBRE A PERDA DA FUNCIONALIDADE E DA AUTONOMIA

Maria Vieira de Lima Saintrain¹, Caroline Barbosa Lourenço¹, Caroline Ferreira Martins¹, Ana Nery Melo Cavalcante¹, Rosa Livia Freitas de Almeida¹ e Raimunda Magalhães da Silva¹

¹ Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará-Brasil. mvlsaintrain@yahoo.com.br; kerol25@yahoo.com.br; carolmf.lessa@gmail.com; ananery.melo@bol.com.br; rliviafa@unifor.br; rmsilva@unifor.br

Resumo. Introdução: O envelhecer natural e saudável pode ser objeto de mudanças estruturais e funcionais, manifestando-se como natural do ser humano. Objetivo: Conhecer a percepção dos idosos sobre a perda da funcionalidade e da autonomia causada pelas doenças crônicas. Método: Pesquisa qualitativa desenvolvida com 14 idosos em área urbana, adstrita à Unidade Básica de Saúde, em município do Nordeste brasileiro. Os idosos responderam entrevista semiestruturada, utilizando perguntas abertas para permitir o fluxo livre de suas respostas. Estas foram transcritas na íntegra e, para tratamento dos dados, optou-se pela Análise de Conteúdo preconizada por Bardin. A recolha dos indicadores assentou-se nas indagações: Quais as interferências das doenças crônicas nas condições de vida dos idosos? Como os idosos se sentem com a perda da funcionalidade? De que maneira eles se sentem com a sua autonomia?. Resultado: Ao categorizar as falas, surgem sentimentos de tristeza, vontade de morrer, aflições quanto ao modo de viver na família e na sociedade. A perda da funcionalidade dimensiona constrangimento consigo mesmo, enquanto a autonomia reflete a percepção sobre o prejuízo da habilidade de cuidar de si, a falta de interação com os outros e seu papel social. Conclusão: O idoso com vulnerabilidade funcional e de autonomia denota sentimentos que afetam a compreensão da liberdade, a conduta do cuidar de si e os valores na tomada de decisão.

Palavras-chave: Doenças Crônicas; Funcionalidade; Autonomia; Pessoa Idosa.

CHRONICALLY ILL OLDER ADULTS' PERCEPTION OF LOSS OF FUNCTIONALITY AND AUTONOMY

Abstract. Introduction: Natural and healthy aging can undergo structural and functional changes and manifest itself as a natural human process. Objective: To know older adults' perception of loss of functionality and autonomy caused by chronic diseases. Method: This is a qualitative study of 14 older people in an urban area covered by a Primary Health Care center in a municipality in Northeastern Brazil. Semi-structured interviews were held with the participants using open-ended questions to allow the free flow of their answers. They were transcribed verbatim and data were treated using Bardin's Content Analysis. Data collection was based on the questions: what are the interferences of chronic diseases in older adults' living conditions? How do older adults feel about loss of functionality? and How do they feel about their autonomy? Results: The categorization of the responses revealed feelings of sadness, desire to die, and anguish related to the mode of life within the family and society. Loss of functionality caused embarrassment about themselves and autonomy reflected their perception of self-care, lack of interaction with others and their social role. Conclusion: Older adults with impaired functionality and autonomy experience feelings that affect their understanding of freedom and practice of self-care and decision-making skills.

Keywords: Chronic Diseases; Functionality; Autonomy; Perception; Older Adult.

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, a Política Nacional de Saúde do Idoso assim considera pessoas com 60 anos ou mais, assegurando, explicitamente, os direitos primordiais à saúde dessa população (Brasil, 2006).

Nesta conjuntura, o rápido aumento da população idosa e da expectativa de vida, resultante, sobretudo, da melhoria na qualidade dos serviços de saúde e das condições de vida, acarretou mudanças epidemiológicas irreversíveis, caracterizadas por doenças crônicas e múltiplas que perduram por anos (Brasil, 2017; Pereira, Souza & Vale, 2015).

Se, entretanto, esses anos adicionais forem reprimidos por declínios na capacidade funcional, as implicações para os idosos e para a sociedade podem ser muito negativas (WHO, 2015).

O envelhecer natural e saudável pode experimentar uma série de mudanças estruturais e funcionais, que são cumulativas, progressivas, intrínsecas e deletérias, as quais se manifestam como algo natural do ser humano (Sgarbieri & Pacheco, 2017).

Assim sendo, o envelhecimento é, evidentemente, inevitável, marcado por uma perda progressiva de funções sensoriais e motoras, aumentando, conseqüentemente, a vulnerabilidade às doenças crônicas. Estes agravos podem afetar a funcionalidade, a mobilidade e a independência, impossibilitando a pessoa de desenvolver um envelhecimento saudável e autônomo (Leandro-Franco & Murta, 2014).

Com vistas a oferecer meios para a reorganização dos serviços de saúde, o Ministério da Saúde do Brasil lança a *Estratégia para promoção do envelhecimento saudável*, cuja meta configura a “linha de cuidado para o atendimento à pessoa idosa”, como primazia no nível de independência e autonomia para atividades cotidianas, na premissa de reduzir a perda da autonomia, aumentar o desempenho cognitivo e a sobrevida nessa faixa etária (MS/Brasil, 2017).

Malgrado os avanços relativos ao envelhecimento, ainda se impõe necessário fornecer elementos para o desenvolvimento de ações públicas adequadas a essa população. Dentre os progressos técnicos, científicos e tecnológicos para o envelhecimento, questiona-se: Quais as interferências das doenças crônicas nas condições de vida dos idosos? Como os idosos se sentem com a perda da funcionalidade? De que maneira se acham com a sua autonomia?

Com o pressuposto de que as doenças crônicas comprometem as condições físicas, sociais e comportamentais do idoso, este ensaio tem como objetivo conhecer a percepção dos

idosos sobre a condição de vida, perda da funcionalidade e da autonomia, causada pelas doenças crônicas.

Como importante passo em direção ao que preconiza a estratégia lançada pelo Ministério da Saúde, a pesquisa ora sob relato buscou informações que possam contribuir no fortalecimento de ações direcionadas à atenção das pessoas idosas mais vulneráveis, segundo os princípios da equidade e da integralidade da saúde.

2. METODOLOGIA

Este estudo é de ordem qualitativa, com uma abordagem compreensiva das experiências de vida, envolvendo os aspectos das relações, sentidos, valores, crenças, comportamentos e sentimentos dos idosos (Minayo, 2014). Em demandas qualitativas, os entrevistados são convidados a contar suas histórias, garantido um ritual de respeito, acolhimento e segurança. A interação e a negociação humana são vistas como a base para a criação e entendimento da vida social e de conhecimento (Edwards & Holland, 2013).

A pesquisa foi desenvolvida com 14 idosos de ambos os sexos, com idade de 60 anos ou mais que residiam em uma área urbana, adstrita à Unidade Básica de Saúde localizada em um município do Estado do Ceará, no Nordeste brasileiro. Os participantes tinham características semelhantes em relação às condições sociais, econômicas, educacionais e culturais. Estes foram identificados nos serviços de saúde e após a aplicação de um questionário - de uma pesquisa anterior - para 165 idosos com 60 anos (média de 67.0 ± 6.0 anos), com a finalidade de investigar as atividades da vida diária AVD e atividades instrumentais da vida diária – AIVD.

As atividades inerentes ao instrumento AVD dizem respeito às configurações do autocuidado, como tomar banho, vestir-se, fazer higiene pessoal, transferência, controle de esfínteres, alimentação. Sua taxionomia é procedida de acordo com a pontuação do somatório de resposta “SIM”. Tem como escores um ponto para cada resposta “sim”, e classifica-os como Independência, quando o resultado é de seis pontos - Défice Moderado, com quatro pontos, e Défice Severo, com dois pontos (Katz, S.*et al.*, 1983).

Quanto ao instrumento AIVD, estão incluídas oito variáveis referentes às habilidades de mobilidade (usar o telefone, ir a locais distantes utilizando algum meio de transporte, fazer compras, arrumar a casa, lavar roupa, preparar a própria refeição, tomar medicamentos e

cuidar do dinheiro). Para cada atividade, são propostas três opções: Sem Ajuda (três pontos), com Ajuda Parcial (dois pontos), Não Consegue (um ponto) - tendo como escore máximo 27 pontos. O escore tem significado individual e o declínio à extensão do tempo revela deterioração. O somatório com valores de 19 a 27 pontos classifica-o com independência; de dez a 18 pontos, tem capacidade com assistência e de um a nove pontos tem dependência (Lawton and Brody, 1969).

Com os resultados destes instrumentos, identificou-se a necessidade de aprofundar o estudo em relação às doenças crônicas e comprometimento na capacidade funcional e autonomia pessoal. Os 14 idosos acometidos de doenças crônicas autorreferidas (hipertensão arterial, *Diabetes Mellitus*, reumatismo) foram convidados pessoalmente a participar da entrevista e todos aceitaram, assinando o Termo de Consentimento. A inclusão dos idosos baseou-se nas boas condições físicas e cognitivas para responder a entrevista, havendo-se excluído aqueles com sinais de demência ou com dificuldade de exercer a oralidade.

Realizou-se a coleta de dados no período 10 de janeiro a 05 de fevereiro de 2020, por meio de entrevista semiestruturada, aplicada no domicílio por uma das pesquisadoras com experiência na atenção primária de saúde e no cuidado com idoso. A entrevista constou de perguntas abertas a respeito das interferências das doenças crônicas na vida, os sentimentos e percepções quanto a capacidade física e autonomia ante a situação de saúde vivenciada.

Os idosos aceitaram gravar a entrevista, a qual se efetivou individualmente em um local adequado depois da visita domiciliar do agente de saúde, com duração de aproximadamente uma hora, acrescida da observação direta do pesquisador. Para garantir o anonimato, os participantes foram classificados pela letra E de entrevista, acompanhada da sequência numérica.

As respostas foram transcritas na íntegra e organizadas de acordo com a Análise de Conteúdo, de Bardin (2018), que preconiza a elaboração sistemática de uma pré-análise do material, exploração deste, codificação, categorização, inferência e interpretação dos dados.

Dentre as técnicas utilizadas para a realização da Análise de Conteúdo, optou-se pelo exame categorial. Esse tipo de análise cuida do desmembramento do discurso em categorias, em que os critérios de escolha e delimitação se orientam pela dimensão

investigativa dos temas relacionados ao objeto de pesquisa, identificados nos discursos dos pesquisados (Bardin, 2018).

O projeto teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza, Parecer número 2.726.401/18. Todos os participantes receberam esclarecimento e informações a respeito do trabalho, tendo garantidos o anonimato e a liberdade de retirar-se do estudo a qualquer momento, enquanto aqueles que participaram assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 14 participantes, nove eram mulheres e cinco homens, com idade que variou de 64 a 89 anos. Todos pertenciam à classe socioeconômica de baixa renda, sendo que eram aposentados e recebiam de meio até dois salários-mínimos.

De posse dos achados, foram identificados para a análise os temas sobre a) Interferência das doenças crônicas nas condições de vida; b) Doenças crônicas e o desempenho funcional; c) Percepção da autonomia e a influência na dinâmica da vida.

Vários fatores podem estar relacionados a dependência ou limitação funcional das pessoas idosas, podendo-se destacar fatores sociodemográficos e condição de saúde geral, todos associados ao apoio familiar. Ainda pouco se sabe, entretanto, sobre a magnitude do influxo da dependência na manutenção da saúde em idosos (Saintrain & Vieira, 2018).

Estudo realizado por Virtuoso-Júnior, Martins, Roza, Paulo, Ribeiro, & Tribess (2015), e que teve como um dos objetivos estimar fatores associados à dependência funcional em idosos, detectou o fato de que a incapacidade funcional para Atividades Básicas da Vida Diária associou-se a um aumento da idade, ao consumo de bebidas alcoólicas, sintomatologia depressiva e fragilidade. De outra parte, as Atividades Instrumentais da Vida Diária foram associadas ao avanço da idade, analfabetismo, arranjo familiar multigeracional, hospitalização e fragilidade física, social e mental.

3.1 Interferência das doenças crônicas nas condições de vida

Esta temática concebeu a percepção dos idosos sobre a interferência das doenças crônicas quanto ao seu aspecto individual, enquanto as falas ressaltam uma conjunção de problemas que vem ao encontro de suas condições de vida.

Ao se categorizar as falas, surgem sentimentos aflitivos, como:

“Agonia no coração” (E1), “Dor nas pernas e não poder sair”(E2), “Diabetes causa dor nas pernas e gastura”(E5), “Hipertensão... não realizar minhas atividades”(E4), “A pressão dá muito problema”(E3), “Não está tudo ok, o dinheiro é curto”(E6), “Não poder fazer as atividades que fazia” (E7).

As comorbidades na pessoa idosa representam uma diminuição na mobilidade física, social e econômica que, para eles, causam contrangimento pela falta de liberdade para tomar decisões inerentes a sua vida. A independência do ser humano torna-se um fator essencial para a sobrevivência.

Pesquisadores, ao identificarem alta prevalência de dependência (38,6%) entre idosos, sugerem que essa dependência receba influência das características sociodemográficas e de saúde expressas pelos referidos idosos. Enfatizam, portanto, ser fundamental a avaliação das capacidades e habilidades funcionais dos idosos, visando à prevenção de perda da independência e manutenção da autonomia, bem como à redução das internações hospitalares e dos gastos públicos (Sudré, Reiners, Nakagawa, Azevedo, Floriano, & Morita, 2012).

3.2 Doenças crônicas e o desempenho funcional

No que concerne à perda da funcionalidade e ao dimensionamento dos sentimentos do idoso consigo mesmo ante seu desempenho funcional, afloram expressões relatando que:

“Não sinto alegria, tenho vontade de morrer”(E8), “Não me sinto bem... Era acostumada a fazer as tarefas de casa”(E9), “Não fazer as atividades domésticas que fazia antes...”(E10), “Falta de coragem” e “Me sinto cansado, Não posso fazer o que fazia”(E11, E7), “Não me sinto bem”, “Gostaria de fazer minhas atividades, mas não consigo(E12), Recebo ajuda dos meus filhos”... Me sinto constrangida ...“(E13, E 6).

Corroborando estes achados, investigadores dessa matéria ressaltam que, relativamente a idosos com dificuldade para realizar as Atividades Básicas da Vida Diária e Atividades Instrumentais da Vida Diária, as chances de eles relatarem uma percepção negativa da saúde foram de 3,20 e 2,04 vezes maiores do que as daqueles sem estas dificuldades.

Os resultados evidenciam, também, que as pessoas impedidas de realizar, por algum motivo de saúde, quaisquer das atividades habituais, tendem a eleger a saúde como ruim,

quando em comparação com os que não tiveram tal impasse (ZanESCO, Bordin, Santos, Müller, & Fadel, 2018).

Na lição de Freitas & Soares (2019), o declínio funcional é uma indicação de cuidado, pois possui as principais dimensões de funcionalidade e afeta a autonomia e a independência da pessoa idosa. Alertam para o reconhecimento precoce, que permite a identificação de fatores desencadeantes das funções, provendo os profissionais de saúde com intervenções assistenciais baseadas nas especificidades do idoso. Além disso, estimula o debate para reformular políticas públicas e planos de intervenção, com o escopo de melhorar a autonomia e a independência daqueles postados nessas circunstâncias.

3.3 Percepção da autonomia e a influência na dinâmica da vida

Os depoimentos têm como referência a Autonomia e a Percepção do idoso sobre o ato de cuidar de si mesmo, sua interação com os outros e seu papel social. Eis o que emerge dos relatos:

“Sinto falta do passado, que podia trabalhar e hoje não consigo.”(E5). “Triste, dependo dos outros”.(E14). “Me sinto ruim, pois não posso fazer minhas tarefas.” (E7). “Sinto-me triste por não realizar minhas atividades.”(E1) “Me sinto mal, ruim, nada bom e sempre pedindo favor, triste. (E4). “Não resolver minhas coisas”...(E2). “Consigo conviver porque tenho ajuda”...Não consigo ler nem escrever”...(E10).

Os discursos ora reproduzidos representam a aflição, o incômodo, a dependência de outros que os idosos estão vivenciando. Evangelista, Bueno, Castro, Nascimento, Araújo & Aires(2014) enfatizam sobre o sentimento de comoção relatado pelos seus entrevistados. Nas suas análises, a percepção do idoso parece não possuir causa específica comum, mas estar, sobretudo, relacionada com a história de vida no passado mais remoto. Para os autores, aceitar a realidade e os fatos como foram durante o ciclo de vida de cada um conforma uma tarefa difícil durante o envelhecimento. A realidade expressa demanda ações e políticas públicas, como suporte de profissionalização de cuidadores para a saúde e integração em redes de apoio social.

Nesta circunstância, a fragilidade de muitos idosos e a distância dos centros urbanos tornam sobejamente importantes as visitas domiciliares por parte dos profissionais da saúde que compõem a Estratégia Saúde da Família (ESF). Estas visitas permitem formar um mapa da

realidade da comunidade, das famílias e de seus membros, bem como subsidiar estratégias e programas específicos de saúde (Magalhães, 2015).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo ressalta a subjetividade dos idosos em relação a dificuldades, conflitos e vulnerabilidade funcional, sentimentos aflitivos decorrentes das doenças crônicas. A perda da funcionalidade dimensiona sensações de dependência e falta de liberdade, enquanto a autonomia reflete a percepção sobre a falta de cuidar de si mesmo, dinamismo, negligência na interação com os outros e seu papel social.

Sugere-se a necessidade de fortalecer a compreensão, conduta e acompanhamento próximo dos profissionais de saúde no melhor direcionamento sobre a funcionalidade e autonomia da população idosa.

As limitações deste escrito decorrem do fato de serem as experiências deste público um fenômeno complexo, bem assim por não haver o compartilhamento dos dados com os profissionais e cuidadores dos idosos. Mesmo assim, o trabalho, decerto, contribuirá com outro conhecimento qualitativo a mais, que poderá ser aplicado no cuidado à pessoa idosa pelos profissionais.

5. REFERÊNCIAS

- Bardin, L. (2018). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, agosto.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2528*, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- Brasil. *Portaria nº 2.436*, de 21 de setembro de 2017. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde.
- Edwards, R., & Holland, J. (2013). *What is qualitative interviewing?* Bloomsbury Academic. ISBN: HB: 978-1-7809-3852-3.
- Evangelista, R. A., Bueno, A. A., Castro, P. A., Nascimento, J. N., Araújo, N. T., & Aires, G. P. (2014). Percepções e vivências dos idosos residentes de uma instituição asilar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*; 48(Esp2):85-91.
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969; 9(3):179-86.
- Leandro-Franco, C; Murta, G. S. (2014). Prevenção e promoção da saúde mental no envelhecimento: conceitos e intervenções. *Psicologia: ciência e profissão*; 34(2): 318-329.
- Freitas, F. F. O., & Soares, S. M. (2019). Clinical-functional vulnerability index and the dimensions of functionality in the elderly person. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*; 20:e39746. DOI: 10.15253/2175-6783.20192039746.

- Katz, S. (1983). Assessing self-maintenance: Activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *Journal American Geriatrics Society*, 31, 721–727. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1983.tb03391.x>
- Magalhães, K. A. (2015). *Envelhecimento e Cuidado: uma abordagem antropológica centrada na visão de agentes comunitários de saúde*. (Tese Doutorado em Ciências da Saúde com concentração Saúde Coletiva). Belo Horizonte: Fundação Oswaldo Cruz, 2015. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/10757>>. Acesso em: 15 jan. 2018.
- Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14 edição, São Paulo: Hucitec, 2014.
- Pereira, R. A., Souza, R. A. A., & Vale, J. S. (2015). O Processo de Transição Epidemiológica No Brasil: uma Revisão de Literatura. *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente*, [S.l.], 6 (1): 99-108.
- Saintrain, M. V. L., & Vieira, L. J. E. S. (2008). Saúde bucal do idoso: abordagem interdisciplinar. *Ciências & Saúde Coletiva*; 13(4):1127-32.
- Sgarbieri, V. C., & Pacheco, M. T. B. (2017). Healthy human aging: intrinsic and environmental factors. *Brazilian Journal of Food Technology*; 20: e2017007.
- Sudré, M. R. S., Reiners, A. A. O., Nakagawa, J. T. T., Azevedo, R. C. S., Floriano, L. A., & Morita, L. H. M. (2012). Prevalence of dependency and associated risk factors in the elderly. *Acta Paulista de Enfermagem*; 25(6):947-53.
- Virtuoso-Júnior, J. S., Martins, C. A., Roza, L. B., Paulo, T. R. S., Ribeiro, M. C. L., & Tribess, S. (2015). Prevalência de incapacidade funcional e fatores associados em idosos. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis; 24(2): 521-9.
- WHO. *World report on ageing and health*. 2015. World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=1D9FEECC6A95A5A964690A07B7AFDCE6?sequence=1
- ZanESCO, C., Bordin, D., Santos, C. B., Müller, E. V., Fadel, C. B. (2018) Factors determining the negative perception of the health of Brazilian elderly people. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*; 21(3): 283-292.

