New Trends in Qualitative Research | 8

INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA EM SAÚDE

Avanços e Desafios

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN SALUD

Avances y Desafíos

EDITORES
LUCIMARA FORNARI
ELLEN SYNTHIA FERNANDES DE OLIVEIRA
CLEONEIDE OLIVEIRA
BRÍGIDA MÓNICA FARIA
JAIME RIBEIRO
ELZA DE FÁTIMA RIBEIRO HIGA

ludomedia

FICHA TÉCNICA

New Trends in Qualitative Research | Vol. 8 (2021)

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

Editores

Lucimara Fornari
Ellen Synthia Fernandes de Oliveira
Cleoneide Oliveira
Brígida Mónica Faria
Jaime Ribeiro
Elza de Fátima Ribeiro Higa

Comissão Editorial

Conceição Oliveira
Sandra De Pinho
Sónia Mendes
Fábio Freitas

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

e-mail // info@ludomedia.org

web // www.ludomedia.org

ISSN: 2184-7770
ISBN: 978-989-53220-0-8
DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021

Equipa Editorial

Editor Chefe: António Pedro Costa, Universidade de Aveiro, Portugal

Editores:

Fábio Freitas, Politécnico de Leiria e Ludomedia, Portugal (Coordenação)

Arceli Rosario, Adventist International Institute of Advanced Studies, Filipinas

Catarina Brandão, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal

Cedric Glenn Sanders, University of Georgia, Estados Unidos da América

Cristina Baixinho, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal

Elizabeth Pope, University of West Georgia, Estados Unidos da América

Ellen Synthia Fernandes de Oliveira, Universidade Federal de Goiás, Brasil

María Cruz Sánchez, Universidade de Salamanca, Espanha

Conselho Editorial

Ana Isabel Rodrigues (IPB, Portugal)
António Moreira (UA, Portugal)
Cleoneide Oliveira (CUEC, Brasil)
Diamantino Ribeiro (UÉ, Portugal)
Elza de Fátima Ribeiro Higa, (FAMEMA, Brasil)
Emiko Yoshikawa Egry (USP, Brasil)
Isabel Pinho (UA, Portugal)
Jaime Ribeiro (IPLeiria, Portugal)
José Luís Carvalho (UNEX, Espanha)
Lucimara Fornari (USP, Brasil)
Martin Tolich (UO, Nova Zelândia)
Mercedes González Sanmamed (UDC, Espanha)
Paulo Alexandre de Castro (UFG, Brasil)
Patricia López-Estrada (TEC, Costa Rica)
Ricardo Luengo (UNEX, Espanha)
Rodrigo Arellano Saavedra (UCM, Chile)
Ronaldo Nunes Linhares (UNIT, Brasil)
Susana Sá (IESF, Portugal)
Safary Wa-Mbaleka (AUA, Quénia)
Teresa Alzás (UNEX, Espanha)

A Ludomedia dedica-se ao desenvolvimento de soluções de suporte à investigação qualitativa e métodos mistos. Tem como visão contribuir para a construção de conhecimento, através de produtos/serviços de elevado rigor científico, pautados pela Inovação e Qualidade. A missão da Ludomedia é favorecer o avanço de todas as áreas em que se aplica investigação qualitativa e os métodos mistos, quer em contexto científico, quer empresarial, através de um portfólio integrado de eventos, publicações e serviços.

Ludomedia se dedica al desarrollo de soluciones para apoyar la investigación cualitativa y métodos mixtos. Su visión es contribuir para la construcción del conocimiento, a través de productos/servicios de alto valor científico, guiados por la Innovación y la Calidad. La misión de Ludomedia es favorecer el avance de todas las áreas en las que se aplica la investigación Cualitativa y los métodos mixtos, sea en contexto científico o empresarial, a través de un portafolio integrado de eventos, publicaciones y servicios.

Copyright © Ludomedia

Comissão Científica

Alexandra Maria da Silva Oliveira, Universidade do Porto - Portugal
Alfredo Almeida Pina de Oliveira, Universidade de Guarulhos - Brasil
Amélia Augusto, Universidade da Beira Interior - Portugal
Ana Isabel Fernandes Querido, Politécnico de Leiria - Portugal
Ana Macedo, Universidade do Minho - 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, Politécnico de Leiria - Portugal
Carolina Martinez Salgado, Universidade Autónoma Metropolitana - México
Catarina Lobão, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - 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
Cláudia Silveira Viera, Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Brasil
Claudia Zamberlan, Centro Universitário Franciscano - Brasil
Cristina Martins, Universidade do Minho - Portugal
Cristina Monforte-Royo, Universidade Internacional de Catalunha - Espanha
Daniel Marques da Silva, Escola Superior de Saúde de Viseu - Portugal
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, Universidade Franciscana - Brasil
Elsa Maria de Oliveira Pinheiro de Melo, Universidade de Aveiro - Portugal
Elsa Marta Pereira Soares, 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
Eugénia Ribeiro, 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
Fausto Amaro, Universidade Atlântica - Portugal
Fernanda Costa Nunes, Universidade Federal de Góias - Brasil
Francisco José Passos Soares, Universidade Federal de Alagoas - 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
Ivone Evangelista Cabral, Universidade Federal do Rio de Janeiro - Brasil
Jane Mary Rosa Azevedo, Universidade Federal de Goiás - Brasil
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, Politécnico de Leiria - Portugal
John Harold Estrada-Montoya, Universidade de Colômbia - Colômbia
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
Madalena Cunha, ISSV, Instituto Politécnico de Viseu - Portugal
Margarida Cerqueira, Universidade de Aveiro - 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 de Fátima da Silva Vieira Martins, Universidade do Minho - Portugal
Maria de Fátima Mantovani, Universidade Federal do Paraná - Brasil
Henrique Gil, Instituto Politécnico de Castelo Branco - Portugal
Maria del Consuelo Chapela Mendoza, Universidade Autónoma Metropolitana de Xochimilco - México
María del Mar Pastor Bravo, Universidade de Murcia - Espanha
Maria Elisa Chaleta, Universidade de Évora - Portugal
Maria Elizabeth da Silva Hernandes Corrêa, Associação Beneficente Hospital Universitário - ABHU. Marília - Brasil
Maria Goretti Queiroz, Universidade Federal de Goiás - Brasil
Maria Helena Presado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa - Portugal
Maria João 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
Marilia 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
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
Olga Rodrigo Pedrosa, Campus Docent Sant Joan de Déu - Espanha
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
Paula Cardoso, Instituto Politécnico do Porto - Portugal
Paulo Jorge Cruz Tavares, Instituto Politécnico da Guarda - Portugal
Pedro Alexandre Duarte Mendes, Instituto Politécnico de Castelo Branco - Portugal
Pétala Salvador, Universidade Federal do Rio Grande do Norte - 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
Rosana Vilela, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas - Brasil
Roseli Vernasque Bettini, Faculdade de Medicina de Marília - 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 Politécnico de Leiria - Portugal
Stella R. Taquette, Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Brasil
Susana Custódio, 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
Walterlânia Santos, Universidade de Brasília - Brasil
Wanderlei Abadio de Oliveira, Pontifícia Universidade Católica de Campinas - Brasil
Zélia Anastácio, Universidade do Minho - Portugal

Prefácio
Investigação Qualitativa: desafios contemporâneos no campo metodológico da saúde

A investigação qualitativa durante a pandemia da Doença por Coronavírus – 2019 (Covid-19) se tornou um desafio para os investigadores das diferentes áreas de conhecimento. O cenário crítico mundial, em decorrência da pandemia, modificou não somente os modos de viver em sociedade, mas também exigiu da comunidade científica um olhar atento e focado nas respostas para o problema.

No decorrer da pandemia, observou-se o rápido redirecionamento das pesquisas para essa temática emergente. Esse aspecto pode ser constatado por meio do crescente número de publicações desde a identificação do quadro de pandemia no início do ano de 2020. Além de mudanças relacionadas ao tempo de publicação das pesquisas, verificou-se a necessidade de repensar as práticas metodológicas, principalmente aquelas realizadas de maneira presencial junto aos sujeitos sociais.

O distanciamento físico adotado como medida essencial para a contenção da disseminação do novo coronavírus exigiu que os investigadores adotassem novas técnicas de coleta de dados a fim de evitar o contato direto. Neste cenário, destacam-se as pesquisas realizadas por meio de plataformas de reuniões virtuais, formulários eletrônicos e redes sociais.

Apesar do distanciamento físico entre o investigador e o investigado transportar consigo desvantagens no que se refere a interação social, também emergiram algumas vantagens. A existência de ferramentas de videoconferência, por exemplo, possibilitou alcançar pessoas geograficamente distantes, inatingíveis anteriormente sob o paradigma presencial. Concomitantemente, reduziram-se os custos, o tempo e alcançou-se um maior número de informantes. Esse aspecto prejudicou a investigação qualitativa? Talvez. Porém, pensamos que os benefícios foram superiores ao considerar o momento histórico e a necessidade de buscar respostas efetivas para o problema. Diante das barreiras impostas pela pandemia, houve lugar à evolução, à adaptação de novos paradigmas que a partir de agora serão cada vez mais adotados e dificilmente se desconsiderará a comunicação a distância para a obtenção de dados.

Nesse vasto espaço que alberga a investigação qualitativa, no exercício interpretativo que a caracteriza, o Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa (CIAIQ2021) que decorreu nos dias 13, 14, 15 e 16 de julho ocupa um lugar de relevância na divulgação de estudos nessa área. Reunindo pesquisadores que se preocupam, não apenas em escolher entre um método ou outro, mas em utilizar abordagens que o façam alcançar seus objetivos, com criatividade, responsabilidade e cientificidade. Afinal, a investigação qualitativa demonstra, ao longo dos anos, as suas inquestionáveis contribuições e abre novas perspectivas àqueles que ensinam, aprendem, criam e recriam histórias e ciências.

Nesse sentido, o principal desafio nessa obra seja talvez situar-se na compreensão da metodologia como relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito como um vínculo indissociável do mundo objetivo com a subjetividade, reforçando Minayo (2014) que diz que essa não pode ser traduzida em números. Assim, optou-se por reunir neste volume, estudos de abordagem qualitativa com enfoques metodológicos nos cenários de prática em saúde, visto que permitem aproximação com a subjetividade do sujeito, podendo, dessa maneira, revelar ou ao menos aproximar de seus sentidos e significados, ao mesmo tempo em que estabelece articulações com as bases teóricas.

Nesse âmbito, evidenciam-se neste livro diversos campos de aplicação na investigação qualitativa em saúde cujos percursos metodológicos utilizados (análise temática, estudo de caso, teoria das representações sociais, grupo focal, *photovoice*, técnica de associação livre de palavras, entre outros) enfatizam e reforçam a qualidade e o rigor científico do processo de publicação do CIAIQ2021.

Este volume é composto por 101 artigos, sendo de salientar o número interessante, com uma percentagem aproximada de 11%, sobre aqueles que se debruçam na temática recente da Covid-19. Estes trabalhos estudam o impacto que a pandemia teve nas relações pessoais e profissionais, bem como de que maneira essas novas abordagens podem evoluir, com novas necessidades criadas em tempos intercalados com confinamentos, como, por exemplo, a teleconsulta e as intervenções educativas de cuidadores.

No entanto, a Análise Qualitativa continua a ser, de um modo geral, uma ferramenta essencial na área da investigação em Saúde, e neste volume encontram-se trabalhos interessantes sobre diversos temas dos quais se destacam os seguintes: Educação e Ensino na Saúde; Prevenção na Doença; Promoção da Saúde e estudo sobre Terapêuticas, nomeadamente integrativas; Qualidade de Vida, Reabilitação, entre outros. Estes artigos consideram também estudos em diversas instituições de saúde da rede pública e privada, com diversos públicos-alvo, desde crianças, grávidas, idosos e indivíduos apresentando os mais variados quadros de doença, como doenças crónicas e/ou degenerativas.

13 de julho, 2021

Lucimara Fornari

Ellen Synthia Fernandes de Oliveira

Cleoneide Oliveira

Brígida Mónica Faria

Jaime Ribeiro

Elza de Fátima Ribeiro Higa

Referências

Minayo, M.C.S. (2014). O desafio do conhecimento: pesquisas qualitativas em saúde. São Paulo: Hucitec.

Prefacio
Investigación Cualitativa: desafíos contemporáneos en el campo metodológico de la salud

La investigación cualitativa durante la pandemia de la Enfermedad por Coronavirus (Covid-19) se convirtió en un reto para los investigadores de diferentes áreas del conocimiento. El crítico escenario mundial, como consecuencia de la pandemia, modificó no sólo las formas de vida de la sociedad, sino que exigió a la comunidad científica una mirada atenta y centrada en las respuestas al problema.

Durante el transcurso de la pandemia, se observó una rápida reorientación de la investigación hacia este tema emergente. Este aspecto puede averiguarse en el creciente número de publicaciones desde la identificación de la pandemia a principios del año 2020. Además de los cambios relacionados con el momento de publicación de los estudios científicos, era necesario repensar las prácticas metodológicas, especialmente las realizadas cara a cara con los sujetos sociales.