REFLEXÃO SOBRE QUESTÕES ÉTICAS A PARTIR DE UMA PESQUISA EM ANTROPOLOGIA DA SAÚDE

Marta Maia

Instituto Universitário de Lisboa, Portugal, maia_marta@hotmail.com

Resumo. Este artigo reflete sobre os processos éticos na pesquisa qualitativa em saúde a partir de um trabalho de investigação em antropologia realizado em três instituições de saúde que prestam cuidados a pessoas com diabetes de tipo 1 e 2, na Área Metropolitana de Lisboa. O trabalho de campo incluiu entrevistas semi-directivas a pessoas com diagnóstico de diabetes e com acompanhamento médico, e a profissionais de saúde. Olha-se mais especificamente os pedidos de parecer às Comissões de Ética em Saúde e a Folha de Consentimento Informado como partes integrantes da pesquisa. A partir destes elementos reflete-se sobre a ética na pesquisa qualitativa e as políticas de ética, que se mantiveram sob o domínio da biomedicina.

Palavras-chave: Biomedicina; Diabetes; Ética; Instituições de Saúde; Trabalho de Campo.

THOUGHTS ABOUT ETHICAL ISSUES FROM A RESEARCH IN MEDICAL ANTHROPOLOGY

Abstract. This article reflects about the ethical procedures from an anthropological research made in three health institutions that provides healthcare for people with type 1 and type 2 diabetes, in Lisbon Metropolitan Area. The fieldwork includes semi-directed interviews to people diagnosed with diabetes, whom have medical support, and to health professionals. Taking a further specific look to the Ethic Commissions on Health and to the Informed Consent as participating parts of the research. Through these elements I reflected about the ethic issues in the qualitative research, and the politics of ethic that were still under the biomedical domain.

Keywords: Biomedicine, Diabetes, Disease, Ethic, Health institutions, Fieldwork

1. INTRODUÇÃO

A antropologia médica, ou da saúde, nasceu, nos anos 1970, da constatação da insuficiência da perspectiva biológica nas abordagens da saúde e doença como objectos de estudo das ciências sociais. A saúde e a doença vão muito para lá da sua dimensão biológica. A antropologia procura compreender a natureza das interações entre biologia, sociedade e cultura, e as múltiplas formas de percepcionar e lidar com a doença e a saúde (Augé & Herzlich, 1984; Kleinman, 1988; Laplantine, 1986). Desenvolveu-se muito com o aparecimento da pandemia de VIH/SIDA (Good, 1995; Fainzang, 2001; Singer & Baer, 2007). Desde então, múltiplos contextos no campo da doença foram explorados, mas as políticas de ética mantiveram-se sob o domínio da biomedicina.

Considerada campo íntimo e sensível, as questões da doença, para serem objetos de estudo devem, regra geral, ser submetidas a comissões de ética em saúde. Este artigo reflete sobre as questões éticas na pesquisa qualitativa em saúde, a partir de um trabalho de investigação em antropologia sobre a gestão terapêutica de pessoas com diabetes de

tipo 1 e 2, seus modos de pensar, sentir e agir em relação à doença crónica com a qual vivem, tomando em conta os contextos biográficos, familiares e sociais, o suporte social, o acesso aos cuidados de saúde e os percursos de vida particulares. Pretendeu-se, mais concretamente, investigar as vivências relativas ao diagnóstico e ao controlo da diabetes, as práticas de cuidados de saúde e as lógicas que lhe estão subjacentes (Mol, 2008), os significados atribuídos à saúde e à doença, e as relações entre os diversos atores sociais, dos profissionais de saúde às pessoas com diagnóstico de diabetes tipo 1 ou 2.

A crescente prevalência da diabetes de tipo 2, sobretudo nas sociedades industrializadas contemporâneas, num contexto de transformações sociais, mudanças de estilos de vida e de comportamentos alimentares, e numa cultura do consumo (Baudrillard, 2010), motivou a escolha deste assunto para a realização de um trabalho de investigação em antropologia, no quadro de um pós-doutoramento desenvolvido no Centro em Rede de Investigação em Antropologia (CRIA), Instituto Universitário de Lisboa. A pesquisa foi realizada com financiamento pela FCT no âmbito do plano estratégico do CRIA (UIDB/ANT/04038/2020).

2. METODOLOGIA

A organização dos cuidados de saúde em Portugal implica que as pessoas com diabetes tipo 1 sejam seguidas em Cuidados de Saúde Secundários e a maioria das pessoas com diabetes tipo 2 seja acompanhada nos Cuidados de Saúde Primários. Algumas pessoas com diabetes tipo 2, sobretudo se tratadas com insulina, têm acompanhamento hospitalar por terem situações clínicas consideradas pelas equipas de saúde como mais complexas devido, sobretudo, às chamadas complicações tardias da diabetes, ou seja, comorbidades tal como a obesidade, a insuficiência renal e a hipertensão. Existem, no entanto, pessoas com diabetes tipo 2 sem complicações tardias da diabetes que são tratadas no hospital por terem sido encaminhadas para o Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo (SEDM) por médicos de outros serviços do mesmo hospital. A inclusão, na pesquisa, dos Cuidados de Saúde Primários como dos Cuidados de Saúde Secundários, permitiria obter um olhar mais abrangente sobre a gestão terapêutica das diabetes de tipo 1 e 2 e a diversidade dos universos institucionais de cuidados de saúde a pessoas com diabetes.

Com o objetivo de realizar entrevistas semi-diretivas a pessoas com diagnóstico de diabetes de tipo 1 ou 2 e a profissionais de saúde, no quadro da minha pesquisa qualitativa intitulada “Adesão terapêutica da diabetes: relações, significados e comportamentos”, dei início, no início de 2017, às necessárias diligências para a obtenção de um parecer favorável das

Comissões de Ética em Saúde (CES) das instituições incluídas no trabalho de campo a desenvolver: a Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP) e uma Unidade de Saúde prestadora de cuidados de saúde primários, a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) em Lisboa.

O pedido à CES da APDP para aí realizar entrevistas recebeu, após largos meses e depois de uma primeira apreciação pela Direção Clínica, um indeferimento, motivado pelas “dúvidas suscitadas relativamente à natureza e conteúdo dos questionários a aplicar aos profissionais de saúde, nomeadamente no que diz respeito ao impacto que esta tarefa teria na dinâmica das consultas”. De notar que o dossiê enviado não mencionava a realização de questionários, mas antes de entrevistas, fornecendo um guião composto por perguntas abertas organizadas por temas: percurso profissional; organização dos cuidados de saúde; relação com os doentes; adesão terapêutica dos doentes; noção de saúde e doença; e dados sociodemográficos. O curto parecer (meia dúzia de linhas) desta CES composta essencialmente por médicos (tal como a Direção Clínica), refere ainda que não encontraram “nos instrumentos a coerência expectável”, sem mais argumentos. Este indeferimento levou-me a reorientar o trabalho de campo para outra instituição que incluísse cuidados secundários, o Hospital. A escolha recaiu no Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN), adiante designado por Hospital de Santa Maria (HSM), por razões de proximidade. Não desisti, no entanto, de entrevistar pessoas com acompanhamento médico na APDP, que contactei directamente pelas redes sociais e que entrevistaria em locais públicos tais como jardins e esplanadas de cafés. Foram feitas quatro entrevistas desta forma, a duas mulheres e dois homens com diabetes de tipo 1, com 30 a 55 anos de idade, residentes na AML.

Em 2017 elaborei os pedidos de apreciação às CES, que comportavam numerosos documentos a fornecer e formulários a preencher, tais como a “Folha informativa” e o “Consentimento informado” a apresentar aos utentes e profissionais de saúde a entrevistar, a descrição da pesquisa, o roteiro das entrevistas, o currículo da investigadora e das supervisoras, declarações das supervisoras, “Carta de Compromisso”, Declaração da investigadora sobre a propriedade dos dados e resultados do estudo e sobre a disponibilidade de publicação dos resultados finais, Declaração de compromisso da investigadora para a entrega à CES de relatórios anuais da evolução da investigação e do relatório final, uma estimativa dos custos financeiros e humanos do estudo e um certo número de informações relativas ao trabalho de investigação a desenvolver, consoante a instituição a que se dirigia o pedido de apreciação pela CES. Foram necessárias duas a três

reuniões com profissionais de saúde das respectivas instituições e ainda, para o processo na APDP, a associação de um orientador interno à instituição. No caso do HSM, foi necessário um primeiro parecer favorável à realização da pesquisa por parte do SEDM, que se obteve em 2017, antes de endereçar o pedido à CES do Centro Hospitalar de Lisboa Norte (CHLN), em 2018. No caso da Unidade de Saúde, foi feito um primeiro contacto com a coordenadora da UCSP, em 2016, de seguida foi solicitado um parecer favorável da Agrupamento de Centro de Saúde (ACES) de Lisboa Central, em 2017, e, finalmente, em 2018, foi formulado o pedido de apreciação à CES da Autoridade Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT). Esta emitiu um Parecer intermédio, solicitando diversos complementos de informação. Após o envio dos mesmos, chegaria um parecer favorável, em 2019.

A complexidade dos processos de submissão dos pedidos de parecer às CES e a demora das suas respostas, que constituíram uma importante dificuldade à realização do trabalho de campo necessário à condução da pesquisa, e a disparidade das análises e dos pareceres das CES sobre um mesmo projecto de investigação, despertou questionamentos sobre a pertinência destes métodos de validação de trabalhos de ciências sociais por olhares biomédicos. O extenso parecer intermédio da ARSLVT, solidamente tecido, contrasta com o parecer lacónico da CES da APDP, que cita “questionários” que não se encontram no projeto de investigação e que não argumenta a suposta falta de coerência que aponta na metodologia da pesquisa antropológica apresentada.

Pude, finalmente, dar início ao trabalho de campo, em finais de 2018, facilitado pela grande disponibilidade dos profissionais de saúde do SEDM do HSM. Numa das primeiras reuniões com uma médica endocrinologista que me daria apoio ao longo das minhas idas ao “campo”, traçámos um plano de trabalho que consistiu na divulgação do estudo junto dos profissionais de saúde daquele Serviço, no estabelecimento de contactos com profissionais de saúde (médicos, nutricionistas e psicólogos) para agendamento de entrevistas, e no convite para assistir a formações dirigidas a utentes sobre assuntos relacionados com o controlo da diabetes, abrindo a possibilidade de contactar com aqueles. Também por intermédio desta profissional de saúde, contactei a Enfermeira-Chefe a fim de obter o seu consentimento para entrevistar enfermeiros disponíveis para responder a uma entrevista. Assim, foi possível fazer duas entrevistas a uma enfermeira. Foram, pois, entrevistados cinco profissionais de saúde: dois médicos, uma psicóloga, um nutricionista e uma enfermeira. As entrevistas, áudio-gravadas, tiveram uma duração média de 90 minutos.

Assisti a duas formações, entre setembro e dezembro de 2018, sobre o tema das bombas infusoras de insulina, o que permitiu contactar seis pessoas que se disponibilizaram para agendar entrevistas. A partir destes contactos foi possível entrevistar duas mulheres com diabetes tipo 1. As restantes pessoas contactadas não se disponibilizaram para uma entrevista, apesar de terem mostrado disponibilidade na presença dos profissionais de saúde, no final das formações. Dada a fraca eficácia desta forma de aproximação, em concertação com a Doutora Sónia, decidiu-se abordar os utentes na sala de espera das consultas. Desloquei-me ao local das consultas externas seis vezes, entre abril e julho de 2019. Aí permaneci várias horas, tendo sido possível entrevistar seis pessoas com diabetes tipo 2, quatro homens e duas mulheres, com idades compreendidas entre os 45 e os 80 anos de idade, residentes na AML. As entrevistas, áudio-gravadas, foram feitas num sítio recatado da sala de espera, junto aos gabinetes médicos e tiveram uma duração média de uma hora. No total, foram entrevistados oito utentes, dos quais duas mulheres e dois homens com diabetes tipo 1, e duas mulheres e dois homens com diabetes tipo 2.

Também na Unidade de Saúde o apoio recebido foi precioso, no entanto, a falta de tempo dos profissionais de saúde e a demora da resposta da CES acarretou um grande atraso no início do trabalho de campo. Em maio de 2017, solicitei um parecer ao ACES de Lisboa Central para a realização de entrevistas semi-directivas a utentes com diabetes tipo 2 e a profissionais de uma Unidade de Saúde, em Lisboa, onde estão instaladas uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e duas Unidades de Saúde Familiar (USF). No início de 2018, estabeleci contacto com a coordenadora da UCSP, que se mostrou disponível para me apoiar no trabalho de investigação. Elaborei o pedido de parecer e, em novembro de 2018, recebi a autorização da Direção Executiva do ACES Lisboa Central, podendo então submeter o pedido à CES da ARSLVT, que emitiu um Parecer Intermédio em dezembro de 2018. Neste Parecer Intermédio, uma análise e apreciação do processo atentas e cuidadosamente argumentadas em três páginas, pedia complementos de informação. Enviei o pedido reformulado em fevereiro de 2019 e recebi um Parecer favorável, em Ofício datado de 13 de fevereiro de 2019 (1663/CES/2019). Em maio de 2019 reuni com a coordenadora da UCSP, a fim de planear o trabalho de campo em articulação com os profissionais de saúde. Devido a constrangimentos por parte desta, até à data foram realizadas apenas duas entrevistas a profissionais de saúde. No primeiro semestre de 2020, foram conduzidas entrevistas semi-directivas a seis pessoas com diabetes tipo 2, três homens e três mulheres, com idades compreendidas entre os 45 e os 80 anos de idade,

residentes na AML, em espaços públicos (jardins, cafés, esplanadas), respeitando as preferências das pessoas entrevistadas.

O início do trabalho de campo foi pois dificultado pela lentidão das respostas das CES das instituições onde pretendia entrevistar utentes e profissionais de saúde, tendo uma delas, a APDP, emitido um parecer desfavorável, após um longo período de espera, o que me levou a procurar outra instituição de cuidados de saúde secundários onde desenvolver o meu trabalho de investigação. Volvidos três anos após as primeiras diligências para aceder ao “campo”, foi possível concluir o trabalho de campo. Para a colheita de dados utilizou-se um roteiro semiestruturado dividido em temas: breve caracterização sociodemográfica, percepções da doença e da saúde, vivência do diagnóstico, gestão do tratamento, rede de apoio familiar e social, relações com os profissionais e as instituições de saúde. Um exemplar do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado previamente pelas pessoas entrevistadas, que receberam esclarecimentos prévios acerca da pesquisa. As entrevistas foram audio-gravadas e integralmente transcritas. Os dados foram tratados com recurso à análise de conteúdo proposta por Bardin (2013), que comporta três etapas: a pré-análise; a exploração do material; e a interpretação dos resultados.

3. RESULTADOS

Este artigo pretende reflectir sobre as questões éticas no percurso de uma pesquisa antropológica, pelo que não se apresentarão aqui os resultados do trabalho de campo em si. Refiram-se apenas algumas considerações e conclusões mais importantes relativamente ao tema da pesquisa. A adesão terapêutica corresponde ao cumprimento das prescrições e recomendações dos profissionais de saúde, incluindo hábitos de saúde e estilos de vida, aos quais se verifica uma menor adesão (Cabral e Silva, 2010). O grau de adesão depende, entre outros, de fatores demográficos, sociais, culturais e económicos, da relação do doente com os profissionais e os serviços de saúde, e do nível de literacia em saúde (Fainzang, 2001). Simplificar e reduzir as escolhas e comportamentos dos pacientes àquilo que a ciência dita é uma visão mecanicista e reducionista do comportamento humano. As lógicas da biomedicina, dos profissionais de saúde e dos doentes não são sobreponíveis. As estratégias de gestão da doença estão ancoradas nos contextos socioculturais e incrustadas nos percursos individuais, sendo por isso múltiplas. Estes aspectos sobressaem das entrevistas, que mostram uma grande diversidade de percursos terapêuticos, crenças, comportamentos e atitudes face à doença, assim como uma importância crucial do contexto

social, cultural e económico no controlo da diabetes pelos dezoito homens e mulheres entrevistados.

Os sistemas de saúde atuais, progressivamente mais centrados no doente, exigem um papel ativo por parte destes, tornando-os parte integrante dos processos de tomada de decisão em áreas que ainda há poucas décadas eram de responsabilidade exclusiva dos profissionais de saúde. Esta tendência para a partilha entre médico e doente na decisão clínica implica que o doente seja capaz de lidar com a gestão da sua saúde, adquira competências e conhecimentos sobre os cuidados de saúde, e capacidade de utilização desse conhecimento, o que nem sempre se verifica, pois as lógicas de uns e outros nem sempre se sobrepõem (Mol, 2008). As pessoas que vivem com diabetes são um caso paradigmático dessa agência no controlo da doença. Elas recorrem a diversas estratégias para integrar a doença no seu quotidiano como na sua subjetividade (Conrad, 1985) e o controlo da diabetes está nas mãos delas 24 horas sobre 24.

4. DISCUSSÃO

A exclusividade dos CES na apreciação e aprovação de protocolos de pesquisa levanta questões de ordem burocrática, devido ao tempo de espera para a emissão de um parecer sobre a proposta do estudo, e de legitimidade das CES na apreciação de pesquisas em ciências sociais. Por vezes surgem dilemas metodológicos e éticos que não foram antecipados pelos comités de ética que aprovaram a realização de pesquisas sobre pessoas que vivem com VIH (Laplantine, 1986).

Não submeter as pesquisas a comissões de ética onde os cientistas sociais estão quase ausentes não impede que estes salvaguem o respeito pelas responsabilidades éticas. E não significa que as pesquisas não sejam revistas por instituições reconhecidas ou por grupos de revisão reconhecidos para o efeito, órgãos de pares reconhecidos em termos de metodologia e ética. O compromisso que o investigador faz com o respeito pelos pontos de vista e conhecimentos dos sujeitos e das comunidades, faz parte da responsabilidade do investigador, independentemente de qualquer comissão (bioética). As ciências sociais, no caso específico a antropologia, usando ferramentas teórico-metodológicas próprias, são capazes de entrar na intimidade das aflições dos indivíduos para as compreender. A responsabilidade do investigador é conduzir uma pesquisa cientificamente correcta na perspectiva das ciências sociais, garantindo a solidez e interesse científicos. A ética faz

parte da própria pesquisa antropológica e da relação que se estabelece entre o investigador e os “outros” ao longo do trabalho de campo (Guerriero, et al. 2008).

5. CONCLUSÕES

As ciências sociais são solicitadas a contribuir para o conhecimento científico utilizando os seus instrumentos teóricos e metodológicos para conhecer e interpretar os diversos aspetos das realidades socioculturais. As normas éticas de atuação das ciências sociais não diferem das que presidem a qualquer outro domínio científico, no entanto, as referências da ética das pesquisas biomédicas são impostas aos cientistas sociais que desenvolvem pesquisa em instituições de cuidados de saúde formais, como foi o caso da que se aqui apresenta, o que frequentemente representa um obstáculo, senão uma impossibilidade, à prossecução do trabalho de investigação.

A perspectiva antropológica considera o processo dinâmico das experiências subjectivas e difere substancialmente do enquadramento das pesquisas biomédicas. Os princípios teóricos, metodológicos e éticos da antropologia regem-se pelo respeito e pela compreensão do ponto de vista do sujeito. A abordagem holística da saúde não pode ficar refém das limitações da biomedicina nem das barreiras da sua leitura própria da ética. Seria, pois, desejável que as ciências sociais tivessem as suas próprias directrizes éticas, assegurando a responsabilidade, capacitação e independência dos investigadores sociais.

6. REFERÊNCIAS

- Augé, M., & Herzlich, M. (1984). *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris: Editions des archives contemporaines.
- Bardin, L. (2013). *L'analyse de contenu*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Baudrillard, J. (2011). *A Sociedade de Consumo*. Lisboa: Edições 70.
- Cabral, M.V., Silva, P.A. (2010). *A adesão à terapêutica em Portugal*. Lisboa: ICS.
- Conrad, P. (1985). The Meaning of Medications: Another Look at Compliance. *Social Science and Medicine*, 20 (1), 29-37.
- Fainzang, S. (2001). L'anthropologie médicale dans les sociétés occidentales. Récents développements et nouvelles problématiques. *Sciences Sociales et Santé*, 19, 5-27.
- Fassin, D., & Memmi, D. (2004). *Le gouvernement des corps*. Paris: Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.
- Good, B. (1995). *Medicine, rationality, and experience: an anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Guerriero, I.C.Z., Schmidt, M.L.S., & Zicker, F. (2008). *Ética nas pesquisas em ciências humanas e sociais na saúde*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narrative. Suffering, healing and the human condition*. New York: Basic Books.
- Laplantine, F. (1986). *L'anthropologie de la maladie*. Paris: Payot.
- Mol, A. (2008). *The logic of care: health and the problem of patient choice*. Routledge.
- Singer, M., & Baer, H. (2007). *Introducing medical anthropology: a discipline in action*. Lanham: AltaMira Press.

LA SUPERVISIÓN DE ENFERMERÍA: CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN LA FORMACIÓN DE EQUIPOS DE TRABAJO

Karla Sofía Gómez-Alcántara¹ y Danelia Gómez-Torres²

^{1y2} Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México¹ sofia33gom@gmail.com

² gomezdanelia@usa.net

Resumen. La supervisión del talento humano de Enfermería es la herramienta para implementar las acciones de provisión de servicios, sin embargo, la complejidad de las características propias del personal genera retos para quienes desarrollan esta función. El objetivo fue identificar la forma en que las supervisoras de enfermería integran equipos de trabajo considerando los conocimientos y habilidades del personal. Material y métodos: se elaboró una guía de entrevista semiestructurada y se realizó una entrevista personalmente en el área de trabajo de las supervisoras. Se llevó a cabo un análisis descriptivo de los datos y la discusión con la teoría de los roles de equipo de M. Belbin. Resultados: se identificaron las estrategias que las supervisoras utilizan para crear equipos de trabajos con personal que posee diferentes conocimientos y habilidades. Consideraciones finales: se encontró que las supervisoras dan mayor importancia al conocimiento y las habilidades de las enfermeras para integrarlas a un equipo y no su nivel académico.

Palabras clave: Supervisión de Enfermería; Enfermería; Conocimientos; Grupo de Enfermería.

NURSING SUPERVISION: KNOWLEDGE AND SKILLS IN THE FORMATION OF WORK TEAMS

Abstract. The supervision of the human talent of Nursing is the tool to implement the actions of service provision, however, the complexity of the characteristics of the staff creates challenges for those who carry out this function. The objective was to identify the way in which nursing supervisors integrate work teams considering the knowledge and skills of the staff. Material and methods: a semi-structured interview guide was prepared and an interview was conducted in person in the supervisors' work area. A descriptive analysis of the data and discussion with the team role theory of M. Belbin was carried out. Results: The strategies that supervisors use to create work teams with personnel with different knowledge and skills were identified. Final considerations: it was found that the supervisors give greater importance to the knowledge and skills of the nurses to integrate them into a team and not their academic level.

Keywords: Nursing Supervisory; Nursing; Knowledge; Nursing Team.

1. INTRODUCCIÓN

Para situar en un contexto general a la supervisión en Enfermería, esta ha sido esencial para desempeñar procesos de gestión dentro de las instituciones hospitalarias, las enfermeras que ejercen la supervisión se enfrentan constantemente a retos en especial en la gerencia del capital humano, ya que por las características propias del personal implica dificultades, sin embargo, la integración de equipos de trabajo ha sido una opción viable para hacerlo (Ministerio de salud, 2014: s/p).

Para dar cumplimiento a los procesos de supervisión del talento humano de las unidades hospitalarias, es necesario que las supervisoras apliquen el proceso administrativo, además

de un amplio conocimiento de gestión del capital humano. Así como la capacidad de comunicación y liderazgo con el personal a su cargo.

Para estudiar el fenómeno de la supervisión se siguió la metodología cualitativa con índole descriptiva, se inició presentando el objetivo general y la pregunta de investigación, para exponer la técnica de recolección de datos, continuando con el análisis de los resultados de la investigación que ofrecen una perspectiva contrastada con otros autores, destacándose los argumentos de las entrevistadas y el referente teórico. Por último se presentan las consideraciones finales.

2. METODOLOGÍA

El estudio se planteó con enfoque cualitativo porque se caracteriza por utilizar métodos que intentan capturar el fenómeno de forma holística, entenderlo, comprenderlo dentro de su contexto o enfatizar en la inmersión y comprensión del significado humano adscrito a un grupo de circunstancias o fenómeno, o las tres cosas (Lincoln, 2013: 58).

Fue de un nivel descriptivo, porque buscó especificar las propiedades importantes de las personas y el fenómeno que se sometió a análisis, además se seleccionó una serie de cuestiones y se mencionó cada una de ellas independientemente, de forma tal, describir lo que se investiga (Cauas, 2015: 2). Así mismo, permitió caracterizar un fenómeno concreto, indicando sus rasgos peculiares, describiendo la forma en qué los supervisores integran equipos de trabajo, sin intervención ni manipulación de variables.

La investigación tuvo como objeto de estudio: conocer las estrategias que las supervisoras aplican para integrar en equipos de trabajo a personal con diferentes características de conocimientos y habilidades, en una unidad hospitalaria, teniendo como pregunta de investigación ¿Cuáles son las estrategias que las supervisoras aplican para integrar en equipos de trabajo a personal con diferentes características de conocimientos y habilidades, en una unidad hospitalaria?

El proceso adoptado para la recolección de datos fue el método de la entrevista individual, apoyada por una guía semi-estructurada con once preguntas abiertas, las cuales surgieron de preguntas conductoras a partir de la teoría de los roles de equipo de M. Belbin. Se consideraron como criterios de inclusión: contar con un mínimo de dos años de experiencia profesional en el cargo desempeñado, con trayectoria que acreditara su formación

profesional en el área administrativa y tener un posgrado académico, así mismo fungir como supervisoras de enfermería. Como criterios de exclusión serían aquellas supervisoras de enfermeras que no desearan participar en la investigación y, se eliminaron dos entrevistas que no aportaron datos relevantes a la investigación, siendo un total de 10 entrevistadas, pues con ese número de entrevistadas se logró la saturación de datos, de acuerdo con los objetivos de la investigación, tal y como lo determina la metodología cualitativa

Las entrevistas fueron realizadas de un escenario con iluminación, libre de ruidos y de otro tipo de distractores y se grabaron en audio con previa revisión de los instrumentos de grabación para verificar su óptima funcionabilidad. El audio de las entrevistas se escuchó en varias ocasiones y posteriormente fueron transcritas en su totalidad por las investigadoras.

Para el análisis y tratamiento de los datos obtenidos de las entrevistas, se utilizó la técnica cromática, que consiste en tener los datos recolectados y transcritos, se leyeron por más de una vez para realizar la selección de fragmentos que se clasificaron en las pre categorías correspondientes a la investigación, mediante distintos colores se aglutinaron los datos o hallazgos, se pre etiquetaron en una gama de colores para ser analizados, e incluso determinar si surgían o no nuevas categorías.

La discusión de los resultados se efectuó contrastando datos empíricos con el referencial teórico, con la teoría de los roles de equipo de M. Belbin. En conclusión se buscó demostrar que los hallazgos presentados eran los más sobresalientes de la investigación buscando fueran estos los que generasen los fundamentos, para la conformación de las estrategias en la creación de equipos de trabajo. Los resultados obtenidos se presentaron en subcapítulos según las categorías que emergieron.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en esta investigación, se contrastaron con la teoría de los roles de equipo de M. Belbin, la cual pretende conocer la manera de formar equipos ideales dentro de las organizaciones, mediante la combinación adecuada de los roles funcionales y de equipo, es decir, considerando el perfil de los individuos, haciéndola aplicable al problema en estudio, de esta manera se logró proyectar como las supervisoras integran los equipos de trabajo en Enfermería, los cuales se describen en categorías y subcategorías.

3.1 Las habilidades técnicas

Las habilidades técnicas se refieren a la capacidad que tienen las personas para aplicar métodos, procedimientos y técnicas de un área del conocimiento específica y que pueden ser especializadas (ITESM, 2017: s/p). En los equipos de trabajo se hace uso de las habilidades técnicas de los integrantes para alcanzar los objetivos del equipo, de ahí la importancia de identificarlas y desarrollarlas tal como lo refieren las entrevistadas:

Identificar las habilidades con las que cuentan pues esto les facilita mucho adaptarse a los servicios (E-8).

Las habilidades son muy importantes porque esto hará que el equipo funcione (E-5).

Estas habilidades además implican talento para realizar determinadas tareas, sin embargo, no significa que se tenga aptitud para realizar otro tipo de funciones, de ahí que el desarrollo de la habilidad es una parte de competencia para cumplir con una meta específica (ITESM, 2017: s/p). Para que las habilidades técnicas del personal de Enfermería sean empleadas de manera óptima en la conformación de los equipos de trabajo las supervisoras implementan algunas estrategias:

Procuró que haya personas novatas y personas expertas, porque así va a haber la diferencia de cambio [complementariedad] (E-1).

Las habilidades técnicas influyen en el rol que cada integrante del equipo desempeña, pues esto lo puede hacer experto en un área, siendo parte de las fortalezas que puede aportar al equipo y debe existir una potenciación continua de las mismas. Es importante que los gestores de los equipos sepan que quienes fracasan en un equipo pueden triunfar en otro (Belbin, 2008: 55), las habilidades facilitan la adaptación a los equipos y mejoran los resultados.

Lo anterior muestra que las habilidades técnicas de las enfermeras son indispensables para que se integren a un equipo específico, en el cual se puedan emplear sus habilidades para el logro de objetivos, así mismo se requiere que el personal se complemente con los demás integrantes, ya que cada uno posee habilidades distintas que finalmente harán funcional al equipo y lo llevarán a conseguir sus metas, lo cual se reflejará en la calidad de atención a los pacientes.

3.2 Los conocimientos

El conocimiento es un cumulo de información interpretada en la realidad que la persona posee, puede ser adquirido de forma científica o empírica, Enfermería se reconoce por ser una disciplina profesional cuya esencia es la práctica sustentada en el conocimiento científico. Este conocimiento científico se fundamenta en el conocimiento propio de enfermería derivado de los resultados de su investigación, y del conocimiento teórico propio y de otras disciplinas aplicado y adaptado a la práctica, que conforman la esencia disciplinar (Durán, 2018: 58). El conocimiento se ha considerado en los últimos años como un recurso indispensable para la producción de servicios, tal como se refleja en las respuestas de las supervisoras:

Los conocimientos son muy importantes porque a través de ellos, ellas [las enfermeras] se apegan a la normatividad, aplican los procesos de enfermería cómo deben de ser (E-5).

En la gerencia actual debido a su importancia requiere de los conocimientos que la enfermera adquiere en la formación, siendo necesario el poseer conocimientos en el campo de la gestión, se puede afirmar que las personas son valoradas por sus conocimientos, sus aportes intelectuales y talento en la consecución de las metas de las organizaciones (Majad, 2016: 149), es por eso que las supervisoras de enfermería aplican estrategias que permiten fundamentar las acciones en los conocimientos del personal:

Elegimos al personal que tiene conocimientos específicos de un servicio (...) para aprovechar las potencialidades de las enfermeras, así lograr hacer bien el trabajo y eso repercute directamente en la atención a los pacientes (E-8).

En los equipos de trabajo la solución denominada tanque de inteligencia es la manera ideal de aprovechar el talento humano y utilizarlo eficazmente en campos fundamentales. En el ámbito de gestión donde existen muchas reglas complejas, limitaciones, variables y posibilidades se crea una situación donde se cotiza mucho el conocimiento e inteligencia (Belbin, 2000: 12). Sin embargo, el personal que desempeña este rol no encaja fácilmente en un sistema y requieren de una persona que les dirija: un jefe ideal que tenga la habilidad de descubrir el talento de estas personas y saber cómo y cuándo utilizarlo, además un jefe comprensivo y amable sacará a la luz lo mejor de las personas con alto nivel de conocimientos (Belbin, 2001: 69).

Es así que el conocimiento que posee el personal de Enfermería es indispensable para desempeñarse dentro de un área específica, pero además es fundamental que dentro de un

equipo de trabajo los integrantes realicen la práctica sustentada en el conocimiento científico, sin embargo, el éxito de este tipo de equipos depende en gran medida de la capacidad de las supervisoras para identificar y saber utilizar el conocimiento de su personal.

3.3 El grado académico

Se entiende por grado académicos como un título académico otorgado por una universidad o colegio y es significado de que se ha completado un programa académico (Mendoza, 2015: 282). En la actualidad el tener grados académicos más allá de dar un licenciamiento para ejercer una profesión determinada, implica tener el dominio de la misma, dando lugar a la expertez, un atributo que se les da a las personas que demuestran el dominio del conocimiento y práctica, tal como lo refiere la supervisora entrevistada:

Nos damos cuenta con qué nivel académico vienen y eso puede servir de fortaleza para reforzar equipos en zonas críticas del hospital (E-8).

En la integración de equipos de trabajo, el grado académico representa complejidad, ya que en Enfermería aún existe personal sub profesional laborando en las instituciones de salud y el personal con grado académico es muy variado; desde licenciadas hasta doctoras, es por eso que las supervisoras emplean una serie de estrategias para realizar la composición de equipos de trabajo:

Yo manejo la fortaleza de personal si eres pediatra pues lógico es que te voy a mandar pediatría, si eres intensivista te mando terapia o a medicinas internas (E-6).

Tal como se refleja en las expresiones anteriores, el rol laboral de una persona en la vida ya no está definido por la edad, el sexo o la raza, sino por la educación y experiencia profesional, aquellos que cumplen con estos factores son muy apreciados, el título profesional se convirtió en la descripción de la persona ya que así las personas se identifican así mismas en términos de lo que han aprendido y para lo que están cualificadas, es decir, que un título profesional proclama tanto la ocupación como la identidad (Belbin, 2001: 15).

De tal manera que los grados académicos son una fortaleza en función de la expertez que tienen las personas altamente cualificadas para desempeñarse profesionalmente, no obstante, tener a personas con grados académicos altos en equipos de Enfermería no siempre asegura su éxito, se requiere que las enfermeras se sientan identificadas con su

profesión y que desempeñen roles distintos, aun cuando todas tuvieran el mismo grado académico, estas tendrán características personales que deben ser analizadas para que se complementen como equipo.

4. CONSIDERACIONES FINALES

La investigación permitió mediante el análisis crítico y reflexivo obtener de los resultados dar respuesta a la interrogante: ¿Cuáles son las estrategias que las supervisoras aplican para integrar en equipos de trabajo a personal con diferentes características de conocimientos y habilidades, en una unidad hospitalaria?, tales elementos se integran en tres grupos: habilidades técnicas, conocimientos y grado académico del personal de enfermería.

Con resultados obtenidos se consiguió mostrar y comprender que la enfermera supervisora realiza funciones administrativas y gerenciales para integrar equipos de trabajo, para esto aplica el proceso administrativo, sin embargo, se encontró que la supervisora también emplea sus habilidades para la identificación de características cualitativas de su personal, lo que permite mejorar sus estrategias para la gestión del talento humano.

No obstante, también se encontró que las supervisoras dan mayor importancia al conocimiento y las habilidades de las enfermeras para integrarlas a un equipo y no su nivel académico, tal como lo que refiere la bibliografía, lo cual les crea dificultades al no contar con personal que cumpla el perfil deseado para desempeñar las funciones de los organigramas.

Un hallazgo sobresaliente es que le otorgan un valor importante a la comunicación dentro de los equipos, porque esta les permite transmitir información así los integrantes trabajan colaborativamente, además se evitan conflictos, favoreciendo la convivencia, también identifican rasgos de la personalidad de las enfermeras para integrarlas en equipos donde les sea fácil su adaptación.

Un aspecto a destacar es que se logró realizar un muestreo apropiado al seleccionar a participantes que tienen conocimientos específicos de la supervisión pues con esto se logró una saturación de datos efectiva de las categorías, con información de calidad. Además, el enfoque cualitativo de la investigación permitió comprender el proceso de formación de los equipos, aun cuando la supervisión en enfermería fue un fenómeno complejo de estudiar. Se consideraron en todo momento los objetivos de la investigación para seguir la línea del

rigor metodológico cualitativo, evitando errores de interpretación de los hechos, con la contratación de datos con otros autores. Por lo cual se obtuvieron resultados fiables y de relevancia científica para la profesión de Enfermería

5. REFERENCIAS

- Belbin, M. (1981). *Managment teams: Way the succeed or fail*. Oxford: Butterwothr-Heineman.
- Belbin, M. (2012). *Beyond the team*. Oxford: Butterwothr-Heineman.
- Belbin, M. (2000a). *Equipos directivos: el por qué de su éxito y fracaso*. Inglaterra: Belbins.
- Belbin, M. (2000). *La guía de Belbin para triunfar en el trabajo*. Inglaterra: Belbins.
- Belbin, M. (2001). *Roles de equipo en el trabajo*. Inglaterra: Belbins.
- Cauas, D. (2015). Definición de las variables, enfoque y tipo de investigación. Biblioteca electrónica de la Universidad Nacional de Colombia, (1), 11.
- Durán de Villalobos, M. (2018). Una mirada hacia afuera: proyección de enfermería para el 2050. *Aquichan*, 18(1), 5-8. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74155410001>
- Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey. (2017). El desarrollo de habilidades, valores y actitudes propuestos en la misión. Disponible en: <http://sitios.itesm.mx/va/dide2/documentos/havs.pdf>
- Lincoln, I. (2013). Conexiones afines entre los métodos cualitativos y la investigación en salud. *Revista Investigación y educación en Enfermería*, Vol. 15, 57-69.
- Majad Rondón, M. (2016). Gestión del talento humano en organizaciones educativas. *Revista de Investigación*, 40(88), 148-165. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=376147131008>
- Mendoza, P. (2015). Los Grados Académicos: Surgimiento y Evolución. *Anales de la Facultad de Medicina*, 61(4), 278-284. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37961403>
- Ministerio de Salud (2014). Lineamientos técnicos para la supervisión de enfermería en las RIIS. Disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_tecnicos_supervision_enfermeria_riiss_31012014.pdf

SCOPING REVIEW SOBRE EL METAPLAN COMO METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN CIENCIAS DE LA SALUD

Silvia Veiga-Seijo¹, Maria Jesús Movilla-Fernández² y Natalia Rivas-Quarneti³

^{1,2 y 3}Universidade da Coruña, España. ¹silvia.veiga.seijo@udc.es, ²maria.jesus.movilla@udc.es e ³natalia.rivas.quarneti@udc.es

Resumen. Introducción: La Investigación Cualitativa Crítica en Ciencias de la Salud presenta un gran valor para generar conocimiento sobre la salud como fenómeno complejo. Desde este posicionamiento teórico, el Metaplan es un método de recolección de datos clave, cuyo uso se ha ampliado en los últimos años en las Ciencias Sociosanitarias. Objetivo: Explorar el alcance de la producción científica con respecto al Metaplan como herramienta empleada en estudios del ámbito de Ciencias de la Salud. Métodos: Se ha llevado a cabo una revisión de alcance de tipo scoping review siguiendo el marco metodológico de Arskey & O'Malley en 2017. Se consultaron bases de datos multidisciplinarias y del ámbito de Ciencias de la Salud, estableciéndose criterios de selección específicos. Se empleó un análisis temático. Resultados: los resultados describen el Metaplan en Ciencias de la salud, sus usos, características, potencialidades y tendencias en la investigación. Conclusiones: El Metaplan es una potencial herramienta para ser empleada en estudios que aborden la salud y el bienestar de las poblaciones desde una mirada crítica. Además, facilita la acción dialógica y procesos colaborativos-participativos que persiguen la transformación social.

Palabras clave: Metaplan; Investigación Cualitativa Crítica en Ciencias de la Salud; Salud.