La distancia física adoptada como medida esencial para contener la propagación del nuevo coronavirus obligó que investigadores a adoptasen nuevas técnicas de recogida de datos para evitar el contacto directo. En este escenario destacan los estudios realizados a través de plataformas sociales, formularios electrónicos y redes sociales.

Aunque la distancia física entre el investigador y el investigado conlleva desventajas en términos de interacción social, también han surgido algunas ventajas. La existencia de herramientas de videoconferencia, por ejemplo, hizo posible llegar a personas geográficamente distantes, antes inalcanzables bajo el paradigma de la presencialidad. Al mismo tiempo, se redujeron los costes y el tiempo y se llegó a un mayor número de informantes. ¿Ha afectado este aspecto la investigación cualitativa? Es posible. Sin embargo, creemos que los beneficios fueron mayores si se tiene en cuenta el momento histórico y la necesidad de buscar respuestas eficaces al problema. Ante las barreras impuestas por la pandemia, hubo lugar para la evolución, la adaptación de nuevos paradigmas que a partir de ahora serán cada vez más adoptados y difícilmente se prescindirá de la comunicación a distancia para la obtención de datos.

En este vasto espacio que alberga la investigación cualitativa, y en el ejercicio interpretativo que la caracteriza, el Congreso Iberoamericano de Investigación Cualitativa (CIAIQ2021) celebrado los días 13, 14, 15 y 16 de julio ocupa un lugar de relevancia en la difusión de los estudios en esta área. El Congreso reúne a los investigadores que se preocupan, no sólo por elegir entre un método u otro, pero también por utilizar enfoques que le hagan alcanzar sus objetivos, con creatividad, responsabilidad y cientificidad. Después de todo, la investigación cualitativa demuestra, a lo largo de los años, sus incuestionables aportaciones y abre nuevas perspectivas a quienes enseñan, aprenden, crean y recrean historias y ciencias.

En este sentido, el principal reto de esta publicación es quizás situarse en la comprensión de la metodología como una relación dinámica entre el mundo real y el sujeto como vínculo inseparable del mundo objetivo con la subjetividad, reforzando a Minayo (2014) que dice que esa subjetividad no se puede traducir en números. Así, elegimos reunir en este volumen, estudios de enfoque cualitativo con aproximaciones metodológicas en escenarios de la práctica de la salud, ya que permiten acercarse a la subjetividad del sujeto, pudiendo así revelar o al menos aproximarse a sus sentidos y significados, a la vez que se establecen vínculos con las bases teóricas.

En este contexto, este libro destaca varios campos de aplicación en la investigación cualitativa en salud cuyas vías metodológicas utilizadas (análisis temático, estudio de caso, teoría de las representaciones sociales, grupo focal, *photovoice*, técnica de asociación libre de palabras, entre otras) enfatizan y refuerzan la calidad y el rigor científico del proceso de publicación del CIAIQ2021.

Este volumen es formado de 101 artículos, destacándose que 11% de estos se centran en el reciente tema del Covid-19. Estos trabajos estudian el impacto que la pandemia tuvo en las relaciones personales y profesionales, así como la evolución de estos nuevos enfoques, con nuevas necesidades creadas en los tiempos intermedios de los confinamientos, como, por ejemplo, la telemedicina y las intervenciones educativas de los cuidadores.

Sin embargo, el Análisis Cualitativo sigue siendo, en general, una herramienta esencial en el ámbito de la investigación en Salud, y en este volumen encontramos interesantes trabajos sobre una variedad de temas de los que destacan los siguientes: Educación y Enseñanza en Salud; Prevención de las Enfermedades; Promoción de la Salud y estudio sobre Terapéutica, concretamente integrativas; Calidad de Vida, Rehabilitación, entre otras. Estos artículos también contemplan estudios en diversas instituciones sanitarias públicas y privadas, con diferentes destinatarios, desde niños, embarazadas, ancianos y personas que presentan los más variados cuadros de enfermedad, como las enfermedades crónicas y/o degenerativas.

13 de julio, 2021

Lucimara Fornari

Ellen Synthia Fernandes de Oliveira

Cleoneide Oliveira

Brígida Mónica Faria

Jaime Ribeiro

Elza de Fátima Ribeiro Higa

Referencias

Minayo, M.C.S. (2014). O desafio do conhecimento: pesquisas qualitativas em saúde. São Paulo: Hucitec.

ÍNDICE

PESQUISA-AÇÃO COMO MÉTODO PARA CONSTRUÇÃO DE INSTRUMENTO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA
Elisangela Argenta Zanatta, Ingrid Pujol Hanzen, Cheila Karei Siega, Dara Montag Portaluppi, Denise Antunes de Azambuja Zocche.....1-8

EDUCAÇÃO EM SAÚDE RELACIONADA A SEXUALIDADE E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA
Letícia Farto de Rossi, Fernanda Moerbeck Cardoso Mazzetto, Kátia Terezinha Alves Rezende, Maria José Sanches Marin, Luciana Rocha de Oliveira Nardo.....9-17

GRUPO FOCAL COM RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS NO CONTEXTO DA PANDEMIA COVID-19: RELATO DE EXPERIÊNCIA
Nádia Cristina Cardoni, Mara Quaglio Chirelli, Danielle Abdel Massih Pio.....18-25

COVID-19, CONFINAMENTO E TELETRABALHO: ESTUDO QUALITATIVO DO IMPACTO E ADAPTAÇÃO PSICOLÓGICA EM DOIS ESTADOS DE EMERGÊNCIA
Mónica Pires, Carlos Fonseca, Raquel João, Maria Santos.....26-34

APRENDER A USAR EVIDÊNCIA NO CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM: RESULTADOS DE UM FOCUS GROUP
Óscar Ramos Ferreira, Cristina Lavareda Baixinho, Marcelo Medeiros, Ellen Synthia Fernandes de Oliveira.....35-43

INFÂNCIA VIOLADA: ESTUDO DE REPORTAGENS VEICULADAS NA IMPRENSA SOBRE A MENINA VÍTIMA DE ESTUPRO E CONSEQUENTE ABORTO LEGAL
Emiko Yoshikawa Egry, Lucimara Fabiana Fornari, Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca, William Dias Borges, Ana Rosa Ribeiro Elias, Maria Amélia de Campos Oliveira.....44-52

ANÁLISE DOS DISCURSOS JORNALÍSTICOS SOBRE A LEI Nº 13.840 E AS MUDANÇAS NAS POLÍTICAS SOBRE DROGAS
Yuri Fontenelle Lima Montenegro, Aline Veras Morais Brilhante, Christina César Praça Brasil.....53-60

PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN SOBREVIVIENTES A MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN UNA CIUDAD COLOMBIANA
Natalia Chávez Narváez, Naydú Acosta-Ramírez.....61-69