SCOPING REVIEW ABOUT METAPLAN AS A GROUP FACILITATION TECHNIQUE IN CRITICAL QUALITATIVE HEALTH RESEARCH

Abstract. Introduction: Critical Qualitative Health Research has a great value in generating knowledge about health as a complex phenomenon. From this theoretical position, Metaplan is a key data collection method, and its use has been expanded in recent years in the Health Sciences field. Goals: To explore the scope of literature regarding the Metaplan as a tool employed in studies in the field of Health Sciences. Methods: A scoping review was conducted adopting Arskey & O'Malley's methodological framework in 2017. Multidisciplinary and Health Sciences databases were consulted, establishing specific selection criteria. Articles were analyses using thematic analysis. Results: The results illustrate studies which employed Metaplan in the field of Health Sciences: its uses, characteristics, pontentialities, and research trends. Conclusions. The Metaplan is a potential tool to be used in studies that address the health and well-being of populations from a critical perspective. Furthermore, it facilitates the dialogical action and collaborative-participatory processes in order to foster social transformation

Keywords: Metaplan; Critical Qualitative Health Research; Health.

1. INTRODUCCIÓN

La complejidad del mundo requiere que en investigación existan múltiples enfoques para la generación de conocimiento (Hart, Poole, Facey, & Parsons, 2017), lo que implica un debate paradigmático y plural. El modo en que los seres humanos otorgan sentido a sus experiencias de vida, determinadas por el contexto sociocultural, político y económico; y al mundo en el que viven, es el foco de la investigación cualitativa. Desde su desarrollo, se han generado múltiples enfoques y paradigmas dentro de su marco más amplio, motivo por el

que la investigación cualitativa es conocida como un término “paraguas”, ya que aglutina diversas orientaciones filosóficas, teóricas y metodológicas (Holloway & Galvin, 2017).

En el ámbito de las Ciencias Sociosanitarias, el paradigma positivista ha presentado una elevada dominancia dentro de la práctica e investigación en salud, lo que se asocia con la expansión de la economía neoliberal del conocimiento (Kontos & Grigorovich, 2018). No obstante, el interés en la Investigación Cualitativa en Salud se ha ampliado internacionalmente por ser una herramienta útil para estudiar fenómenos desde la perspectiva de las personas y profesionales; contribuyendo a la mejora de nuestra práctica profesional y a la práctica basada en la evidencia (Holloway & Galvin, 2017).

Partiendo de este bagaje teórico, este trabajo se enmarca en el paradigma sociocrítico de la teoría crítica, la cual se caracteriza por su conciencia crítica, pues cuestiona la realidad, desafía el status quo e intenta producir cambio para alcanzar una sociedad más libre, justa y democrática (Sandín, 2003). En consonancia, este trabajo es aproximado desde la Investigación Cualitativa Crítica en Salud, la cual permite “hacer preguntas que van más allá de los supuestos y entendimientos prevalecientes, y reconoce el papel del poder y la posición social en los fenómenos relacionados con la salud” (Centre for Critical Qualitative Health Research, 2018). Como se observa, este tipo de investigación reconoce los elementos sociales, culturales, políticos y estructurales como determinantes de la salud, yendo más allá de la propia enfermedad y mirada individualista de un concepto de salud incipiente. Diferentes voces en el mundo han planteado la necesidad de argumentar y reafirmar el valor de la Investigación Cualitativa Crítica en Salud para generar conocimiento sobre la salud y bienestar de las personas (Hart et al., 2017) puesto que proporciona una “base sólida para un trabajo teórico y metodológico sólido con implicaciones prácticas, educativas y políticas” (p.1765).

La investigación cualitativa tiene a su alcance una gran variedad de métodos de generación de datos. Holloway & Galvin (2017) establecen que la elección de la metodología y procedimientos dependen tanto de la pregunta de investigación, como de la postura epistemológica, las capacidades, habilidades y conocimiento del/a investigador/a y recursos disponibles para el proyecto. En investigación cualitativa, los métodos más ampliamente utilizados son entrevistas (en profundidad o semiestructuradas), observación participante, grupos focales o análisis de documentos. El uso de material multimedia como fotografías, grabaciones, vídeos y dispositivos están aumentando (Grove & Gray, 2019). Así mismo, se

ha ilustrado el uso de los mapas corporales narrados (Gastaldo, Rivas-Quarneti, Magalhães, 2018).

El planteamiento teórico hasta aquí desarrollado implica que como investigadoras/es pensemos y reflexionemos sobre los métodos de generación de datos en función de la pregunta de investigación y epistemología planteada. Desde la Investigación Cualitativa Crítica en Ciencias de la Salud, el diseño de generación de datos debe dirigirse a la transformación social de grupos silenciados, borrados o excluidos dentro de nuestras comunidades. En España, el trabajo de Rivas-Quarneti, Movilla-Fernández, & Magalhães (2018), focalizada en vislumbrar acciones colaborativas de promoción de la salud en mujeres inmigrantes, describe una armazón teórica y metodológica situando el Metaplan como método coherente con la Investigación Cualitativa Crítica en Ciencias de la Salud y con el paradigma sociocrítico, ya que permite la acción dialógica y que el diseño sea realmente participativo. Este es un ejemplo de cómo articular métodos de recolección de datos relevantes que responda al objetivo del estudio desde una posición epistemológica crítica. En la literatura, investigaciones recientes señalaron el gran potencial del Metaplan en el ámbito de las Ciencias de la Salud (Olivar et al., 2015; Villar et al., 2016; Rivas-Quarneti, Movilla-Fernández, & Magalhães, 2018).

1.1 Pregunta de revisión y objetivo

Debido al interés emergente en el Metaplan como técnica en investigación cualitativa, el presente trabajo plantea una revisión de alcance de la literatura con el fin de responder a las preguntas de investigación formuladas:

- ¿Es el Metaplan una técnica de facilitación en el ámbito de la investigación cualitativa en Ciencias de la Salud?
- ¿Cuáles han sido sus usos y en qué contextos? ¿cuáles son las características claves del Metaplan como elemento de facilitación para la investigación?

El objetivo es conocer el alcance y los temas de interés en la evidencia científica acerca del Metaplan como técnica en estudios de investigación cualitativa en el contexto de ciencias sociosanitarias.

2. METODOLOGÍA

Para mapear y conocer el alcance de la producción científica respecto al Metaplan, se realizó una revisión de alcance inspirándose en la metodología “scoping review” propuesta por Arskey & O'Malley (2005). Este tipo de metodología se usa para entender e interpretar de modo eficiente los temas y tendencias presentes en la literatura, así como identificar lagunas en la misma. La revisión se realizó entre enero y marzo del 2017.

Con el fin de localizar información científica relevante, se buscó en 12 bases de datos: a) bases de datos de revisiones sistemáticas: The Cochrane Library, b) multidisciplinarias internacionales: Scopus, Web of Science, Dialnet y CSIC; c) específicas del ámbito de Ciencias de la Salud como Pubmed, Cinahl, Psycinfo, Psychological Database; y d) otras bases de datos del ámbito de la educación y economía como Busines, Enconlit y Eric. También se buscó en Google Académico y búsqueda a la inversa.

Los términos de búsqueda empleados en español fueron “Metaplan”, “Investigación Cualitativa”, “Investigación”, “Métodos” y “Ciencias de la Salud”, con sus respectivos en inglés. Dichos descriptores fueron consultados en el tesoro *Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS)*.

Tras una búsqueda preliminar, observamos y analizamos que el uso del Metaplan en la investigación es incipiente y está cobrando cada vez más uso, pero los resultados son limitados. Por ello, para establecer la búsqueda bibliográfica, utilizamos como campo de búsqueda “Metaplan”, ya que consiguió alcanzar un mayor número de resultados sin excluir material relevante. Los criterios de selección son los presentados en la Cuadro 1. Para el proceso de selección de los estudios se siguió la declaración PRISMA. El análisis de resultados se basó en un análisis temático (Braun & Clarke, 2006).

Cuadro 1. Criterios de selección de los estudios en la revisión

Característica	Criterios de selección
Tipo de estudio	Se incluyeron artículos originales, textos argumentativos, libros, capítulos de libro. Se excluyeron artículos de opinión.
Año de publicación	No se estableció criterios.
Idioma	Se han incluido artículos en español, inglés, gallego, portugués y alemán.
Temática	Focalizados en el Metaplan.

3. EL METAPLAN EN INVESTIGACIÓN CUALITATIVA: RESULTADOS DE LA REVISIÓN

A continuación, se presenta un análisis preliminar de los resultados. Los años de publicación de los estudios abarcan entre 1979 y 2016. En la literatura, los términos empleados para hacer alusión al Metaplan son: meta-plan, meta-planning, metaplanning, metaplan-method, metaplán, metaplan-technique, metaplantechnique, metaplans, meta-plans, M-etaplán, Metaplan®.

3.1 ¿Qué es el Metaplan y en qué consiste?

El Metaplan es una herramienta de investigación cualitativa (Rivas-Quarneti, Magalhaes, & Movilla-Fernández, 2017) como metodología participativa (Magalhães, Farias, Rivas-Quarneti, Alvarez, & Malfitano, 2018). Se define como una técnica de resolución de problemas con base en la cooperación (Schnelle, 1979) y de facilitación grupal, que requiere la participación de todos los actores implicados “para la búsqueda colaborativa de mejoras o soluciones a una situación común a través de la visualización permanente de la discusión” (Rivas-Quarneti, Movilla-Fernández, & Magalhães, 2018, p.677). También es definido como un brainstorming estructurado, como en el de Oliva, Brosa, Espín, Figueras, & Trapero (2015) o como método de resolución de problemas. Las sesiones de Metaplan son diseñadas y moderadas por un facilitador cuyo fin es guiar la discusión o debate promoviendo una atmosfera de comunicación libre con el fin de lograr el objetivo establecido. Para ello, se establecen normas y estructura comunes para generar consenso. La sesión consiste en el uso de tarjetas de diferentes colores y formas sobre las que se fomenta la interacción y un flujo constante de discusión. Dichas tarjetas se irán colocando en paneles a la vista de las personas participantes. El/la facilitador/a debe asegurarse que todas las personas tengan oportunidad de participar (Valverde, Vidal, & Jamsá, 2012; Rivas-Quarneti, 2015; Rivas-Quarneti, Magalhaes, & Movilla-Fernández, 2017; Veiga-Seijo, 2017). El material empleado puede variar: panel, tarjetas o adhesivos de diferentes colores y formas, chinchetas/pegamento o celo y rotuladores de colores (Rivas-Quarneti, Magalhaes, & Movilla-Fernández, 2017). El Metaplan debe hacerse en grupos pequeños, siendo el número adecuado entre 5 y 10 (Valverde, Vidal, & Jamsá, 2012), o 8-10 (Olivares et al., 2015).

3.2 Etapas del Metaplan

Las fases del Metaplan se explican de forma detallada en la Figura 1, inspiradas en diferentes investigaciones (Schnelle, 1979; Hughes, Saadi, Madoz, & González, 2009; Valverde, Vidal, & Jamsá, 2012; Miravittles, 2015; Oliva et al., 2015; Olivares et al., 2015; Villar et al., 2016; Rivas-Quarneti, 2015; Rivas-Quarneti, Magalhaes, & Movilla-Fernández, 2017; Veiga-Seijo, 2017):

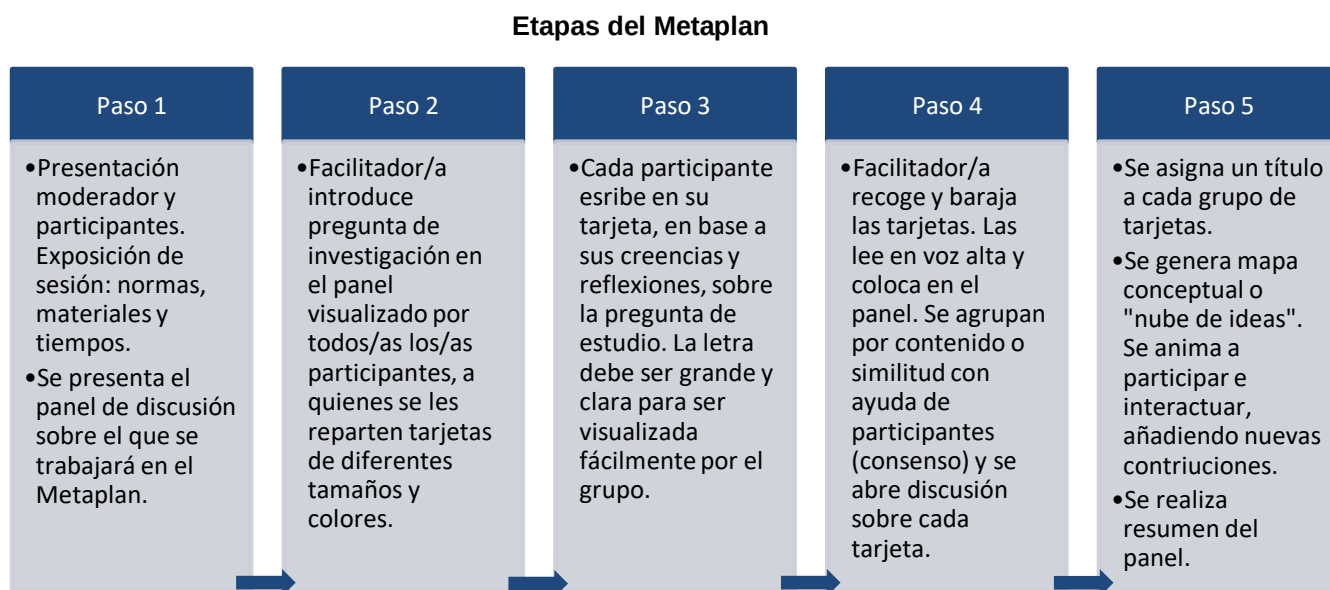


Figura 1. Etapas del Metaplan

3.3 Ventajas e inconvenientes del Metaplan

Las ventajas e inconvenientes encontrados en la literatura se presentan analizados en la Cuadro 2 (Rivas-Quarneti, Magalhães, & Fernández, 2017; Veiga-Seijo, 2017; Miravittles, 2015; Magalhães et al., 2019).

Cuadro 2. Ventajas e Inconvenientes del Metaplan

Ventajas	Inconvenientes
• Favorece participación igualitaria entre participantes. • Permite visualizar el trabajo realizado en conjunto. • Facilita un debate ordenado para determinar puntos de consenso y disentimiento. • Permite llegar a acuerdos democráticamente. • Apoya proceso de elevar conciencia y co-creación de alternativas o soluciones. • Garantiza anonimato. • Constancia de los datos mediante las tarjetas. • Permite organización eficaz de los resultados y análisis colaborativo e in situ. • Proporciona fiabilidad y validez, objetividad • Eficacia y optimización del tiempo. Bajo coste.	• Formación y práctica en la técnica para tener un control de la sesión. • El/la facilitador/a debe ser consciente de su rol como investigador evitando juicios de valor.

3.4 Usos del Metaplan en Ciencias de la Salud

En gran parte de los estudios incluidos, la población de estudio son profesionales de las ciencias sociosanitarias, como es el caso de Magalhães et al. (2019). Estudios como el de Rivas-Quarneti (2015) se focalizan en personas o poblaciones. Se encontraron estudios que usaron el Metaplan para:

- Identificar intervenciones por parte de profesionales en cuestión de costo-efectividad.
- Establecer consenso sobre recomendaciones para informar o crear guías (Olivares et al., 2015), recoger propuestas; o para discutir temas identificados en la literatura.
- Conocer las opiniones, actitudes y conocimientos con relación a procesos salud-enfermedad (Miravittles et al., 2015) así como evaluar o identificar necesidades, problemas y demandas.

4. CONCLUSIONES

El Metaplan presenta un gran potencial como método de investigación cualitativo participativo en salud, pues optimiza la discusión equitativamente, promueve la reflexividad crítica y la creación de alternativas. Es necesario desarrollar más investigaciones cualitativas empleando el Metaplan para profundizar en sus contribuciones a la Investigación Cualitativa en Ciencias de la Salud.

5. REFERENCIAS

- Álvarez, F. V., Zabaleta, R. M., Solves, J. M., Corbella, E. C., Lobato, S. D., González-Torralba, F., ... & Lozano, P. V. (2016). Qué no hacer en la EPOC. Análisis metodológico. *Revista de Patología Respiratoria*, 19(3).
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International journal of social research methodology*, 8(1), 19-32.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Centre for Critical Qualitative Health Research, Facey, M., Gastaldo, D., Gladstone, B., & Gagnon, M. (2018). Learning and Teaching Qualitative Research in Ontario: A Resource Guide. Toronto.
- Gastaldo, D., Rivas-Quarneti, N., & Magalhães, L. (2018). Body-map storytelling as a health research methodology: blurred lines creating clear pictures. *Forum Qualitative Social Research*, 19(2).
- Grove, S. K. & Gray, J. R. (2019). Investigación en enfermería: Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. Barcelona: Elsevier.
- Hart, C., Poole, J. M., Facey, M. E., & Parsons, J. A. (2017). Holding firm: Power, push-back, and opportunities in navigating the liminal space of critical qualitative health research. *Qualitative health research*, 27(12), 1765-1774.

- Holloway, I., & Galvin, K. (2017). *Qualitative Research in Nursing and Healthcare*. Chichester: Wiley Blackwell.
- Hughes, D., Saadi, M. F., Madoz, M. C., & González, A. H. (2009). Aplicación para la administración y desarrollo de cursos con la técnica de Metaplan que aporta etapas virtuales mediante la Web. In XV Congreso Argentino de Ciencias de la Computación.
- Kontos, P., & Grigorovich, A. (2018). "Sleight of Hand" or "Selling Our Soul"? Surviving and Thriving as Critical Qualitative Health Researchers in a Positivist World. *Forum Qualitative Social Research*, 19(2). <http://dx.doi.org/10.17169/fqs-19.2.2990>
- Magalhães, L., Farias, L., Rivas-Quarneti, N., Alvarez, L., & Malfitano, A. P. S. (2019). The development of occupational science outside the Anglophone sphere: Enacting global collaboration. *Journal of Occupational Science*, 26(2), 181-192.
- Miravittles, M., Alcázar, B., Alvarez, F. J., Bazús, T., Calle, M., Casanova, C., ... & García-Sidro, P. (2015). What pulmonologists think about the asthma-COPD overlap syndrome. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 10, 1321. <http://dx.doi.org/10.2147/COPD.S88667>
- Oliva, J., Brosa, M., Espín, J., Figueras, M., & Traperó, M. (2015). Cuestiones controvertidas en evaluación económica (I): perspectiva y costes de intervenciones sanitarias. *Revista Española de salud Pública*, 89(1), 5-14.
- Olivares Cortés, S., Zacarías Hasbún, I., González González, C. G., Fonseca Morán, L., Mediano Stoltze, F., Pinheiro Fernandes, A. C., & Rodríguez Osiac, L. (2015). Diseño y validación de la imagen para la difusión e implementación de las guías alimentarias para la población chilena. *Nutrición Hospitalaria*, 32(2), 582-589.
- Rivas-Quarneti, N. (2015). Estudio De las ocupaciones cotidianas para la promoción de la salud de las mujeres inmigrantes en situación de vulnerabilidad. *Universidade da Coruña*.
- Rivas-Quarneti, N., Magalhaes, L., & Fernández, M. (2017). Contribuciones del Metaplan en Investigación Cualitativa Crítica en Ciencias de la Salud: un camino hacia la acción dialógica. *CIAIQ*, 2. Disponible en: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1262/1222>
- Rivas-Quarneti, N., Movilla-Fernández, M. J., & Magalhães, L. (2018). Immigrant women's occupational struggles during the socioeconomic crisis in Spain: broadening occupational justice conceptualization. *Journal of Occupational Science*, 25(1), 6-18.
- Sandín, MP. (2003). *Investigación cualitativa en educación. Fundamentos y tradiciones*. Madrid: Editorial McGraw.
- Schnelle, E. (1979). *The Metaplan-method: Communication Tools for Planning and Learning Groups*. Metaplan-GmbH.
- Valverde, M., Vidal, M., & Jansá, M. (2012). Técnicas didácticas en educación terapéutica aplicadas a la diabetes. *Revista Rol de Enfermería*, 35(10), 682-691.
- Veiga-Seijo, S. (2017). Estudio cualitativo sobre el baremo de valoración de la situación de dependencia en Galicia: ventajas, retos y propuestas de mejora desde la perspectiva de los valoradores. *Universidade da Coruña*. Disponible en: <https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/23138>
- Villar Álvarez, F., Moreno Zabaleta, R., Mira Solves, J.J., Calvo Corbella, E., Díaz Lobato, S., González-Torralla, F.,... Navarro Soler, I. (2016). Qué no hacer en la EPOC. Análisis metodológico. *Revista de Patología Respiratoria*, 19(3): 76-82.