ANÁLISE DO PROCESSO DO CUIDAR NA ATENÇÃO BÁSICA: DESLOCANDO O OLHAR DO EU-TRABALHADOR
Thalita da Rocha Marandola, Célia Maria da Rocha Marandola,Josiane Vivian Camargo de Lima, Katia Santos de Oliveira, Maira Sayuri Sakay Bortoletto1 e Regina Melchior.....70-77

FACEBOOK E PANDEMIA DA COVID-19: UM ESTUDO SOBRE O COMPARTILHAMENTO DE CRENÇAS ONLINE
Sheyla Fernandes, Marcikele Nascimento,Jennyfer Chagas, Jasielle Angelo, Anna Rocha, Vagner Sousa.....78-87

INTERVENÇÕES EDUCATIVAS PARA AJUDANTES DE AÇÃO DIRETA DE ESTRUTURAS RESIDENCIAIS PARA PESSOAS IDOSAS DURANTE A PANDEMIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA
Diana Sousa, Joana Pinto, José Faria, Isabel Pereira, Adriana Henriques, Helga Rafael Henriques.....88-96

O MUNDO SOMBRIO DAS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA: UMA ANÁLISE QUALITATIVA DOS BOLETINS DE OCORRÊNCIA
Aline Pereira de Souza, Maria José Sanches Marin, Paula Sales Rodrigues.....97-105

ENFERMEIRO GESTOR DE CASO NA PROMOÇÃO DA PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA – REVISÃO INTEGRATIVA
Ana Paula Reis Carmona, Maria da Graça Quaresma, Pedro Lucas.....106-113

PESQUISA QUALITATIVA NA PANDEMIA DA COVID-19: UMA EXPERIÊNCIA COM HOMENS E O TEMA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA
Wanderlei Abadio de Oliveira, Juliana Cristina Magrin, Julia Maria Terossi Carvalho.....114-120

ESTUDANTE DE ENFERMAGEM EM ENSINO CLÍNICO: ESTUDO QUALITATIVO DA TIPOLOGIA DE DECISÃO
Fátima Mendes Marques, Maria José Pinheiro, Patricia Vinheira Alves.....121-129

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PUÉRPERAS SOBRE A ADESÃO AO PRÉ-NATAL NA FRONTEIRA FRANCO-BRASILEIRA
Lise Maria Carvalho Mendes, Graciano Almeida Sudré, Jordânia Vieira Oliveira, Nayara Gonçalves Barbosa, Juliana Cristina dos Santos Monteiro, Flavia Azevedo Gomes-Sponholz.....130-137

ENFERMAGEM AVANÇADA – CONCEPTUALIZAÇÃO ATRAVÉS DE GRUPOS FOCAIS
Carolina Henriques, Paulo Santos, João Frade.....138-144

AMBIENTE DE PRÁTICA DE ENFERMAGEM EM CONTEXTO HOSPITALAR: REVISÃO INTEGRATIVA
Sara Anunciada, Pedro Lucas.....145-154

ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE FONOAUDIOLÓGICA PARA IDOSOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA
Priscilla Mayara Estrela Barbosa, Andréa Cintia Laurindo Porto, Moisés Andrade dos Santos de Queiroz, Cláudia Belém Moura Cabral, Rachel Cassiano de Sousa, Christina César Praça Brasil.....155-162

EFICÁCIA DA REABILITAÇÃO NA MOBILIDADE, PREVENÇÃO E DIMINUIÇÃO DO RISCO DE QUEDA EM DOENTES COM PARKINSON
Ricardo Loureiro, Rosa Martins, Joana Bernardo, Susana Batista.....163-171

AVALIAÇÃO E ENSINO NA PÓS GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE, DIFERENTES MOMENTOS DE UM MESMO PROCESSO: UM ESTUDO DE CASO
Maria Viviane Lisboa de Vasconcelos, Cynthia de Jesus Freire, Bruna de Sá Duarte Auto, Silmara Santos Vieira, Tiago Perez Leitão Maciel, Célia Maria Silva Pedrosa.....172-184

O QUE SABES TU QUE CUIDAS DE MIM? – CARACTERÍSTICAS E NECESSIDADES EM SAÚDE DA MULHER CABO-VERDIANA
Carolina Henriques, Paulo Santos, João Frade.....185-191

RISCO DE LESÕES MÚSCULO ESQUELÉTICAS NOS ENFERMEIROS: CONTRIBUTOS DO PHOTOVOICE
Maria Helena Presado, Armando David Sousa, Cristina Lavareda Baixinho, Ana Leonor Mineiro, Fátima Mendes Marques, Mário Cardoso, Tiago Nascimento.....192-201

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO E VULNERABILIDADE SOCIAL EM ADULTOS COM DOENÇA FALCIFORME
Rosana Brandão Vilela, Lorena Cardoso Caldas, Brunna Correia Santos, Alexia Carneiro de Almeida, Maria Alexsandra Silva, Sidney José Santos.....202-210

AVALIAÇÃO NA APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS (ABP): REFLEXÕES ACERCA DO PROCESSO
Fabrício Luz Cardoso, Sílvia Franco da Rocha Tonhom, José Antonio Galbiatti, Mara Quaglio Chirelli.....211-217

ARTICULAÇÃO TEÓRICO-PRÁTICA NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO
Cássia Regina Fernandes Biffe Peres, Sílvia Franco da Rocha Tonhom, Márcia Aparecida Padovan Otani, Carina Rejane Fernandes Biffe, Maria José Sanches Marin.....218-225

OS SENTIDOS DA REUNIÃO DE EQUIPE DE UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA: COMPREENSÃO DE PROFISSIONAIS E GESTORAS
Aquiles Dacêncio Pereira, Danielle Abdel Massih Pio, Ana Carolina Nonato, Silvia Franco da Rocha Tonhom, Ione Ferreira Santos, Maria Elizabeth da Silva Hernandes Correa.....226-233

POLÍTICAS E PROGRAMAS PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA AS CRIANÇAS: ALGO NOVO NA PANDEMIA DA COVID-19?
Letícia Harumi Shimabukuro, Karen Namie Sakata-So, Lucimara Fabiana Fornari, Emiko Yoshikawa Egry.....234-244

COMPREENSÕES E INCOMPREENSÕES SOBRE A OFERTA E AUSÊNCIA DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES POR PARTE DOS GESTORES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
Pedro Henrique Brito da Silva, Leylaine Christina Nunes de Barros, Janaína da Câmara Zambelli, Nelson Filice de Barros, Ellen Synthia Fernandes de Oliveira.....245-253

PREVENÇÃO E INTERVENÇÃO À DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL AO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA
José Stéfano Faia Destro, Elza de Fátima Ribeiro Higa, Márcia Aparecida Padovan Otani, Maria José Sanches Marin, Rodolfo de Oliveira Medeiros, Jaqueline Dias do Nascimento.....254-262