PESQUISA DOCUMENTAL DE PRONTUÁRIOS DE ATENDIMENTO PSICANALÍTICO DE BEBÊS: PROPOSTA DE ANÁLISE QUALITATIVA EM CINCO TEMPOS

Isabella Regina Gomes de Queiroz^{1,2} e Milena Pereira Pondé²

¹ Serviço de Referência em Triagem Neonatal ²Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Brasil.
isabellaqueiroz@bahiana.edu.br; milenaponde@bahiana.edu.br

Resumo. Introdução: O estudo investigou bebês, na condição intersexuada, acompanhados longitudinalmente, no Serviço de Referência em Triagem Neonatal (SRTN), a partir da percepção dos pais. Método: Análise qualitativa em cinco tempos, elaborado para fundamentar o estudo documental de prontuários de atendimentos psicanalíticos de bebês, cujo conteúdo constitui-se objeto de investigação do pesquisador (responsável pelos registros dos prontuários). Estabelece-se cinco momentos, destacando o embricamento das dimensões teóricas, técnicas e éticas. Resultado: Verificou-se alterações na tela simbólica dos pais, graças a influências dos diferentes momentos vividos: 1. Percurso diagnóstico. 2. Período pré-cirúrgico até o momento do resultado do cariótipo. 3. Período pré-cirúrgico depois do resultado do cariótipo. 4. Período pós-cirúrgico. A temporalidade do registro mostrou-se fundamental na detecção de fases específicas para questão da intersexualidade, verificando-se como pais e mães revelaram sofrimentos e relatos específicos a cada fase enfrentada, desde o nascimento até o momento pós-cirúrgico. A compreensão de projeções, atos falhos e contradições, ao longo das narrativas, permitiu alargar a visão dos casos estudados. Conclusões: Estudar prontuários, permitiu adentrar em aspectos que uma entrevista estruturada poderia não revelar. As observações do psicólogo sobre os fatos clínicos, foram fundamentais, enquanto reveladores de conflitos, desejos expressos por atos falhos, contradições, esquecimentos.

Palavras-chave: Estudo Qualitativo; Método de Pesquisa; Registros Clínicos; Bebês; Psicanálise.

DOCUMENTARY RESEARCH OF MEDICAL RECORDS OF PSYCHOANALYTIC CARE FOR BABIES: A FIVE-STEP QUALITATIVE ANALYSIS PROPOSAL

Abstract. Introduction: The study investigated babies, in the intersexed condition, followed longitudinally, at the Neonatal Screening Reference Service (SRTN), from the parents' perception. Method: Qualitative analysis in five stages, designed to support the documentary study of medical records of psychoanalytic care for babies, whose content constitutes the object of investigation by the researcher. Five moments are established, highlighting the embracing of theoretical, technical and ethical dimensions. Result: We observed changes in the symbolic screen of the parents, due to the influences of the different moments experienced: 1. Diagnostic path. 2. Pre-surgical period until the moment of the karyotype result. 3. Pre-surgical period after the karyotype result. 4. Post-surgical period. The temporality of the registration proved to be crucial in detecting specific phases for the intersexuality issue, verifying how fathers and mothers revealed suffering and specific relation to each phase faced, from birth to the postsurgical moment. The understanding of projections, flawed acts and contradictions, throughout the narratives, allowed to broaden the view of the cases studied. Conclusions: Studying medical records, allowed to enter into aspects that a structured interview might not reveal. The psychologist's observations on clinical facts were decisives, as they reveal conflicts, desires expressed by faulty acts, contradictions, forgetfulness.

Keywords: Qualitative Study; Research Method; Clinical Records; Babies; Psychoanalysis.

1. INTRODUÇÃO

A PERCEPÇÃO DE PAIS E DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE FILHOS/PACIENTES COM HIPERPLASIA DA SUPRARRENAL CONGÊNITA E DESORDEM DO DESENVOLVIMENTO SEXUAL, constituiu-se em uma tese de doutorado que investigou bebês, nascidos na condição intersexuada, acompanhados longitudinalmente, em um Serviço de Referência em Triagem Neonatal (SRTN). A tese utilizou dois métodos qualitativos: um para o estudo da percepção dos profissionais de saúde e outro para o estudo da percepção dos pais sobre os seus filhos. O método denominado análise qualitativa em cinco tempos foi elaborado para subsidiar o estudo da percepção dos pais, abordado nesse artigo, a partir de análise de prontuários psicanalíticos, estruturados pelo próprio autor da pesquisa. A clínica psicanalítica de bebês, é permeada pelo seu cuidador primário, geralmente, seus pais. A maneira como o bebê está inscrito na tela simbólica de seus pais, as fantasias que o envolve, a maneira como carregado, cuidado, consistem em elementos fundamentais para essa clínica. Estudar os documentos gerados a partir de atendimentos psicanalíticos consiste em um desafio para o pesquisador, posto que os dados são sigilosos e apenas o indivíduo que gerou o documento poderá ter acesso a eles, a partir do consentimento dos sujeitos/pacientes ou responsáveis (no caso de menores de idade e de vulneráveis). Ademais, o conteúdo a ser estudado não se resume às narrativas do analisando, senão, àquilo que se denomina de fato clínico. Nesse sentido, os registros decorrentes dos acontecimentos no *setting* clínico, estão perpassadas pelo analista: os recortes por ele feito (relacionados ao tema que se quer investigar), os elementos transferenciais, pontuações acerca das contradições, atos falhos e outros elementos presentes nesse contexto (Dallazen *et al*, 2012). Dada a escassez de modelos metodológicos para esse tipo de estudo, objetiva-se, com essa proposta, estabelecer fundamentos para o estudo documental de prontuários gerados na clínica psicanalítica de bebês e crianças pequenas, atendidos longitudinalmente, cujos registros foram gerados pelo profissional responsável pelo atendimento e que, em um segundo momento, constitui-se como pesquisador a partir do material por ele elaborado.

2. METODOLOGIA

São estabelecidos como pressupostos da fundamentação metodológica, para o modelo de pesquisa aqui proposto, a demarcação de cinco momentos distintos. Esses momentos são

reveladores do quanto as dimensões teóricas, técnicas e éticas são justapostas nesse tipo de investigação.

2.1 O primeiro momento, ou a pré-pesquisa

Corresponde ao momento dos atendimentos psicológicos dos pacientes. Nessa etapa, o documento é gerado visando, exclusivamente, o registro clínico. Ressalte-se que os registros são estruturados a partir de atendimentos clínicos, no qual o profissional adota uma posição da escuta psicanalítica. Desse modo, compreende-se que o discurso do paciente é priorizado em entrevistas abertas, com marcações necessárias ao deslizamento do discurso. São acrescidos, ainda, os registros do psicanalista referente à dimensão psíquica, observada durante a sessão, nos quais constam o parecer do profissional.

Com relação a esse momento, ressalta-se duas especificidades. A primeira referente à abordagem teórica adotada pelo autor dos registros clínicos (que posteriormente se torna pesquisador dos mesmos prontuários), que é a psicanálise. Essa primeira especificidade fica bem estabelecida através das considerações de Lacan (1957/1998; 1966/1998), que sugere uma torção para o cogito cartesiano que repousa na ideia do *“penso, logo existo”*. O autor apresenta uma demarcação clara entre ser e pensar ao propor uma inversão para esse cogito: *“lá onde penso, não sou”* apontando para a importância de se considerar a dimensão inconsciente - mantida fora da ciência cartesiana. A segunda especificidade diz respeito ao local onde se desenvolve a pesquisa. Esse aspecto é de fundamental importância, já que o estabelecimento de protocolos delimita a dinâmica da clínica, desde o fazer do profissional, responsável pelos atendimentos, à dimensão transferencial.

Na clínica psicanalítica, as descrições nos prontuários são realizadas a *posteriori* ao momento da consulta e, assim, a experiência clínica perpassa o analista e desdobra-se sobre os registros: os recortes por ele feito, as interpretações, a leitura da cena apresentada no *setting analítico*, as pontuações dos tropeços de linguagem constituindo, dessa maneira, o que se denomina de fatos clínicos - fatos tratados durante a comunicação constituída no campo psicanalítico, que é o “campo transferencial, onde a análise se dá, marcado pela operação fundamental do analista: a interpretação. (Herrmann & Herrmann, 2012). Do lado do analisante, abarca-se toda a comunicação esta advinda de distintas situações: experiência vivida/sentida/imaginada, sonhos, atos. Do lado do analista, abarca-se a sua própria experiência, além da técnica e do arcabouço teórico (Vollmer Filho, 1994).

Para a proposta em questão, é de fundamental importância analisar as especificidades de uma clínica de bebês (devir de sujeito). Compreende-se que as questões vivenciadas nos sistemas mãe-bebê/mãe-pai-bebê, não estão dadas pelo fato vivido, apenas, na dimensão real do corpo do bebê. Ocorre, também, nas dimensões imaginária e simbólica, na medida em que os sonhos e as idealizações em torno do bebê, tanto quanto a maneira como este é falado, estão entrelaçadas nas antecipações do Outro (encarnado, geralmente, na mãe) e nas distintas atribuições de sentido, como diz Aulagnier (1990; 2000) que vão sendo tecidas, enquanto os cuidados ao bebê vão sendo prestados. Trata-se de favorecer um olhar para além da dimensão biológica, defendendo a possibilidade de se construir um saber sobre esse filho, desde a sua pré-história, seguindo com os elementos psíquicos constituídos a partir de um sistema estabelecido na díade ou na tríade, em suas distintas instâncias.

Os registros produzidos nessa clínica, constituem-se regularmente de fatos clínicos e estes estão sempre vinculados ao método de apreensão destes e aos seus fundamentos teóricos (Quinodoz, 1994). Nesse tempo inicial, que se constitui a condição *sine qua non* dessa modalidade de pesquisa, em não há nenhuma pergunta de investigação e nenhum objeto de pesquisa estipulados, apenas os registros de prontuários são produzidos.

2.2 O segundo momento

Possibilita uma apropriação das construções realizadas ao longo dos atendimentos, ora ressignificadas a partir da **delimitação do que se quer investigar**. É, portanto, um momento marcado pela rememoração de conteúdos psíquicos presentes no investigador do que fora construído a partir das experiências clínicas com os seus pacientes, agora, transformados em pretensos casos a serem estudados.

Está em jogo aqui a questão da temporalidade, uma vez que é apenas em “um só depois” que esses novos sentidos se instituem - como em um “APRÉS COUP” (Laplanche, 2016).

A teoria é posta em uma condição de suspensão para que seja possível insurgir o novo – condição necessária, também, ao trabalho clínico no que concerne a relação do psicanalista como seu paciente (e, portanto, presente, também, no primeiro momento). É nesse instante que o profissional responsável pelos acompanhamentos clínicos assume a posição de pesquisador. As experiências vividas nessa etapa preparam para o momento seguinte.

2.3 O terceiro momento

Consiste no tempo em que ocorre **o estabelecimento da pergunta de investigação e do objeto de pesquisa**. A experiência do momento anterior é de fundamental importância para esse terceiro momento, pois é ela quem aparelha o investigador a inúmeras elaborações que irão fundamentar o seu interesse de estudo. Assim, deixar em suspenso a teoria, abre possibilidades de novos sentidos que poderão emergir na elaboração da pergunta de pesquisa e do objeto a que esta se refere.

2.4 O quarto momento

Marca a **pesquisa propriamente dita**. A leitura dos documentos, a partir da técnica da atenção flutuante, possibilita a organização de sentidos relacionando os conteúdos acessados nos prontuários à pergunta de investigação, produzindo um novo desdobramento para a dimensão semântica, produzida na etapa antecedente. Esse quarto momento é destinado a examinar as vivências psíquicas registradas no material clínico em questão, possibilitando a produção de conhecimento, por parte do pesquisador, em uma outra instância, na qual a relação de transferência se apresenta fora do *setting* clínico. Esse reposicionamento favorece, um “sobre-olhar” para os conteúdos registrados, fazendo-se ver as narrativas dos pais referentes ao paciente e, também, os fatos clínicos (que como dito anteriormente compõe o registro em questão).

Nesse instante, a observação participante torna-se a eleita para se constituir o tipo de observação coerente com os propósitos desse modelo de pesquisa. Nessa direção, os registros devem ser tomados como uma aproximação à ideia de um diário de campo - justificada a partir da noção da observação participante; mas tomados, apenas, como uma aproximação, já que esses prontuários são registros elaborados em um tempo anterior ao estabelecimento da pesquisa.

Chamaremos, então, de “Diário de Campo Livre”, por se tratar de anotações que não tiveram como objetivo a pesquisa, pois foram registradas livres de uma ideia relacionada a um objeto de pesquisa específico.

Esse momento encontra-se, de certa maneira, entrelaçado ao anterior, já que nele deve-se manter, ainda, todo arcabouço teórico do pesquisador em suspensão, considerando-se, também, a ideia de “*Après Coup*” (Freud, 1996; Laplanche, 2016).

2.5 O quinto momento

Instante da investigação propriamente dita, é destinado à Categorização, Análise e Interpretação do material contido na entrevista.

Sendo a clínica aqui tratada, uma clínica que envolve bebês e crianças pequenas a dimensão ética envolve algumas especificidades que devem atender a determinados requisitos éticos. O acesso aos conteúdos dos prontuários, para fins de pesquisa, deve ocorrer mediante autorização prévia dos responsáveis pela criança e, em casos de pacientes com mais de quatro anos, o assentimento para esse acesso constitui-se em um dos critérios ético fundamental.

Ao retomar as anotações de prontuário, o documento produzido pelo próprio investigador é relido, mas, agora, à luz da pergunta de investigação atual. Para tanto, vale-se da técnica da atenção flutuante, (como no momento anterior) na busca de categorias emergentes dos conteúdos dos documentos, iniciada no momento anterior e seguindo-se no momento atual. Caracterizado pelo início da investigação propriamente dita, esse momento é marcado por três etapas que se entrelaçam: 5.1) a organização de Categorias, a partir das narrativas estudadas, 5.2) a Análise do material encontrado e 5.3) a Interpretação, que será feita à luz da psicanálise.

5.1) A organização de Categorias: Coerentemente com os fundamentos da análise de dados qualitativos em dois níveis (Pondé, Mendonça & Caroso, 2009), após a leitura flutuante dos documentos, procede-se uma segunda leitura, essa agora, sistemática, buscando relacionar fragmentos do documento/texto com ideias-chave, que chamaremos de categorias. Os fragmentos dos documentos, então, são marcados e ligados a Categorias, que vão sendo criadas durante a Segunda Leitura Sistemática. Procede-se, então, uma Terceira Leitura Sistemática dos documentos, para permitir que todos os documentos possam ser categorizados conforme todas as Categorias geradas ao longo da Segunda Leitura Sistemática dos documentos. Em seguida são criados arquivos para cada categoria: o arquivo tem o nome da Categoria e contém todos os fragmentos marcados em cada documento referente àquela Categoria, sendo que cada fragmento deve ser identificado, exemplo: Fragmento do Documento 1, Fragmento do Documento 2 e assim sucessivamente. O momento seguinte será reler os fragmentos de cada Arquivo de Categoria, criando então Subcategorias. Subsequentemente, procede-se a análise e posterior interpretação dos dados.

5.2) A etapa de Análise das categorias consiste em identificar padrões ou tendências nas Subcategorias. Requer que o pesquisador tenha profundo conhecimento dos documentos da pesquisa, porque a identificação de padrões deve ser feita contemplando os “fatos clínicos”, acima mencionados, que podem estar presentes nas anotações do clínico/pesquisador (autor dos documentos) e podem surgir “*après-coup*” na lembrança do pesquisador (o próprio autor do documento no Primeiro Momento, ou pré-pesquisa).

O processo de categorização consiste em um exercício criterioso, porque os textos dos prontuários não respondem a perguntas específicas e dessa maneira, a cadeia das narrativas passeia por temas que se interligam (ou não) segundo a subjetividade de quem narra e a própria dinâmica das sessões clínicas. Podem, então, conter dados explícitos e implícitos e só o trabalho de análise desse material possibilitará a adequação da organização dos dados. Além disso, não há uma padronização no curso das ‘respostas’ à pergunta de investigação. Compreende-se que a ênfase dada a determinados pontos durante as narrativas, em detrimento de outros, também consiste em dado de análise. Esse aspecto dos registros, inclusive a falta de padronização no curso das respostas, aponta para a possibilidade de lacunas de elementos que compõem a pesquisa. Nesse momento, valer-se da observação participante auxilia na estruturação melhor dos dados pesquisados, incluindo esses registros no item percepção do psicólogo (o que deve constituir em um item específico no momento da análise). Nessa sub-etapa da pesquisa, a discussão com um terceiro, posto fora da cena clínica, favorece a manutenção de um sobreolhar, presente desde o momento anterior e fundamental para a ampliação semântica no momento da categorização.5.3)

2.6 A Interpretação à luz da psicanálise

Caracteriza-se pela Interpretação do material encontrado e corrobora com o próprio percurso da história da psicanálise, no sentido de ela ter se estruturado na constante articulação dos achados clínicos de Freud e suas frequentes revisitações à dimensão teórica. O Processo de interpretação vale-se do espaço concedido pelo próprio autor da psicanálise, para a articulação de saberes. A história da psicanálise se fez em movimento contínuo segundo o qual o seu autor compreende sua teoria/prática como um saber aberto, constantemente revisitado a partir dos estudos de casos atendidos e por ele analisados, ao tempo em que indica a importância de um saber científico que considere essas relações nas dimensões: tópica, dinâmica e econômica do psiquismo, ao tempo em que reforça a

compreensão do saber psicanalítico, desde sua técnica, como um saber aberto. Diz o autor: “Penso estar sendo prudente, contudo, em chamar estas regras de ‘recomendações’ e não reivindicar qualquer aceitação incondicional para elas. (...) Freud, 1913, p. 164). Essa brecha, forjada pelo autor, funciona como uma convocatória para um movimento no fazer clínico, apontando para possibilidades posteriores de novas articulações teórico-práticas.

A pesquisa A PERCEPÇÃO DE PAIS E DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE FILHOS/ PACIENTES COM HIPERPLASIA DA SUPRARRENAL CONGÊNITA E DESORDEM DO DESENVOLVIMENTO SEXUAL foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação Bahiana para o Desenvolvimento das Ciências, 11/08/2016 e número 1 672 790 para o estudo de pacientes; e em 14/05/2017 e número 1 963 747 para o estudo dos profissionais de saúde - visando assegurar a defesa e a proteção dos sujeitos envolvidos, que assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, seguindo a resolução do CONEP 2012.

3. RESULTADOS

O cumprimento das cinco etapas propostas pelo método aqui apresentado mostrou-se fundamental para a análise da dimensão psíquica que envolve a questão do nascimento de um filho na condição intersexual até o momento pós genitoplastia, favorecendo a apropriação de processos conscientes e inconscientes dos pais, que vivenciaram situação traumática nesse percurso. Foi possível avaliar a alteração da tela simbólica a partir de influências dos diferentes momentos vividos, destacados nos prontuários e a análise dos desdobramentos dessa alteração sobre o filho, retratados nas categorias construídas a partir do estudo dos prontuários.

1. Percurso diagnóstico:

Marcado por sentimentos ambivalentes: de um lado, amor, o medo da morte do bebê, de outro, sentimentos de: rejeição, dor, vergonha em decorrência da ambiguidade dos genitais. Verificou-se sonhos desfeitos e resistências. O sofrimento psíquico e o adoecimento (depressão e ansiedade) fizeram-se presentes. Foram narradas distintas formas da equipe abordar a questão da HSRC: maus tratos, curiosidades, cuidados, erros;

2. Período pré-cirúrgico até o momento do resultado do cariótipo:

Momento de confusão em relação à designação sexual da criança, levando os pais a tratarem e nomearem os bebês de maneira concebida por eles como ambígua. Percepção de anormalidade no filho e estabelecimento de segredo mediante a condição do bebê. O discurso médico se sobrepôs à tela simbólica dos pais, em certo nível, levando a alterações das antecipações acerca do bebê, tão caras à constituição psíquica;

3. Período pré-cirúrgico depois do resultado do cariótipo:

Caracterizado pela a definição do sexo (46XX) possibilitou o registro civil da criança (em suspenso em alguns casos) e /ou de solicitação judicial para a mudança do registro anterior em casos de mudança do sexo. Verificou-se mobilização psíquica intensa nos pais, naqueles casos em que o sexo do bebê foi alterado, desdobrando-se na maneira de olhar e cuidar da criança;

4. Período pós-cirúrgico:

Momento não vivenciado por todos os investigados; cinco aderiram à genitoplastia. Dentre esses, observou-se certo apaziguamento inicial, sucedendo-se questões relativas à sexualidade futura da filha, quanto: à identidade de gênero, à orientação sexual e, mesmo, ao gênero (duvidando do saber médico). Verificou-se: atos falhos, conferindo questões relativas ao desejo, com trocas pronominais referente ao gênero da criança, além de projeção da mãe em relação à filha, quanto aos seus próprios conteúdos psíquicos:

“(...) o povo falava: ‘pelo jeito de M4, vai ser menino’. Porque falava que eu tenho jeito de homem (...) eu acho que ela é meu jeito.