POTENCIALIDADES DO WEBQDA® PARA ANÁLISE QUALITATIVA DAS BARREIRAS ENFRENTADAS POR ENFERMEIRAS ATUANTES EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE
Alexandra Bulgarelli do Nascimento, Sayuri Tanaka Maeda, Emiko Yoshikawa Egry.....263-269

O IMPACTO DO PARTO HUMANIZADO NAS PARTURIENTES DE UM HOSPIATAL PÚBLICO
Bárbara Silva Alves, Luciana Segurado Côrtes, Isabela Ferreira Caetano, Natalie Ribeiro de Toledo Camargo Dusi, Ana Carolina Gonçalves de Miranda, Vitória Silva Alves.....270-274

VÍDEOS SOBRE COVID-19 PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: CONTRIBUIÇÕES DA ANÁLISE À LUZ DA TEORIA COGNITIVA DE APRENDIZAGEM MULTIMÍDIA
Milena Silva Costa, Evanira Rodrigues Maia, Maria Rosilene Cândido Moreira, Andreia Chaves Farias, Joseph Dimas de Oliveira, Antonio Germane Alves Pinto.....275-283

BEM-ESTAR EM PESSOAS IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS DURANTE A PANDEMIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA
Helga Rafael Henriques, Tiago Nascimento, Andreia Costa, Cândida Durão, Mara Pereira Guerreiro, Cristina Baixinho.....284-294

REFLEXÕES SOBRE O BRINCAR COMO PROMOTOR DO DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA
Francisca Francisete de Sousa Nunes Queiroz, Christina César Praça Brasil, Fabiana Neiva Veloso Brasileiro, Felícia Gabler, Erick Tomé de Lima, José Eurico de Vasconcelos Filho.....295-303

ANÁLISE QUALITATIVA DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO, BRASIL – COM O APOIO DO SOFTWARE WEBQDA®
Alexandra Bulgarelli do Nascimento.....304-312

O PAPEL DA EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL NO PROCESSO DE REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO EM SAÚDE
Edlaine Faria de Moura Villela, Thania Maria Diniz, Bruno Rodrigues Ferreira, Maria Gisélia da Silva Rocha, Leilineia Pereira Ramos de Rezende Garcia, Tamara Rodrigues Lima Zanuzzi.....313-322

PERCEPÇÕES DE ADOLESCENTES ESCOLARES SOBRE SAÚDE E MEIO AMBIENTE PARA PRÁTICAS SUSTENTÁVEIS E PROMOTORAS DE SAÚDE
Sabrina Alaide Amorim Alves, Italla Maria Pinheiro Bezerra, Edilma Gomes Rocha Cavalcante, Greyce Alencar Albuquerque, Maria do Socorro Vieira Lopes.....323-331

PROCEDIMENTOS ÉTICOS DE PESQUISAS JUNTO A CRIANÇAS, ADOLESCENTES E SUAS FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIAS: UM OLHAR NECESSÁRIO
Luiza Cesar Costa Riani, Fabiano Henrique Oliveira Sabino, Marília Gonçalves, Diene Monique Carlos.....332-339

MAPEAMENTO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA LESÃO RENAL AGUDA: SCOPING REVIEW
Ana Luísa Pereira Santos, Maria Eulália Novais.....340-352

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA FACE AO DISTANCIAMENTO DA FAMÍLIA EM CENÁRIO DE PANDEMIA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA
Elisabete Silva, Anabela Mendes, Suse Antunes.....353-361

COMPETÊNCIAS REQUERIDAS PARA GESTORES QUE ATUAM NA ATENÇÃO À SAÚDE PÚBLICA/COLETIVA: SCOPING REVIEW
Aida Maris Peres, Daniele Potrich Lima Zago, Marli Aparecida Rocha de Souza, Rucieli Toniolo, Elizabeth Bernardino, Danelia Gomez-Torres.....362-373

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM QUE CAPACITAM A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA
Suse Antunes, Anabela Mendes, Elisabete Silva.....374-382

ANÁLISIS DE CONTENIDO UTILIZANDO WEBQDA EN EL ESTUDIO DE LA COMUNICACIÓN DE RIESGOS DURANTE EL COVID-19: EL CASO DE NUEVA ZELANDA
Henny Luz Heredia Martínez, Elizabeth Artmann.....383-391

O USO DE SMART SPEAKERS NA INCAPACIDADE: UMA SCOPING REVIEW
Rafael Tavares, Helena Sousa, Jaime Ribeiro.....392-403

A INFLUÊNCIA DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL NO DESENVOLVIMENTO DA INTEGRALIDADE NA REABILITAÇÃO FÍSICA
Paula Carolina de Castro Boscateli, Elza de Fátima Ribeiro Higa, Antônio Henrique Rodrigues dos Passos, Maria José Sanches Marin, Luís Carlos Paula e Silva.....404-411

PROTOCOLOS PARA A GESTÃO DA LESÃO AGUDA DOS TECIDOS MOLES: REVISÃO INTEGRATIVA
Bruno Venâncio Alexandre, Cristina Lavareda Baixinho, Maria do Céu Sá.....412-421

PERCEPCIÓN SOBRE EL APOYO SOCIAL RECIBIDO TRAS EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA: LA EXPERIENCIA DOS AÑOS DESPUÉS DEL DIAGNÓSTICO
Elena Torralba-Martínez, Núria Codern-Bové.....422-430

UNA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA: LA CREACIÓN DEL TÍTULO DE ENFERMERÍA EN ESPAÑA (1915)
Patricia Domínguez-Isabel, Irene Soto-Fernandez, Maria Mercedes De Dios-Aguado, María Angustias Torres-Alaminos, María Eva Moncunill Martínez, María Idoia Ugarte Gurrutxaga.....431-439

LA RESILIENCIA COMO FACTOR PROTECTOR DEL CUIDADOR INFORMAL EN LA LABOR DEL CUIDADO: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA CUALITATIVA EN SALUD
Irene Soto-Fernández, Patricia Domínguez-Isabel, Blanca Espina Jerez, Maria Jesus Bocos Reglero, Maria Angustias Torres Alaminos, Sagrario Gómez-Cantarino.....440-452

CONSTRUÇÃO DE DOMÍNIOS DO EVENT HISTORY CALENDAR: ELEMENTOS METODOLÓGICOS DA TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS CONSTRUTIVISTA
Jaqueline Silva Santos, Jeniffer Stephanie Marques Hilário, Raquel Dully Andrade, Débora Falleiros de Mello.....453-459

CUIDAR DA GRÁVIDA COM CANCRO: ESTRATÉGIAS DOS ENFERMEIROS OBSTETRAS
Catarina Venâncio, Maria Helena Presado.....460-468

A INFLUÊNCIA DA ARTE DO PALHAÇO NA FORMAÇÃO ACADÊMICA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE
Fabiane de Amorim Almeida, Caroline Ribeiro Louro.....469-477

PROPONDO UMA FERRAMENTA TECNOLÓGICA PARA COMUNICAÇÃO ENTRE ENFERMEIRO E PACIENTE EM ONCOLOGIA
Fabiane de Amorim Almeida, Mahyra Medeiros Vieira.....478-486

DIÁLOGOS SOBRE A CONSTRUÇÃO DOS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS POR PESSOAS QUE VIVENCIAM HANSENÍASE
Fábio Solon Tajra, Guilherme de Sousa Lima, Eduardo Roesener Vieira, Camila Maria Coelho de Moura, Viriato Campelo.....487-495

OCORRÊNCIA DE ERROS NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO - REVISÃO INTEGRATIVA
Célia Sofia Barreiros Samico, Adriana Henriques, Pedro Lucas.....496-504

ANÁLISE QUALITATIVA MEDIADA PELO SOFTWARE IRAMUTEQ: INTERPRETAÇÕES A PARTIR DO ONTEM E DO HOJE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO BRASIL
Marcelo Prado Amaral-Rosa, Angela Enderle Candaten.....505-513

PERCEPÇÃO DE MÃES DE CRIANÇAS AUTISTAS SOBRE O ISOLAMENTO SOCIAL MOTIVADO PELA PANDEMIA DO COVID-19
Leila Maria de Andrade Filgueira, Aline Veras Morais Brilhante.....514-520

AURICULOTERAPIA COMO TERAPÊUTICA INTEGRATIVA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL DE USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ESTUDO DE MÉTODOS MISTOS
José Henrique da Silva Cunha, Franciele Kavafara Pires, Francisca Bruna Arruda Aragão, Regina Célia Fiorati.....521-527

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO GERENCIAMENTO DOS LEITOS HOSPITALARES NA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM
Carla Souza Fogaça, Lays Adriane Sampaio Braga, Elisabete Mesquita Peres de Carvalho, Leila Bernarda Donato Göttems.....528-537

PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL E ALTO RISCO: ESTUDO QUALITATIVO SOBRE PERCEPÇÕES DE MULHERES
Marcia Regina Cangiani Fabbro, Jamile Claro de Castro Bussadori, Monika Wernet, Bruna Felisberto de Souza, Andrea dos Reis Fermiano, Maria Aparecida Gracélia Sousa.....538-546

APRENDIENDO A TRABAJAR EN COLABORACIÓN CON MUJERES DE BAJOS INGRESOS ECONÓMICOS EN LA CIUDAD DE KINGSTON, ONTARIO, CANADÁ: REFLEXIONES SOBRE UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ACCIÓN PARTICIPATIVA
Pilar Camargo-Plazas, Jennifer Waite, Martha Whitfield, Lenora Duhn.....547-553

INVESTIGANDO EN LOS TIEMPOS DE COVID-19: RE-INVENTANDO UN PROYECTO PARTICIPATIVO SOBRE EL AUTOCUIDADO DE LA DIABETES EN ADULTOS MAYORES DE ONTARIO, CANADÁ
Pilar Camargo-Plazas, Idevania G. Costa, Genevieve Pare, Beatriz Alvarado, Lenora Duhn.....554-561

PERCURSO METODOLÓGICO APOIADO POR SOFTWARE PARA MAPEAMENTO DE INDICADORES QUALITATIVOS PARA AS BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA
Lucimara Fabiana Fornari, Emiko Yoshikawa Egry, Paula Hino, Carmen Santana, Elda Oliveira.....562-570

IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID-19 EN COLECTIVOS VULNERABLES A TRAVÉS DE LA MIRADA DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA: UN PROYECTO EDUCATIVO CON PHOTOVOICE
Elena Andina Díaz, José Siles González, Néstor Serrano Fuentes, Lindsay Welch, Gema del Blanco Ubiergo, MCarmen Solano Ruiz.....571-581

ENFERMEIRAS NA AVALIAÇÃO QUALITATIVA DO CURTA-METRAGEM "NOSSAS HISTÓRIAS" SOBRE REVELAÇÃO DA CONDIÇÃO HIV À CRIANÇA
Renata de Moura Bubadué, Ivone Evangelista Cabral.....582-590

REDE CEGONHA NA VISÃO DE GESTANTES E PROFISSIONAIS: USO DE GRUPO FOCAL E ENTREVISTA
Vanessa Aparecida Sanches Campassi de Oliveira, Mara Quaglio Chirelli, Kátia Terezinha Alves Rezende, Silvia Franco da Rocha Tonhom, Luzmarina Aparecida Doretto Braccialli, Edinalva Neves Nascimento.....591-599

MOTIVOS DA UTILIZAÇÃO FREQUENTE DO SERVIÇO DE URGÊNCIA PELAS PESSOAS IDOSAS NO CONTEXTO DE UMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR
Idalina Delfina Gomes, Alexandra Seara Almeida.....600-605

ANÁLISE DE CONTEÚDO AOS DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES TEGUMENTARES: O PRIMEIRO PASSO PARA UM MODELO DE CICATRIZAÇÃO DE FERIDAS
João Gomes, Paulino Sousa, Filipe Pereira, Fernanda Bastos, Ana Paula Prata, Catarina Silva.....606-616

INCLUSIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD VISUAL: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA CUALITATIVA
Ana Calle, Amparito López, Maggie Campillay.....617-629

TRIANGULAÇÃO DE MÉTODOS: UM CAMINHO PARA A AVALIAÇÃO DE PROJETOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
Gilmara Apolinário Reis, Marta Azevedo dos Santos, Caroline Roberta Freitas Pires, Neilton Araújo de Oliveira, Eduardo José Cezari, Danielle Keilla Alencar Cruz.....630-636

FRONTEIRAS ENTRE SAÚDE E DOENÇA PARA PESSOAS QUE VIVEM COM DOENÇA CRÓNICA
Maria do Céu Sá, Ana Sofia Nabais.....637-644

A EXPERIÊNCIA DE ADAPTAÇÃO DE MÃES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM PARALISIA CEREBRAL: UM ESTUDO QUALITATIVO
Inês Mimoso, Luciana Sotero, Ana Isabel Cunha, Juliana Queiroz.....645-653

CAPACIDADES REPRODUTIVAS DE MULHERES COM MALFORMAÇÃO CONGÊNITA DO APARELHO REPRODUTOR: UMA LEITURA DIFRATIVA À LUZ DO REALISMO AGENCIAL DE KAREN BARAD
Caynnã de Camargo Santos, Virgínia Ferreira.....654-662