A intersexualidade que se pretendia apagar, com a cirurgia no real do corpo, tendeu a retornar, minimamente, como questão (acentuadas pela cicatriz e pelo uso de medicamentos indicados para HSRC).

4. DISCUSSÃO

A temporalidade do registro se mostrou fundamental para a detecção de fases específicas para a questão estudada: é o fluxo dos atendimentos que revela que o tempo precoce para a cirurgia não, necessariamente, garante o apaziguamento em relação à ambiguidade genital - o tempo de elaboração das questões relaciona-se com a ideia de tempo lógico. A identificação de atos falhos e contradições nos discursos, ao longo do processo, puderam apontar para questões psíquicas envolvidas na designação sexual das crianças, fundamentais para os resultados da investigação em questão. As observações do psicólogo sobre os fatos clínicos observados, apresentaram a importância de se pensar nesse construto, enquanto revelador de conflitos, desejos expressos por atos falhos, contradições, esquecimentos. Essa ideia fica contemplada pela análise em dois níveis utilizada no método, proposta por Pondé (2009). Reforça-se o conceito de diário de livre de campo, emergido das observações dos registros psicológicos, importantes para a análise de dados como esses.

5. COMENTÁRIOS FINAIS

Os achados reforçam a ideia de que tomar o estudo documental em cinco tempos como modelo de pesquisa documental possibilitou que presente estudo pudesse responder

adequadamente à questão estabelecida para a pesquisa “Percepção de pais e de profissionais de saúde sobre filhos/ pacientes com hiperplasia da suprarrenal congênita e desordem do desenvolvimento sexual.” Os estudos dos prontuários dos pacientes, analisados longitudinalmente, permitiram uma incursão em aspectos que uma entrevista estruturada para pesquisa científica poderia não revelar: a o percurso dos relatos em cada etapa vivenciada. As observações do psicólogo sobre os fatos clínicos observados, apresentaram a importância de se pensar nesse construto, enquanto revelador de conflitos, desejos expressos por atos falhos, contradições, esquecimentos. Essa ideia fica contemplada pela análise em dois níveis utilizada no método, proposta por Pondé (2009). Reforça-se o conceito de diário de livre de campo, emergido das observações dos registros psicológicos, importantes para a análise de dados como esses.

6. REFERÊNCIAS

- Aulagnier, P. (2000) Lo potencial, lo posible, lo imposible: categorías y coordenadas del campo clínico. *Psicoanálisis AP de BA*, 22, 65-87.
- Dallazen, L.; Giacobone, R.V.; Macedo, M. M. K. & Kupermann (2012), D. Sobre a ética em pesquisa na psicanálise. *Psico*, Porto Alegre, PUCRS, 43(1), pp. 47-54.
- Freud, S. (1980). *Sobre o Início do Tratamento*. (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I). Em *Obras Completas*. v. 12. Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1913).
- Freud, S. (1996). *Recordar, repetir e elaborar*. In S. Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. (Vol.12). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914)
- Herrmann, F. & Herrmann, L. (2012). *Notas sobre campo e campo psicanalítico*. Ide (São Paulo), São Paulo, 35 (54), 139-147.
- Lacan, J. (1998). *A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud*. Em: *Escritos* (496-533). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Texto original publicado em 1957a).
- Laplanche, Jean; Pontalis, Jean-Bertrand. *Vocabulário da psicanálise*. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2016. (Trabalho original publicado em 1967)
- Pondé, M. P., Mendonça, M. S. S., & Caroso, C. (2009). [Methodological proposal for a dual a level analysis of qualitative data]. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 16(1), 129-143.
- Quinodoz, J. M. (1994). Fatos clínicos ou fatos clínicos psicanalíticos? *Revista Brasileira de Psicanálise*, 28(4):613-34.
- Vollmer Filho, G. (1994). A conceituação do fato clínico psicanalítico. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 28(4), 673-85.

NARRATIVAS DE PSICÓLOGAS A PARTIR DA LEI MARIA DA PENHA

Marilda Castelar¹, Amanda Torquatro¹ e Verena Souza Souto¹

¹Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Brasil, marildacastelar@bahiana.edu.br

amanda.torquatro@hotmail.com, verena.souto@gmail.com

Resumo. Este trabalho objetiva discutir as narrativas de psicólogas na política pública para mulheres em situação de violência a partir da Lei Maria da Penha. Método: Pesquisa qualitativa exploratória. Foram realizadas sete entrevistas com psicólogas, gravadas em áudio, transcritas e posteriormente fez-se uma análise de conteúdo. Resultados: Foram encontradas profissionais de Psicologia inseridas em todos os equipamentos especializados com algum conhecimento da Lei 11.340/06 e das políticas públicas para as mulheres. Entretanto, apresentam dificuldades no manejo da rede e no conhecimento teórico e metodológico na operacionalização de suas práticas profissionais e apenas uma participa do movimento de mulheres. Conclusões: Apesar da importância das psicólogas no acolhimento e acompanhamento à mulher em situação de violência, é necessário aperfeiçoar o conhecimento dessas profissionais sobre a Lei 11.340/06 e sobre as políticas públicas voltadas para mulheres. Além de aprimorar a formação das psicólogas frente à violência contra mulheres.

Palavras-chave: Mulher; Violência; Psicologia; Lei Maria da Penha

NARRATIVES OF PSYCHOLOGISTS FROM THE MARIA DA PENHA LAW

Abstract. The work objective discuss the narratives of psychologists in public policy for women in situations of violence based on the Maria da Penha Law. Methodology: Qualitative exploratory research. Were conducted seven interviews with psychologists, audio-recorded, transcribed, and subsequently an analysis was made of the content. Results: were found professional psychology entered all the specialized equipment with some knowledge of the Law 11.340/06 and of public policies for women. However present difficulties in the management of the network and in the knowledge of the theoretical and methodological operationalization of their professional practices, and only one participates in the women's movement. Conclusion: Despite the importance of the psychologist in the reception and accompaniment to women in situations of violence, it is still necessary to improve the knowledge of these professionals about the Law 11.340/06 and on the public policies for women. In addition to improving the training of psychologists about violence against women.

Keywords: Woman. Violence; Psychology; Maria da Penha Law.

1. INTRODUÇÃO

A violência contra as mulheres é símbolo de uma das principais formas de violação dos seus direitos humanos, atingindo-as em seus direitos fundamentais, como à vida, à saúde e à integridade física, moral e psicológica (Brasil, 2011). É uma realidade que perpassa gerações e tal modalidade de violência é um fenômeno social que acontece nas relações humanas em que há conflitos de interesse e dominação. A violência doméstica é tida como um tipo de violência de gênero, que ocorre dentro do lar, definida como qualquer ato de agressão física, sexual ou emocional perpetrado por um indivíduo com quem se tenha ou se teve um relacionamento (Ferreira et al, 2016). A violência contra a mulher perpassa

gerações e passou a ser mais discutida em sociedade, na mídia e nas redes sociais. De acordo com o Atlas da Violência 2019 há um crescimento dos feminicídios nos últimos anos, especialmente por arma de fogo a partir de 2015 (IPEA, 2019).

O que é perceptível é a discussão do assunto para que todas as mulheres compreendam seus direitos e assim cobrem a efetividade da Lei, bem como a consistência das políticas públicas, para que estas venham a auxiliá-las em situação de violência doméstica. Tais políticas baseiam-se em um paradigma de "rede" e de "transversalidade de gênero". Promove-se a criação de uma "rede de enfrentamento" à violência contra a mulher, o que inclui instituições e serviços governamentais e não governamentais, bem como a comunidade. Além disso, abrange a "rede de atendimento" constituída de serviços assistenciais e ações setoriais que devem ser articuladas e integradas com enfoque em saúde, segurança pública, justiça, assistência social e educação.

Nesse sentido, a elaboração de uma lei específica para a violência de gênero foi resultado do trabalho e mobilização dos movimentos de mulheres, potencializado pela criação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República. Com a Lei 11.340/2006, um dos objetivos foi caracterizar a violência de gênero como violação dos direitos humanos e elaborar uma lei que garantisse proteção e procedimentos humanizados para as vítimas (Mascarenhas, 2013).

Com o apoio do movimento feminista do Brasil e de organizações não governamentais. A Lei 11.340/06 é considerada um marco na história da luta das mulheres no Brasil; esta lei criou “mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, para Prevenir, Punir e Erradicar”. A lei também criou os “Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher”. Igualmente, há de se destacar que o artigo 5º desta lei define violência doméstica e familiar como ação ou omissão que tem por base o gênero, vindo tal violência a causar os mais variados danos (Brasil, 2006). Diante desse cenário as autoridades sentiram a necessidade da criação de uma nova Lei, aprovada em 2015, a Lei do Feminicídio (Lei 13.104/15), a qual incute o homicídio de uma mulher pela condição de gênero.

Cabe ressaltar que com a Lei Maria da Penha, foi possível também a criação e aperfeiçoamento das políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres englobando as diferentes modalidades pelas quais a violência se expressa, além da qualificação de equipes multiprofissionais e a inserção de psicólogas têm sido cada vez

mais demandadas. Nesse sentido, se faz necessário estudar as práticas locais das Psicólogas em serviços e Programas de Atenção às Mulheres em Situação de Violência para compreender como estas realizam e compreendem suas atividades.

2. METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório e descritivo. As interlocutoras da pesquisa foram psicólogas que atuam nos equipamentos da Rede de Atendimento à Mulher em situação de Violência, existentes em Salvador e em algumas localidades do interior da Bahia. Foram contemplados na presente pesquisa, a saber: Centro de Referência a Atenção à Mulher; Serviço Especializado de Acolhimento a Mulheres em situação de Violência Doméstica do Campo, da Floresta e das Águas; Juizado Especializado; Defensoria Pública; Ministério Público.

Foram utilizados como critérios de inclusão psicólogas que atuam no acolhimento e acompanhamento a mulheres em situação de violência nos equipamentos que operacionalizam as políticas para as mulheres, que aceitaram participar do presente estudo e vieram a apresentar em seus relatos aspectos relevantes ao recorte da pesquisa. Foram excluídas psicólogas que não atuavam nos equipamentos que operacionalizam as políticas públicas e que não se sentiram à vontade com a gravação em áudio, assinando o TCLE. Este estudo aprovado pelo Comitê de Ética CAAE: 60401816.6.0000.5544. Todas as participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

As informações foram obtidas através de entrevistas realizadas individualmente, em local adequado escolhido pelas participantes, estas foram gravadas em áudio e transcritas pelas pesquisadoras e encontram-se no banco de dados do grupo de pesquisa. Essas entrevistas dizem respeito a seis psicólogas/os, com idade média de 35 anos. Apenas uma se autodeclarou branca, três pardas e duas negras. Quanto à religião, três disseram não possuir, uma se declarou católica, uma evangélica e uma candomblecista. Gênero: cinco são do gênero mulher e um homem. Média de tempo após graduação foi de 9 anos.

Os dados das entrevistas foram analisados segundo a Análise de Conteúdo, associada à temática e a análise de conteúdo de Bauer (2002). As identificações das unidades de análise foram realizadas com seis entrevistas transcritas, conferidas, provenientes de uma leitura flutuante e focada, marcada pelo conteúdo das falas. As entrevistas foram agrupadas por semelhança de conteúdo, advinda das falas manifestadas e analisadas após as leituras

flutuantes, emergindo duas categorias com aspectos relevantes do conhecimento relacionados a Lei Maria da Penha e das políticas públicas específicas para o campo no caso do presente artigo trataremos apenas do **Conhecimento da Lei**, em que foram incluídas afirmativas ou negativas da resposta direta à pergunta: se conheciam aspectos da descrição da lei que as entrevistadas citaram para justificar o seu conhecimento ou desconhecimento da lei;

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção foram analisadas as narrativas relacionadas à percepção das psicólogas que trabalham em alguns dos equipamentos de assistência prestada às mulheres em situação de violência, de Salvador e região a partir de apenas uma das categorias de análise citadas acima.

3.1 Conhecimento da Lei Maria da Penha

Com a Lei nº 11.340/2006, caracterizando a violência doméstica como uma forma de violação dos direitos humanos, impondo penas mais duras aos agressores e maior proteção judicial e policial para as vítimas (Vieira, Hasse, 2017). Na perspectiva de entendimento do que é a Lei Maria da Penha e qual a sua função, a entrevistada E-3 relata seu trabalho de transmissão de informações contidas na lei para as mulheres que atende baseada em aspectos fundamentais a exemplo dos tipos de violência que são tipificados como possíveis de acontecer no âmbito doméstico.

Por conta do trabalho eu tive que estudar também a lei, mas eu acabo me atendo muito mais às tipificações de violência na minha prática e também a forma com que a mulher pode chegar à delegacia, por exemplo, e pedir para registrar uma queixa né, então basicamente eu conheço a lei, mas eu trabalho basicamente com a explicação dos 5 tipos, a física, a patrimonial, a sexual, a moral ou verbal e a psicológica (...)(E-3)

Além de possuir o conhecimento sobre a Lei, E-3 relata o aprofundamento do estudo mediante a necessidade encontrada na sua atuação profissional, revelando como compartilha seus conhecimentos com as mulheres que apresentam essas demandas, explicando o que é a violência doméstica, a Lei e até como proceder com relação aos mecanismos a fim de assegurar a integridade dessas mulheres. A postura da entrevistada aqui explicitada evidencia uma necessidade latente de as psicólogas, enquanto profissionais, conhecerem a Lei Maria da Penha de forma profunda, já que, ao levar ao conhecimento da mulher em situação de violência a política que rege seus direitos, a

mesma poderá agir em consonância com aquilo que a Lei determina, que configura a prática realizada por E3.

Tal conhecimento sobre a norma legal, bem como a devida orientação à mulher pode vir a salvar vidas, tendo em vista que poderá proporcionar à mulher que tome as devidas providências para se proteger de futuras agressões. Isto se relaciona a outro aspecto que ficou evidenciado nos relatos: a repercussão da Lei do Feminicídio, em que se entende que existe mais incidência da morte de mulheres quando a agressão envolve violência doméstica e familiar, e/ou quando evidencia menosprezo ou discriminação à condição de mulher, caracterizando crime por razões de condição do gênero da vítima. (IPEIA, 2019).

Para viabilizar a mudança no Código Penal, foi tipificado o feminicídio como “circunstância qualificadora”, assim, esse tipo de crime contra mulheres passou a ser considerado no rol dos crimes hediondos (Brasil, 2015). Isto requer uma mudança de cultura que ainda não foi processada na sociedade. A entrevistada abaixo comenta sobre esse fato:

Lei do Feminicídio que é muito pouco conhecida também é recente e traz aspectos muito importantes. Então eu acho que a Lei Maria da Penha é uma lei fundamental e eu a considero bem elaborada. (E-1)

Ratificando a fala da E-1, a literatura suscita que o país compartilha as limitações quanto à informação pública, acessível e confiável sobre o tema, especialmente na fase criminal e judiciária. Não há dúvidas de que, em breve, poderá ser possível contar com algumas informações estatísticas de inquéritos policiais tipificados como feminicídios, em função da aprovação recente que tipifica como crimes hediondos os homicídios de mulheres por motivação de gênero (Brasil, 2016).

Como ilustrado abaixo pela E-4, foi abordada também a discussão de gênero pautada dentro do Sistema Conselhos de Psicologia, abordando as normativas técnicas e os posicionamentos políticos sobre o tema, debatendo e problematizando essas contribuições, como no caso a Lei para o fazer profissional das psicólogas, uma vez que já existe toda uma estrutura nas redes para assistir esse público (CFP, 2013).

Uma lei bem completa, mas foi produzida pensando numa realidade que é complexa, multifacetada, então ela atenta não só a questões judiciais, como questões de acolhimento ao próprio agressor, tudo isso é previsto na lei, mas quando você coloca isso em prática, trazer isso para realidade, você como entender que algumas coisas ali, precisam ser melhoradas, então, por exemplo, quando você pensa, em medida protetiva de urgência, é algo que é necessário, mas quando a mulher recebe a medida

protetiva de urgência, quem vai garantir que essa medida funcione? Então, aí a gente precisa pensar em outras questões para dar conta disso. (E-4)

Perante a complexidade que permeia a violência contra as mulheres, destacam-se os profissionais que atuam na atenção a esta população, no sentido de que estes necessitam ampliar seu olhar sobre o problema, voltando-se para além do tratamento dos traumas físicos e da denúncia dos agressores. É fundamental a elaboração e implantação de ações de enfrentamento articuladas intersetorialmente e interdisciplinarmente. Dessa maneira, além da queixa e do trato das questões físicas, é possível agir na mudança do comportamento agressivo do ofensor e na promoção da igualdade de gênero (Madureira et al, 2014).

Além disso, aparecem questões direcionadas ao agressor, como exemplifica a fala abaixo:

A Lei... é falha, deveria se ter uma ressocialização aquele homem foi detido, mas ele teria que ter um processo uma equipe que até que ele saia e responda, fizesse entender, porque ele está ali e eu não sei se isso de fato acontece (...) então de fato eu acho que a lei é extremamente falha, não é só pegar prender, você fazer uma entrevista, não, tem que ter um acompanhamento e isso não tem. Lá existe agora (...) grupos que os próprios psicólogos voluntários estão fazendo, grupos de homens e grupos de mulheres. (E-5).

Para E-5 a compreensão dos aspectos subjetivos que permeiam situações de violência doméstica na perspectiva dos homens que perpetra a violência, com vista a incluí-los como protagonistas no processo de enfrentar a violência. Com isto, pode-se fornecer elementos fundamentais a ser utilizados no desenvolvimento de políticas e estratégias preventivas, a ser realizadas nas redes locais para atendimento e assistência, através da implementação de ações educativas com grupos de homens que cometeram violência, cuja discussão pode ser promovida no campo da violência doméstica, resolução de conflitos, e promoção de uma cultura da paz e da igualdade de gênero (Madureira, et al 2014).

Os estudos demonstram que mulheres em situação de violência doméstica costumam procurar inicialmente as chamadas redes sociais, sendo estas compostas por amigos/as, genitores e irmãos/irmãs etc. Inclusive, as publicações nacionais e internacionais sinalizaram crescimento de estudos relacionados às referidas redes, o que demonstra o seu reconhecimento e importância como mecanismo para o enfrentamento da violência contra a mulher (Krenkel, Moré, 2017).

Contudo, salienta-se a necessidade de melhorias principalmente da continuidade nas redes intersetoriais, que são os equipamentos que operacionalizam as políticas para as mulheres. Estudos que enfocam na qualidade da assistência prestada, nas respostas às demandas das mulheres e a possibilidade de articulação que existem, avaliam que há um despreparo por parte profissional para trabalhar com a temática da violência, quanto na concepção intersetorial o que faria perdurar um histórico de práticas de preconceito e discriminação, principalmente nos setores de justiça e segurança pública, que reforçam estereótipos de gênero e dificultam a oferta efetiva de cuidados (Vieira, Hasse, 2017).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com esse estudo foi possível compreender a necessidade e a importância das narrativas para desvelar aspectos da compreensão e da atuação das psicólogas, principalmente as que atuam nos equipamentos que operacionalizam as políticas para as mulheres. Sendo oferecido o acolhimento das demandas e a busca de caminhos para proporcionar uma qualidade de vida melhor às mulheres em situação de violência, trazendo dignidade e a permitindo usufruir dos seus direitos.

Ainda é necessário aperfeiçoar o conhecimento dessas profissionais sobre a Lei Maria da Penha e das políticas públicas voltadas para mulheres. Percebe-se que possuem algum conhecimento sobre, mas há, ainda, uma inconsistência no manejo dessas políticas e da Lei na prática e no processo de dirigir a mulher em situação de violência dentro da rede, já que se depara com muitas questões que dificultam a estabilidade e efetividade da rede, uma vez que a mesma já passa por um processo de indagação sobre a eficiência por uma questão de medo das mulheres que pensam e/ou vão atrás desses serviços, já que os índices de violência a esse público está cada vez maior.

Mesmo com as divulgações nos meios de comunicação sobre a violência doméstica, as campanhas educativas acerca das políticas voltadas para as mulheres ainda são insuficientes, o que faz com que muitas profissionais da área não conheçam de forma superficial as demandas dessa população e, como consequência, não aconteça um atendimento e suporte de excelência, como se é esperado quando se trata dessa temática.

Faz-se indispensável o aprimoramento dos conhecimentos referentes à formação das psicólogas sobre essa temática por inúmeras razões, dentre elas por ser uma graduação majoritariamente cursada por mulheres, por ser uma questão de saúde pública, por ser um

tema presente na conjuntura atual da sociedade e por faltar discussões desse assunto nos âmbitos acadêmicos. Não se pode deixar de ressaltar, ainda, que existe a demanda de profissionais qualificados para ocupar esses lugares (redes).

5. REFERÊNCIAS

- Bauer, M. W. & Gaskell, G. (2002). Pesquisa e Qualitativa com Texto, Imagem e Som: Manual Prático, Editora Vozes, Cap.8 p.189.
- Brasil. (2006). Lei Maria da Penha (Lei 11.340/06).
- Brasil. (2011). Política Nacional de Enfrentamento à violência contra as Mulheres. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República.
- Brasil. (2015). Lei do Feminicídio (Lei 13.104/15).
- Conselho Federal de Psicologia. (2013). Documento De Referência Para Atuação De Psicólogas (Os) Em Serviços De Atenção À Mulher Em Situação De Violência. Brasília: CFP.
- Conselho Regional de Psicologia. (2013). Gênero na psicologia: articulações e discussões. Brasília: CFP.
- Ferreira, R. M., Vasconcelos, T. B., Filho, R. E. M. & Macena, R. H. M. (2016). Características de saúde de mulheres em situação de violência doméstica abrigadas em uma unidade de proteção estadual. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(12), 3937-3946.
- Krenkel, S., & Moré, C. L. O. O. (2017). Violência contra a Mulher, Casas-Abrigo e Redes Sociais: Revisão Sistemática da Literatura. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(3), 770-783.
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. (2019). Atlas da Violência. (2019). Brasília: Rio de Janeiro: São Paulo: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública.
- Lhullier, Louise A. (org.) (2013). Quem É A Psicóloga Brasileira? Mulher, Psicologia e Trabalho. Brasília: CFP.
- Machado, L. Z. (2016). Feminismos brasileiros nas relações com o Estado. Contextos e incertezas. *Cadernos Pagu*, (47), e16471.
- Madureira, A. B., Raimondo, M. L., Ferraz M. I. R., Marcovicz G. V., Labronici L. M. & Mantovani, M. F. (2014). Homens autores de violência contra mulheres detidos. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* 18(4).
- Mascarenhas, M. (2013). Violência cometida por pessoa conhecida. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 18(3), 691-700.
- Santos, C. M. (2015). Curto-circuito, falta de linha ou na linha? Redes de enfrentamento à violência contra mulheres em São Paulo. *Revista Estudos Feministas*, 23(2), 577-600.
- Vieira, E. M.; Hasse, M. (2017). Percepções dos profissionais de uma rede intersetorial sobre o atendimento a mulheres em situação de violência. 21(60):51-62.

COMPREENSÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTAL EM UM MUNICÍPIO DO NORTE DO BRASIL QUANTO AOS DESAFIOS DA ASSISTÊNCIA

Marta Azevedo dos Santos¹, Ana Terra de Araújo Rodrigues¹, Leila Rute Gurgel do Amaral¹, Rozilaine Lago², Maria Inês Gandolfo³ e Danielle Keylla Alencar Cruz⁴

¹ Universidade Federal de Tocantins, Brasil - mar-azevedo@hotmail.com; teinha10@hotmail.com; leila@uft.edu.br

² Universidade Federal do Acre, Brasil - rozilaine@gmail.com

³ Universidade de Brasília, Brasil - inesgandolfo@gmail.com

⁴ Ministério da Saúde, Brasil - daniellealencruz@gmail.com

Resumo. Objetivo: Compreender a atuação dos profissionais da saúde mental nos Centros de Atenção Psicossocial em um município do Norte do Brasil. Método: Pesquisa qualitativa, com técnica de *entrevistas individuais*, através de um roteiro elaborado pela autora. Amostra: composta por nove profissionais da saúde mental do CAPS II, e CAPS AD III. Resultados: esta pesquisa possibilitou identificar que há profissionais que conseguem entender o modelo de atenção comunitário e territorial, entretanto, ainda existem, práticas de saúde desenvolvidas pautadas na lógica do modelo hospitalocêntrico, e biologicista. Os entraves são inúmeros dentro da equipe, devido à sobrecarga de trabalho, equipe reduzida e coesão dentro da equipe. Conclusão: A assistência prestada no município é fragmentada e verticalizada. Há divergências entre a teoria e a prática cotidiana, como a presença de diferentes assistências, modos de pensar rígidos o que tornam a prática muito longe do que é proposto na Política de Saúde Mental.

Palavras-Chave: Saúde Mental; Profissionais da Saúde Mental; Assistência à Saúde; Desafios.

MENTAL HEALTH PROFESSIONAL UNDERSTANDING IN THE NORTH DE BRAZIL/ TO QUALITY ASSISTANCE CHALLENGES.

Abstract. Objectives: To understand the performance of mental health professionals in the Psychosocial Care Centers of the municipality the North de Brazil / TO. Method: Qualitative research, with technique of individual interviews, through a script prepared by the author. Sample: composed of nine mental health professionals from CAPS II, and CAPS AD III. Results: this research made it possible to identify that there are professionals who can understand the model of community and territorial attention, however, there are still developed health practices based on the hospitalocentric model, and biologicist. The innumerable obstacles within the team due to overwork, reduced staff and cohesion within the team. Conclusion: The assistance provided in the municipality of north Brazil is fragmented and vertical. There are divergences between theory and everyday practice, such as the presence of different assists, rigid ways of thinking which make practice very far from what is proposed in Mental Health Policy.

Keywords: Mental Health; Mental Health Professionals; Health Care, Challenges

1. INTRODUÇÃO

O movimento da reforma psiquiátrica foi uma resposta à insatisfação que os profissionais encontravam sobre a Psiquiatria, em especial ao modelo biomédico, de verticalização do conhecimento, das condições sanitárias da população e do sistema de prestação de serviços à saúde. O ano de 1978 ficou conhecido como o início efetivo que o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), através de vários campos de luta, passou a

denunciar a violência que existia dentro dos manicômios, a falar sobre a mercantilização da loucura, e a construir coletivamente uma crítica ao saber psiquiátrico.

Essas condições problemáticas, a crise em que o país se encontrava e a população em geral ampliaram os debates sobre os direitos aos tratamentos, colocando nos profissionais da saúde mental a necessidade de ampliar o conceito de saúde mental e inovar as práticas de cuidado na assistência.

A Reforma Psiquiátrica vai de encontro às diretrizes do SUS: universalidade, integralidade, e equidade trazendo avanços para o modelo de atenção atual. Completamente diferente do modelo de saúde anterior que sustentava um sistema fragmentado, biologicista voltado para o modelo curativo, sem a menor participação da população e restrito a assistência prestada pelos médicos, o modelo psicossocial se operacionaliza dos dispositivos instalados na comunidade, onde o lugar da loucura é o território, e o território é o lugar onde a vida social e existencial do sujeito acontece.

A implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no território tem o objetivo de melhorar a assistência em saúde mental a partir de uma equipe multiprofissional e abrigar nos projetos terapêuticos, práticas de cuidados que contemplem a flexibilidade e a abrangência possíveis às demandas da população atendida, compreendendo o sujeito como protagonista do seu tratamento.

Esses serviços apresentam cultura própria, de acordo com a organização do CAPS no qual os processos de trabalho são desenvolvidos a partir de uma equipe que trabalha de maneira interdisciplinar com a intenção de acolher os pacientes, compreender a situação trazida, de maneira mais abrangente possível, iniciar um vínculo terapêutico de confiança entre paciente e profissionais que trabalham nesse serviço (BRASIL, 2004).

Estas mudanças foram fortalecidas a partir da reformulação nas práticas das equipes de saúde. A consolidação do modelo psicossocial exige dos profissionais da saúde a desconstrução de maneiras de pensar e conceber a loucura, de práticas e discursos que se restringiam ao conhecimento psiquiátrico. Outro ponto importante é a mudança nas relações sociais entre profissionais e usuários do SUS que sustentaram historicamente o discurso naturalista e reducionista baseado na cura da doença e na desconstrução dos manicômios (Alverga & Dimenstein, 2006).

Neste sentido, os desafios da assistência à Saúde Mental brasileira afetam principalmente os profissionais da saúde que diariamente têm a tarefa de expandir e consolidar a mudança de paradigma (Yasui, S & Costa-Rosa, A., 2008)

Isso implica na reorganização dos processos de trabalho que estão arraigados nas equipes dos serviços, assim como, mudanças de comportamentos dentro dos serviços substitutivos, pois o objetivo do trabalho da equipe não é a cura da doença, ou o foco não é a doença, mas devolver ao sujeito, o protagonismo de sua própria história. Por isso, é um grande desafio aos profissionais, desenvolver projetos terapêuticos que respeitem e fortaleçam a autonomia do indivíduo (Albuquerque et al., 2018).

Esta pesquisa surgiu a partir do interesse em conhecer os desafios da assistência à saúde mental no Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II), e no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III (CAPS AD III) em um município do Norte do Brasil. Assim, o objetivo deste estudo foi compreender a atuação dos profissionais da saúde mental nos Centros de Atenção Psicossocial em um município no norte do Brasil.

2. METODOLOGIA

O estudo foi desenvolvido com a utilização de metodologia qualitativa embasado nos campos das ciências humanas e da saúde, utilizando a análise de conteúdo como referencial metodológico (Bardin, 2011).

Dessa forma, a pesquisa buscou compreender a atuação dos profissionais da saúde mental nos Centros de Atenção Psicossocial em um município do Norte do Brasil. Foi um trabalho que envolveu as experiências dos sujeitos da pesquisa do seu cotidiano nos CAPS, servindo para apontar as facilidades e dificuldades das intervenções realizadas na assistência à saúde mental.

A pesquisa aconteceu nos dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo estes serviços de saúde mental, o Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) e CAPS AD III Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas III, no período de julho e agosto de 2018.

Para a realização das entrevistas, inicialmente, foi realizado contato com os coordenadores dos respectivos serviços para explicar o objetivo da pesquisa, entrega do material, negociar o início da data da coleta de dados e informações sobre o funcionamento dos CAPSs.

Os critérios de inclusão para a participação na presente pesquisa foram: ser do quadro efetivo de profissionais da instituição; ter pelo menos 1 (um) ano de atuação profissional; aceitar participar da entrevista; assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE; comparecer no dia da realização da entrevista. Entre os critérios de exclusão: estar de férias ou de licença do trabalho no período de realização da pesquisa, e os que não aceitaram participar do estudo estando em desacordo com o TCLE. Fizeram parte do estudo 10 (dez) profissionais da saúde mental que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão. A amostra considerada foi o universo dos profissionais atuantes nestes serviços do município.

Todas as entrevistas foram gravadas em aparelho celular e logo após, no mesmo dia, foram repassadas ao computador e transcritas de modo a evitar a perda dos detalhes das falas dos entrevistados, assegurando assim sua fidedignidade. Essa etapa possibilitou a compreensão do objeto de estudo, aproximação ao público participante, percepções e sentimentos do pesquisador acerca de tal contexto.

Para a análise dos dados coletados foi utilizado o método de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011), na qual consiste em um conjunto de técnicas que visam extrair sentido dos textos por meio de unidades de análises que podem ser palavras-chaves, termos específicos, categorias e/ou temas, de modo a identificar a frequência com que aparecem no texto, possibilitando fazer inferências replicáveis e válidas dos dados. A análise de conteúdo é constituída pelas seguintes etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência/ interpretação dos dados.

Foram elaboradas Unidades de Registro (UR), a partir da leitura das entrevistas, do Centro de Atenção Psicossocial II e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III.

No total foram elaboradas 41 Unidades de Registro; quatro Unidades de Contexto referente ao CAPS II, e 49 Unidades de Registro, e quatro Unidades de Contexto referente ao CAPS AD III. Após a depuração das falas, elaborou-se as categorias finais de análise totalizando em quatro Categorias, sendo estas: I – Entendimento sobre saúde mental; II - Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças, III – Entendimento sobre equipe multiprofissional, e IV – Conhecimento sobre o Projeto Terapêutico Singular.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta pesquisa possibilitou identificar as concepções que os profissionais vêm construindo sobre o conceito de saúde mental que vai além do conhecimento psiquiátrico. Ficou clara a importância que os profissionais de saúde mental atribuem ao modelo de assistência comunitário, e territorial, porém, os entraves dentro da equipe existem, como: sobrecarga de trabalho, e equipe reduzida. Há divergências entre a teoria e a prática cotidiana por não conseguirem avançarem da lógica biologicista, e reducionistas. Também há profissionais resistentes a participar de atividades em grupo, hospitalocêntrico dentro do serviço tornam a prática muito longe do que é proposto na Política de Saúde Mental.

Para entender o caminho que percorremos para chegar aos resultados deste estudo, convidamos dez (10) profissionais da saúde dos Centros de Atenção Psicossocial, divididos entre a equipe do Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) com 20 profissionais, e a equipe do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III (CAPS ADIII), com 62 profissionais. Os sujeitos da pesquisa foram cinco profissionais do CAPS II e cinco profissionais do CAPS AD III. O período da coleta de dados ocorreu em julho e agosto de 2018.

O delineamento da amostra aconteceu da seguinte forma, a população do CAPS II é composta por 20 profissionais, e apenas 5 profissionais atenderam aos critérios de inclusão e exclusão. Neste sentido, para o melhor cruzamento dos dados entre as diferentes modalidades de serviço, ficou acordado ao CAPS AD III, a participação de 5 profissionais dentro do universo de 62 profissionais.

Os dados foram coletados seguindo um roteiro de entrevista semiestruturado. Em oito encontros com os profissionais, foi possível realizar a coleta de dados que foi gravada e posteriormente transcritas na íntegra para análise. As entrevistas foram realizadas nos próprios CAPS, onde 9 (nove) entrevistados organizaram a sala para a realização da entrevista individual respeitando o momento da entrevista para não ocorrer interrupção, e 1 (um) entrevistado demonstrou não estar disponível para a participação da entrevista, demonstrando falta de interesse para marcar dia e hora da entrevista, e pouca preocupação com as interferências externas do ambiente.

A identidade dos participantes foi preservada, e nas falas apresentadas nesta pesquisa foi utilizada a letra E referente à palavra “Entrevistado” seguida do número que foi atribuído a ordem das entrevistas.

As respostas foram obtidas dos 9 (nove) participantes inseridos no CAPS II e CAPS AD III, exercendo os seguintes cargos: 1 (uma) Técnica em Enfermagem, 2 (duas) Enfermeiras, 2 (dois) Psicólogos, 1 (uma) Fisioterapeuta, 1 (uma) Terapeuta Ocupacional, 1 (uma) Farmacêutica, e 1 (uma) Assistente Social.

A tabela 1 abaixo apresenta o perfil dos profissionais da saúde entrevistados. As variáveis fazem referência à idade, escolaridade e tempo de trabalho na instituição. Para garantir o sigilo e preservar a identidade dos mesmos, foram atribuídos nomes fictícios.

Tabela 1. Perfil dos profissionais da Saúde dos Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS II), e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III (CAPS AD III) Norte do Brasil.

Participantes	Idade	Escolaridade	Tempo de trabalho
E1	32	Especialização	4 anos e 2 meses
E2	46	Técnico	8 anos e 2 meses
E3	51	Superior Completo	4 anos e 3 meses
E4	38	Superior Completo	1 ano e 2 meses
E5	38	Mestrado	5 meses
E6	32	Superior Completo	4 anos e 1 mês
E7	34	Especialização	4 anos e 3 meses
E8	52	Superior Completo	18 anos
E9	39	Especialização	1 ano e 2 meses

Fonte: Dados de identificação dos profissionais entrevistados. As variáveis fazem referência à idade, escolaridade, tempo de trabalho na instituição. Para garantir o sigilo e preservar a identidade dos mesmos, foi utilizada a Letra E referente a palavra Entrevistado.

De acordo com a tabela 1 acima, a maioria dos profissionais de saúde entrevistados apresentam faixa etária entre 32 e 39 anos (70%), 10% com 46 anos de idade, e 20% com idade entre 51 e 52 anos, predominando a faixa etária entre 32 a 39 anos.

Quanto à escolaridade, 10% possuem o curso técnico; (50%) grau superior completo, (30%) com especialização, e (10%) apresentou-se profissionais com mestrado.

Quanto ao tempo de trabalho nos serviços de saúde mental, (30%) apresentou entre 5 meses e 1 ano e 2 meses, (50%) entre 4 anos e 4 anos e 3 meses, e por último, (20%) apresentou tempo de serviço acima de 8 anos.

Abaixo, apresentamos as categorias finais encontradas após análise das entrevistas.

UNIDADES DE CONTEXTO	CATEGORIAS FINAIS DE ANÁLISE
Entendimento sobre o conceito de Saúde Mental	<i>I - Entendimento sobre Saúde Mental</i>
Atividade voltada para a Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças	<i>II- Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças</i>
Entendimento sobre o Trabalho em equipe	<i>III- Entendimento sobre equipe multiprofissional</i>
Instrumento de Trabalho Interdisciplinar	<i>IV- Conhecimento sobre o Projeto Terapêutico Singular</i>

Fonte: Elaboração do quadro pela autora, a partir das entrevistas com os profissionais da saúde do Centro de Atenção Psicossocial II, e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas III, Norte do Brasil.

Após a depuração das falas, elaborou-se as categorias finais de análise, conforme as categorias abaixo.

I - Entendimento sobre saúde mental: apresenta o nível de entendimento que os profissionais da saúde têm sobre a área que atuam.

II- Promoção da saúde e prevenção de doenças: descreve as ações que os profissionais executam.

III- Entendimento sobre equipe multiprofissional: descreve o entendimento dos profissionais acerca do trabalho em equipe, discussão entre as especialidades, relação entre a equipe, o cotidiano.

IV- Conhecimento sobre o projeto terapêutico singular: apresenta o conhecimento do profissional sobre o instrumento de trabalho interdisciplinar.

3.1 Entendimento sobre a saúde mental

A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que não existe uma definição "oficial" de saúde mental. Passaram-se séculos buscando explicar onde estava instalada a loucura: na alma, no cérebro, no corpo físico, na mente, ou na sociedade. Nesta época, a preocupação era afastar a pessoa desprovida de razão do meio da sociedade. Não se pensava no conceito de saúde, menos ainda no conceito de saúde mental. Com o surgimento da psiquiatria, na sociedade capitalista, a loucura passou a ser definida como doença mental, e como terapêutica, medicalizada. O louco desprovido de razão passou a ser conhecido como alienado, como dizia Pinel (1745-1826) e o isolamento assumiu o papel de terapia.

Até o século XX, o louco e a loucura eram tratados dentro dos manicômios. Somente após II guerra mundial, a questão da loucura passou a se constituir como uma questão social e a demandar preocupação para o governo e profissionais. Mesmo assim, apesar do saber psiquiátrico, o modelo biomédico prevalecia para o diagnóstico de doenças. O que se avançou foi o advento das reformas psiquiátricas que mesmo variando entre os países, têm, em comum, o fato de questionarem a terapêutica da internação psiquiátrica.

Após o movimento de reivindicação e participação popular que ganhou forças na década de 70, a assistência psiquiátrica brasileira passou por transformações como a diminuição de investimentos financeiros em hospitais psiquiátricos e particulares, democratização dos saberes, participação de vários atores no processo, mudança na legislação (Política de Saúde Mental), e surgiram novas modalidades de atenção que passaram a representar uma alternativa real ao modelo psiquiátrico tradicional (Brasil, 2005).

Com isso, o conceito de saúde mental passou a ser mais amplo, a partir da contribuição de diversas áreas como a psicologia, terapia ocupacional, enfermagem, entre outras, que vêm ganhando espaço em diversos serviços de saúde. Neste sentido, a OMS (2012) afirma que "as diferenças culturais, valores subjetivos e teorias relacionadas afetam o modo como a "saúde mental" é definida.

O entendimento do conceito de saúde mental na perspectiva psicossocial foi compreendido por profissionais entrevistados nesse estudo conforme as falas abaixo:

“[...] Saúde mental é estar bem psicologicamente né, é hoje é incluso pela definição de saúde a questão pelo bem estar psicossocial. Então, é estar bem mentalmente né, [...] é estar bem não significa estar livre de problemas ou alguma coisa, é saber lidar, é saber enfrentar dificuldades do dia-a-dia enfim é isso aí, é estar bem para enfrentar as dificuldades do dia a dia. [...]” (E1).

“[...] Saúde Mental é dar ao indivíduo que tem Transtorno Mental é o direito ter acesso a tratamento [...]” (E6).

Observa-se, que o conceito de saúde mental é mais amplo que a ausência de transtornos mentais (OMS, 2016). Há profissionais que conseguem sair da lógica do discurso reducionista, como pensar apenas na doença, ou falar que saúde mental é o estudo da mente, ou separar mente e corpo, como afirmava Descartes (1596- 1650).

Outro aspecto importante abordado foi o direito a ter acesso ao tratamento, que foi uma grande conquista da saúde mental, onde os pacientes egressos de longas internações psiquiátricas conseguiram conquistar este direito que está escrito no texto normativo da Política de Saúde Mental (10.216/01), assim como a proteção e as estratégias e diretrizes adotadas no Brasil (BRASIL, 2005).

A entrevistada E2, por outro lado, apresentou o conceito de saúde mental como uma patologia. O nível de entendimento sobre saúde mental ainda está centrado na doença, na cura da doença. Existem profissionais, que apresentam um discurso confuso sobre o conceito de saúde mental, ainda com a compreensão de seguir um protocolo definido, o que subentende que existem várias assistências dentro de um serviço só. Como podemos ler no relato da entrevista do profissional E2:

“[...] Saúde mental pra mim, é eu classifico como algo a ser visto pela sociedade não como uma patologia diferenciada das outras, algo que também precisa ser enquadrado no sentido da saúde, da que seja redução de danos, ou que seja cura, [...] precisa ser visto de uma forma como todas as outras patologias, como todos os outros casos.” (E2).

3.2 Promoção da saúde e prevenção de doenças

A promoção da saúde trabalha com estratégias de produção de saúde que, articulada às demais estratégias e políticas do SUS, contribui para pensar, elaborar e executar ações transversais que possibilitem atender às necessidades sociais em saúde, tendo como principais características a abordagem integral do processo saúde-doença e o reconhecimento dos condicionantes e determinantes sociais da saúde (Brasil, 2005).

Os aspectos que determinam o processo saúde-doença no Brasil são: o subemprego, o desemprego, a falta de saneamento básico, falta ou inadequada habitação, dificuldade de informação e educação, fome, marginalização, urbanização desenfreada (Almeida, 2013).

Trabalhar prevenção não é apenas prevenir a ocorrência de doenças, como a redução dos fatores de risco, mas deter seu progresso e reduzir suas consequências, uma vez estabelecidas. Já a Promoção da Saúde, no entanto, envolve realizar atividades no âmbito mais amplo, como olhar o sujeito em sua integralidade e trabalhar a integralidade seria desenvolver uma atenção que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (Brasil, 2012). Por isso, as ações de saúde mental precisam ir além de atendimentos clínicos realizados em consultórios.

Como podemos ler abaixo nas falas dos entrevistados, as ações de prevenção de doenças prevalecem sobre as ações de promoção da saúde nos serviços de saúde mental:

“[...] Eu fico com um grupo que é de prática corporal, [...] Tem um grupo que se chama bem estar que a gente traz mesmo discussão sobre temas ligados a saúde, a Prevenção de Doenças, a discussão de Promoção. Esse grupo acontece 1 vez por semana, ele é de responsabilidade da enfermagem, a condução, o planejamento e a condução das atividades [...]” (E5).

“[...] Meu grupo é pra isso, meu grupo de fisioterapia na sexta feira é pra isso por que eles, alguns ficam muito acamados, medicação muito a longo prazo, então tem dificuldade de locomoção. Então ele serve pra isso pra trabalhar a consciência corporal. [...] Existe troca é o momento em que não fica pensando na saúde mental deles, então a gente joga bola, né. Faz trabalho de estresse terapia com bola, bastão, jump, aqui tem bastante coisa. Então eu acho que é o momento que eles esquecem um pouco do Transtorno, e pensam em outras coisas. É um grupo bem leve, e, eu acho que, desde que eu entrei funciona, eles vem certinho, e vai [...]” (E7).

Dois entrevistados relataram que desenvolver atividades de promoção à saúde e prevenção de doenças são extremamente importantes, porém não são atividades prioritárias dentro do serviço de saúde, devido à sobrecarga de trabalho, principalmente de trabalhos burocráticos, espaço físico inadequado e número reduzido de profissionais da equipe.

“[...] a gente sempre tá orientando, a gente manda os encaminhamentos a gente é encaminha às vezes até pra UPA quando a gente percebe que poderá acontecer algo pior, a pressão também a gente vê muito, em relação também a diabetes, a gente sempre tá orientando, é tem também um grupo de culinária que às vezes eles sempre

tá, a gente sempre tá conversando sobre alimentação saudável tal. É, não é algo prioritário aqui, mas a gente consegue fazer na medida do possível [...]” (E6).

“[...] Bom eu acho que aqui no CAPS a gente, a gente peca um pouco nisso. Ah, só que aqui no CAPS como a gente tem uma equipe reduzida. [...] Então fica muito complicado trabalhar a promoção e prevenção. Então um trabalho efetivo de prevenção não tem assim[...] Então assim até a questão da prevenção, as vezes é difícil, por conta do próprio público que a gente atende. Eles acabam também nos solicitando e vindo mais aqui também quando eles estão achando que precisam da gente. Quando precisam de uma medicação quando precisam de um atendimento. E aí qualquer estabilizada, e qualquer melhorada, eles somem do CAPS [...]” (E9).

3.3 Entendimento sobre equipe multiprofissional

Os Centros de Atenção Psicossocial são ancorados nas noções relativas a um espaço de convivência, criatividade, construção de vida que, ao invés de somente medicalizar e disciplinar. Além disso, acolhe, cuida e estabelece conexão com a sociedade. As atividades desenvolvidas são aquelas realizadas individualmente ou em grupo e nelas se destacam a escuta, o acolhimento, o estímulo para a vida, para autonomia e para a cidadania (Yasui, S & Costa-Rosa, A., 2008)

O objetivo da ação de saúde sobrepõe ao diagnóstico do paciente. Sendo assim, o olhar do profissional precisa ir além do que os sintomas da doença refletem. Precisa compreender o ser humano como um todo, compreender as suas relações e o seu contexto de vida (Amarante, 1996). Estas mudanças ganharam forças quando os profissionais de saúde mental demonstraram competência, o que exige conhecimento teórico, prático, saber refletir, saber ouvir uma opinião diferente, aceitar e ter disponibilidade para cumprir os objetivos planejados no tratamento.

E mais ainda, o profissional precisa amadurecer a relação com seus colegas e partilhar de interesses, experiências, competências, não esquecendo das que lhes são peculiares; isto é, ser interdisciplinar, respeitar cada conhecimento, com vistas a trazer mudanças no trabalho, integrando-o, em conjunto (Almeida, 2016).

O entrevistado E5 tem a compreensão do trabalho em equipe multiprofissional, como fica claro em suas falas:

“[...] Existe porém, éee nem em todas as atividades. Eu penso que algumas atividades elas tão sim a gente reúne o grupo pra fazer discussão de casos pra fazer, pra elaborar atividades em conjunto, mas ainda existe uma separação uma, inclusive de

entendimento, até mesmo do objetivo do CAPS, né, do objetivo da estrutura da oferta da assistência do CAPS por exemplo, o CAPS ele trabalha com redução de danos nem todas as pessoas que trabalham no CAPS tem o mesmo entendimento sobre o que seria redução de danos, e planejam juntos atividades para redução de danos aqui. [...]” (E5).

O entendimento sobre o conceito de equipe multiprofissional pode-se afirmar que o entrevistado soube relatar a proposta do trabalho em equipe, porém na prática, na discussão de casos clínicos percebe-se diálogos travados, há dificuldade de se despir de seus próprios conceitos, havendo preconceitos, também sair da sua “zona” de conforto, aceitar ideias diferentes e relacionar com a equipe toda do serviço de saúde mental. Como podemos destacar nos relatos das E3, E4, e E6:

“[...] É um desafio, a gente se depara com muitas assistências, muito ciclos de assistências, né. Não existe uma política municipal, né que seleciona, [...] que tenha identificação com a Portaria. E aí assim, os diálogos ficam muito travados, muito truncados. A gente fala linguagem diferentes, tem compreensões diferentes, então assim, é o espaço de trabalho é potente. Cada um tem um entendimento, muitas vezes um tem uma abordagem biomédica, as vezes até tem uma visão da Portaria, só que não consegue trabalhar com a saúde mental, né. Não tem uma visão de saúde mental. São poucas pessoas que conseguem fazer manejo do fenômeno, né são poucas pessoas que se disponibilizam a sentar e fazer uma discussão de caso, né. E isso se reflete no serviço né [...]” (E3).

“[...] Isso é ótimo, por que rsrs, éé, sou Eu e a B. só. Então, eu acredito que existe. Agora lá fora, eu não sei te explicar, mas eu acredito que sim, né. Por que a minha equipe é só Eu e a Luciana, e a gente tem entrosamento. Rrsrs[...]” (E4).

“[...] Não posso dizer nem que sim nem que não, é a equipe tá mudada e tem 2 turnos então a gente quase não tem esse diálogo com o outro turno. É, hoje eu posso dizer que o trabalho aqui tá muito menor que antes não tem muito diálogo hoje em dia, não tem muita coesão, é muitos profissionais vem de uma linha, é individualista, e não sabem trabalhar em equipe. [...]” (E6).

O entrevistado E3 deixa muito claro a dificuldade da equipe em trabalhar o fenômeno conforme as propostas do modelo psicossocial destacado nas portarias. Ainda existe concepções de cura da doença, ou seja, o modelo biomédico, ainda centrado na figura do médico, e na medicalização.

Conforme o relato acima, o sujeito E4 considera que exista 2 (duas) equipes dentro do serviço de saúde mental. A equipe que o profissional participa. E, pode-se afirmar que o trabalho “desta” equipe está reduzido e fragmentado a sua especialidade, e em 2 (duas)

peessoas apenas. Percebe-se em sua fala que ao fazer menção à outra equipe, subentende que a outra equipe seria a equipe multiprofissional.

Outro fator de preocupação nas equipes de saúde é a resistência ao novo. Percebe-se no relato do entrevistado E6 que existe uma resistência no momento que um novo integrante chega a equipe. Existe uma resistência ao novo, em acolher o profissional que chegou com características diferentes de como o trabalho em equipe era desenvolvido. Para tanto, não só o acolhimento ao paciente se destaca nos requisitos do modelo psicossocial; é crucial a própria equipe amparar os profissionais novos que chegam para partilhar os trabalhos.

3.4 Conhecimento sobre o projeto terapêutico singular

Nesta categoria, apresentamos se o profissional conhece o instrumento de trabalho interdisciplinar, o Projeto Terapêutico Singular (PTS).

A Política de Saúde Mental recomenda que os PTS devem apresentar como objetivo principal a reinserção social dos usuários através de ações que envolvam educação, esporte, cultura, lazer e também serem desenvolvidos respeitando as necessidades e possibilidades de cada usuário. Estas ações realizadas no território ganham forças quando são articuladas com as redes de apoio social do usuário, com a intenção de restabelecer vínculos fragilizados e/ou perdidos ao longo do processo de adoecimento (Brasil, 2004).

O PTS é o instrumento de trabalho essencial da assistência à saúde mental construído entre equipe de saúde, usuário e quando possível, há também a participação da família. As novas estratégias de cuidado em saúde mental necessitam que as equipes conheçam, se apropriem e desenvolvam novas formas de organização do cuidado em saúde, diferentes daquelas tradicionalmente utilizadas nos serviços ambulatoriais (Jorge, et. al., 2015). No momento da entrevista, o sujeito E3 afirmou conhecer o PTS e considerou que o Projeto deve ser o norteador para construção do projeto de vida do usuário, como fica claro em sua fala:

“[...] Conheço, e assim é um norteador. É fundamental que vai delinear o projeto dele. A gente não vive sem um projeto. O ser humano não se constitui sem um projeto de vida. Então a gente entende o projeto, né, terapêutico,[...] nós somos um projeto. Se a gente não tem um projeto de vida, a gente não tem uma razão de ser. A gente não sabe pra onde vai, não tem um norteador, não sabe o que a gente quer né [...] então a

gente entende o projeto como o caminho é, que eu desenhei que eu projetei que eu sonhei, e que eu vou cada dia, construir um pedacinho desse projeto [...] (E3).

Como resultado da discussão coletiva da equipe, as atividades se incumbem a todos os profissionais e precisam ser desenvolvidas de forma interdisciplinar, criativa e flexível, através do planejamento dos processos terapêuticos, no qual procura não se limitar ao momento da crise, mas na continuidade da vida do usuário. É extremamente importante, os profissionais considerarem a singularidade do sujeito, a complexidade de cada caso, principalmente ajudar o indivíduo a restabelecer relações sociais e afetivas perdidas, e reconquistar os direitos e poderes sobre a sua vida (ALMEIDA, 2016).

Mesmo com a proposta terapêutica ter avançado na saúde mental, ainda existem profissionais que não conhecem o PTS e trabalham apenas dentro da sua especialidade, como o entrevistado E4 relatou abaixo:

[...] Não. Olha o que eu faço, é o que eu posso fazer é orientação para o paciente, às vezes ne, eu posso tá conversando, e orienta, mas dentro da minha área né, e é isso é, orientar dentro da nossa área [...] (E4).

Dessa maneira, destaca-se a fragilidade com que as terapêuticas estão sendo conduzidas. A intenção do trabalho psicossocial requer estratégias como, valorizar a força terapêutica da escuta, a força da educação em saúde, requer desenvolver com o paciente meios de fortalece-los internamente para encarar a vida social.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa possibilitou identificar a concepção dos profissionais da saúde sobre Saúde Mental e o trabalho realizado nos CAPS II e CAPS AD III. A partir da análise dos relatos dos entrevistados, conseguimos responder aos objetivos propostos de analisar a compreensão dos profissionais da saúde mental de um município no Norte do Brasil quanto aos desafios da assistência.

Analisar a compreensão dos profissionais da saúde mental em um município do Norte do Brasil, quanto aos desafios da assistência trouxe muitos questionamentos, para a pesquisadora, pois os profissionais trouxeram demandas que já vêm sendo estudadas há décadas, entretanto, continuam presente e alvo de constantes estudos, com a intenção de avançar nas práticas de saúde dentro dos serviços de saúde mental.

Realizar atividades em equipe com ações interdisciplinares, construir Projeto Terapêutico Singular do usuário, diz respeito ao entrosamento dos profissionais em torno da melhoria psicossocial daquele paciente que procura o CAPS para ser acolhido.

Através dos relatos, há divergências entre a teoria e a prática cotidiana. Os profissionais conseguem entender, visualizar a importância do modelo de atenção comunitário, porém a presença de diferentes assistências, modos de pensar dentro do serviço que tornam a prática muito longe que é proposto na Política de Saúde Mental.

Penso que parte da melhoria de uma instituição, precisa partir da atuação de cada CAPS, de cada profissional, sabendo que cada dia é um novo dia dentro dos serviços de saúde mental. Não há protocolos definidos dentro desses serviços. Esses apontamentos refletem sobre a organização técnica-assistencial do município, voltadas para o modelo de atenção biologicista, biomédico, centrado na cura da doença, e na medicalização dos sintomas.

5. REFERÊNCIAS

- Albuquerque, I. N.; Gadelha, C.; Souza, R. B. (2018). Transformações Do Modelo Assistencial Em Saúde Mental: Desafios Dos Trabalhadores Da Saúde Na Concretização Dos Projetos Terapêuticos. *Ap. Sci. Rev.*, Curitiba, V. 2, N. 4, Edição Especial, P. 1334-1345, Set.
- Almeida, A. M. (2013). Políticas De Saúde Na Atenção As Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Tcc (Especialização Em Enfermagem) - Universidade Federal De Santa Catarina. Florianópolis, 97 P.
- Almeida, M. R. (2016). A Percepção Dos Profissionais De Saúde De Um Caps Ad Do Sul Do Brasil Acerca Da Reabilitação Psicossocial. Dissertação (Mestrado Profissional Em Saúde Mental E Atenção Psicossocial) - Universidade Federal De Santa Catarina, Florianópolis.
- Alverga A. R; Dimenstein M. (2006). A Reforma Psiquiátrica E Os Desafios Na Desinstitucionalização Da Loucura. *Interface Comun Saúde Educ.*, V. 10, N. 20: 299-316, 2006.
- Amarante, P. (1996). *Ensaio: Subjetividade, Saúde Mental, Sociedade*. 1. Ed. Rio De Janeiro: Makron Books.
- Bardin, L. (2011). *Análise De Conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Brasil. (1990). Lei N° 8.080, De 19 De Setembro De 1990. Dispõe Sobre As Condições Para A Promoção, Proteção E Recuperação Da Saúde, A Organização E O Funcionamento Dos Serviços Correspondentes E Dá Outras Providências, Brasília
- Brasil. (2002). Ministério Da Saúde. Portaria N° 336 De 19 De Fevereiro De 2002. Institui As Diretrizes Que Define A Estrutura E Organização Dos Caps, No Âmbito Do Sistema Único De Saúde (Sus), Brasília/Df.
- Brasil. (2004). Ministério Da Saúde. *Saúde Mental No Sus: Os Centros De Atenção Psicossocial*. Brasília/Df.
- Brasil. (2005). Ministério Da Saúde. *Reforma Psiquiátrica E Política De Saúde Mental No Brasil*. Brasília/Df: Opas, Nov.
- Brasil. (2012). Portaria Gm/Ms N° 130 De 26 De Janeiro De 2012. Redefine O Centro De Atenção Psicossocial De Álcool E Outras Drogas 24 H (Caps Ad Iii) E Os Respetivos Incentivos Financeiros, Brasília/Df.,

- Jorge, M. S. B.; Diniz, A. M.; Lima, L. L.; Penha, J. C. (2015). Apoio Matricial, Projeto Terapêutico Singular E Produção Do Cuidado Em Saúde Mental. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, V. 24, N. 1: 112-20.
- Lefevre, F.; Lefevre, A. M. C. (2005). Promoção De Saúde: A Negação Da Negação. *Cad. Saúde Pública*, V. 21, N. 5, Sept./Oct.. 166 P.
- Minayo, M. C. S. (2010). *Pesquisa Social: Teoria, Método E Criatividade*. 29ª Ed. Petrópolis: Vozes.
- Organização Mundial Da Saúde – Oms. Portal Da Saúde. (2010). Disponível Em: [Http://Portal.Saude.Gov.Br/Portal/Saude/Visualizar_Texto.Cfm?Idtxt=25076](http://Portal.Saude.Gov.Br/Portal/Saude/Visualizar_Texto.Cfm?Idtxt=25076). Acesso Em: 22 Nov. 2012.
- Pinto, D. M.; Jorge, M. S. B.; Pinto, A. G. A.; Vasconcelos, M. G. F.; Cavalcante, C. M.; Flores, A. Z. T.; Andade, A. S. (2011). Projeto Terapêutico Singular Na Produção Do Cuidado Integral: Uma Construção Coletiva. *Texto Completo Enferm*, Florianópolis, V. 20, N. 3: 493-302.
- Saraceno, B. (1999). *Libertando Identidades: Da Reabilitação À Cidadania Possível*. Belo Horizonte/Rio De Janeiro: Te Corá, Instituto Franco Basaglia. P. 143-159.
- Rotelli, F. (1994). *Superando O Manicômio – O Circuito Psiquiátrico De Trieste*. In: Amarante, P. (Org). *Psiquiatria Social E Reforma Psiquiátrica*. Rio De Janeiro: Fiocruz.
- Yasui, S; Costa-Rosa, A. (2008). A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.32 n. 78/79/80, p.27-37, jan./dez.