A CULTURA DE SEGURANÇA EM ESTRUTURAS RESIDENCIAIS PARA PESSOAS IDOSAS
José Resende, Graça Quaresma, Pedro Lucas.....663-675

QUE SIGNIFICADOS TEM A SEXUALIDADE? UM ESTUDO QUALITATIVO
Rita Castro.....676-687

GRUPO FOCAL COMO METODOLOGIA DE PESQUISA NA RESIDÊNCIA MÉDICA
Luciana Segurado Côrtes, Ana Maria Costa, Antonio Carlos Rodrigues da Cunha, Letícia Segurado Côrtes.....688-693

PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE AS CARACTERÍSTICAS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR AMIGA DAS PESSOAS IDOSAS
Idalina Gomes, Daniela Cruz, Isabel Almeida.....694-700

ADOLESCENTES QUE VIVEM COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE: ANÁLISE DO DISCURSO EMANCIPATÓRIO
Andressa da Silveira, Eliane Tatsch Neves.....701-706

PERCEÇÃO DE ENFERMEIROS PORTUGUESES SOBRE A TOMADA DE DECISÃO CONTRACETIVA DE MULHERES APÓS ABORTO VOLUNTÁRIO: CONTRIBUTO DE UM GRUPO FOCAL
Sara Palma, Maria Helena Presado, Diogo Ayres-de-Campos.....707-714

ANÁLISE DE CONTEÚDO FREQUENCIAL LEXICAL: O QUANTITATIVO DELIMITANDO O QUALITATIVO NA COMPARAÇÃO DOS DISCURSOS SOBRE O FLUXO ASSISTENCIAL PARA O CÂNCER BUCAL
Leonardo Carnut, Brunna Verna Castro Gondinho, Celso Zilbovicius, Tarsila Teixeira Vilhena Lopes, Jaqueline Vilela Bulgareli.....715-726

REDE CEGONHA: VISÃO DE GESTANTES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DE SUA OPERACIONALIZAÇÃO
Flávia Vernaschi Lima, Sílvia F. Rocha Tonhom, Mara Q. Chirelli, Kátia T. Alves Rezende, Cássia R. F. Biffe Peres.....727-735

O PESQUISADOR E A EXPERIÊNCIA DE FORMAR O BIÓLOGO COMO PROFISSIONAL DE SAÚDE
Valberto Barbosa Porto, Maria Marlene Marques Ávila.....736-744

A PRÁTICA DO FISIOTERAPEUTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: REVISÃO INTEGRATIVA
Rafaela Bresciani Marreto, Katia Terezinha Alves, Mara Quaglio Chirelli, Brunha Plassa, Cassia Regina Fernandes Biffe, Silvia Tonhom.....745-753

MOVIMENTOS MIGRATÓRIOS NA INFÂNCIA: UMA ANÁLISE À LUZ DA TEORIA BIOECOLÓGICA
Flávia de Maria Gomes Schuler, Emily Schuler, Cristina Maria de Souza Brito Dias.....754-762

O TRABALHO DOCENTE NO CURSO.TÉCNICO DE ENFERMAGEM EM UMA ETEC
Mariana Lauriano, Kátia Teresinha Alves Rezende, Silvia Franco da Rocha Tonhom, Ione Ferreira Santos, Aline Pereria de Souza.....763-769

INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA PSICANALITICAMENTE INFORMADA: CONTRIBUTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS
Sandra Roberto, Filipa Falcão Rosado, Orlando Cruz Santos, Luís Martins Pote, Teresa Santos Neves.....770-777

FATORES QUE FACILITAM E DIFICULTAM A ATIVIDADE DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
Rafael Silvério de Moraes, Magali Aparecida Alves de Moraes, Elza de Fátima Ribeiro Higa, Carlos Alberto Lazarini, Adriana Avanzi Marques Pinto….....778-786

SISTEMATIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE: ENTREVISTA COM ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
Ana Carolina dos Santos da Silva, Mara Quaglio Chirelli, Kátia Terezinha Alves Rezende, Silvia Franco da Rocha Tonhom, Cássia Regina Fernandes Biffe Peres, Danielle Abdel Massih Pio.....787-795

IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO APICE ON: CONCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
Maryelle Peres da Silva Santos, Beatriz Castro Souza Capelanes, Katia Terezinha Alves Rezende, Mara Quaglio Chirelli.....796-803

PESQUISA-AÇÃO NO DESENVOLVIMENTO DE UM INSTRUMENTO PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM NA SAÚDE DA MULHER
Denise Antunes de Azambuja Zocche, Ana Paula da Rosa, Elisangela Argenta Zanatta.....804-810

ATENCIÓN POR TELECONSULTA PARA EL PERSONAL DE SALUD Y PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE, EN LA EMERGENCIA SANITARIA POR COVID-19: ANÁLISIS CUALITATIVO
Sandra Milena Hernández Zambrano, Ruth Alexandra Castiblanco Montañez, Paula Marcela Avila Guerrero, María Alejandra González Moreno, Laura Geraldine Montenegro Sacristán, Pedro Santos-Moreno.....811-816

NECESSIDADES E PREOCUPAÇÕES MATERNAS NO PERÍODO PÓS-PARTO: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA
Regina Rasteiro, Eduardo Santos, Emília Coutinho.....817-827

COMUNICAÇÃO NO CUIDADO EM SAÚDE: CONCEPÇÕES E VIVÊNCIAS DE DISCENTES E DOCENTES DE ENFERMAGEM
Maria Wanderleya Coriolano-Marinus, Caio Heinrich Correia de Sá, Rayanne Lima, Adelia Karla Falcão Soares.....828-837

INTERATIVIDADE EDUCATIVA PRESERVANDO O DESENVOLVIMENTO DE PREMATUROS: PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL
Márcia Helena de Souza Freire, Karoline Petricio Martins, Ivete Palmira Sanson Zagonel.....838-847

RELATO DE EXPERIÊNCIA: CÍRCULOS DE CONSTRUÇÃO DE PAZ EM UMA PENITENCIÁRIA FEMININA
Luiza Rodrigues dos Santos, Alcione Bastos Alves, Marilda Castelar.....848-855

ATUAÇÃO DOS PAIS E RESPONSÁVEIS NO CUIDADO DA CRIANÇA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
Claudirene Milagres Araújo, Isabela Mie Takeshita, Carolina Sant'Anna Gusmão, Letícia Fernandes de Oliveira, Carla de Paula Silveira, Alessandra Silva Lima Jardim.....856-863

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EMOCIONAIS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM CONTEXTO DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS CORONÁRIOS
Ana Paula Macedo, Lisa Gomes, Rui Pereira, João Cainé, Silvana Martins.....864-870

CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO ENTRE PRECEPTORES DA RESIDÊNCIA MÉDICA EM PEDIATRIA
Jeannette Barros Ribeiro Costa, Lenilda Austrilino, Mércia Lamenha Medeiros.....871-879

O USO DE PSICOFÁRMACOS E/OU PSICOTRÓPICOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA
Beatriz Soto Boni, Kátia Terezinha Alves Rezende, Fernanda Moerbeck Cardoso Mazzetto, Sílvia Franco da Rocha Tonhom, Milena Rezende.....880-889

GUIA NORTEADOR PARA CONDUÇÃO DE GRUPO FOCAL NA IDENTIFICAÇÃO DE COMPETÊNCIAS GERENCIAIS: RELATO DE EXPERIÊNCIA
Laura Andrian Leal, Silvia Helena Henriques.....890-897

Pesquisa-ação como método para construção de instrumento de Consulta de Enfermagem à criança

Elisangela Argenta Zanatta[1], Ingrid Pujol Hanzen[2], Cheila Karei Siega[3] Dara Montag Portaluppi[4] e Denise Antunes de Azambuja Zocche[1]

[1] Departamento de Enfermagem, Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde Universidade do Estado de Santa Catarina, Brasil | elisangela.zanatta@udesc.br; denise.zocche@udesc.br | https://orcid.org/ 0000-0002-7426-6472; https://orcid.org/0000-0003-4754-8439

[2]Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó, Santa Catarina, Brasil | ingridhanzen@yahoo.com.br | https://orcid.org/0000-0001-9808-2005

[3] Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial – SENAC, Caçador, Santa Catarina, Brasil | cheilasiega@gmail.com | https://orcid.org/0000-0001-9272-2526

[4] Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Escola de Saúde Pública do RS, Brasil | dara.portaluppi@hotmail.com | https://orcid.org/0000-0003-4156-9482

Resumo: O enfermeiro tem papel relevante no acompanhamento criterioso e sistemático à saúde da criança. A execução periódica desse acompanhamento, por meio da Consulta de Enfermagem, possibilita detectar precocemente agravos e instituir ações de promoção à saúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde. **Objetivos:** construir um instrumento para guiar a Consulta de Enfermagem à criança na Atenção Primária à Saúde, com base na Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem e nas Necessidade Humanas Básicas. **Métodos:** estudo qualitativo do tipo Pesquisa-ação realizada a partir de cinco etapas**,** adaptadas do método proposto por Thiollent: fase exploratória, diagnóstico de situação, seminários integradores, planejamento de qualificação dos profissionais enfermeiros, publicização dos resultados. Os dados coletados, por meio de entrevistas e nos seminários integradores, foram organizados seguindo a análise de conteúdo e discutidos com a literatura científica sobre Consulta de Enfermagem. **Resultados:** os dados revelam que os enfermeiros compreendem a importância da Consulta de Enfermagem à criança contudo, possuem dificuldade para executá-la em todas as suas etapas. Como produto desse estudo, foi construído, de forma coletiva, um instrumento para guiar a Consulta de Enfermagem à criança formado por Histórico de Enfermagem, Diagnósticos de Enfermagem, Intervenções de Enfermagem e Resultados esperados. **Conclusões:** A pesquisa-ação contribuiu significativamente para subsidiar a reflexão acerca da importância da realização da Consulta de Enfermagem de forma sistematizada e para a construção coletiva de um instrumento para guia-la, auxiliando no processo de trabalho do enfermeiro. Acredita-se que esse instrumento qualifica e otimiza o atendimento à criança, tornando-o mais resolutivo ao mesmo tempo em que auxilia o enfermeiro a tomar decisões seguras, assertivas considerando a criança na sua integralidade.

Palavras-chave: Processo de Enfermagem; Enfermeiros; Atenção Primária à Saúde; Pesquisa Aplicada.

Action Research as Method for Build an Instrument for the Nursing Consultation to Children

Abstract: The nurse has a relevant role in child's health systematic monitoring. The periodical execution of this monitoring, via nursing consultation, allows for the early detection of possible complications and therefore also makes it possible to act upon such findings in primary care. **Objectives**: build an instrument to guide the Nursing Consultation to children in Primary Health Care based on the International Classification for Nursing Practices and Basic Human Needs. **Methods**: Action research carried out from five stages, adapted from the method proposed by Thiollent: exploratory phase, situation diagnosis, integrating seminars, planning for the qualification of professional nurses, publication the results. The data collected, through interviews, and in the integrating seminars were organized according to the content analysis and discussed with the scientific literature on nursing consultation. **Results:** The data reveal that the nurses comprehend the importance of nursing consultations regarding children, however they have difficulties performing it in full. As a product of this study, an instrument for guidance as to how the nursing consultation has to be performed was collectively developed, consisting of Nursing History, Nursing Diagnoses, Nursing Interventions and Expected Results. **Conclusions:** The action research significantly contributed as a subsidizing factor for the reflections regarding the importance of performing a nursing consultation in a systematic fashion and also for the creation of a guidance instrument towards its application. It is believed that such an instrument qualifies and optimizes childcare, making it more efficient and at the same time helping nurses to take safer, more assertive decisions.

Keywords: Nursing Process; Nurses; Primary Health Care; Applied Research.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.1-8

1. Introdução

O Ministério da Saúde (MS) do Brasil declara que a atenção à saúde da criança deve ter prioridade de atendimento, deve ser realizada com vistas a um cuidado integral e resolutivo. Os profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) devem estar preparados e organizados para atender esse público, considerando a importância do acompanhamento sistemático até o segundo ano de vida da criança, com avalições mensais no primeiro e duas no segundo ano (MS, 2012).

No atendimento à criança, o enfermeiro possui como ferramenta de trabalho o Processo de Enfermagem (PE), instituído no Brasil pela resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) que dispõe sobre sua implementação em ambientes públicos ou privados em que ocorre o cuidado de enfermagem (Cofen, 2009). O PE no âmbito da APS corresponde à Consulta de Enfermagem (CE), respaldada pela Lei do Exercício Profissional (nº 7498/86) e assegurada pela Resolução do Cofen nº 358/2009 (Cofen, 2009).

A CE à criança, objetiva identificar as necessidades de saúde, por meio de um olhar atento e criterioso voltado, especialmente, para o processo de crescimento e desenvolvimento infantil (Goes et.al, 2018; Yakuma et al.,2018).

O enfermeiro é um dos profissionais da APS que mais tem contato com a criança e sua família, a CE oportuniza identificar fragilidades, promover assistência integral e humanizada e, assim contribuir para a redução das morbimortalidades (Moreira & Gaìva, 2017).

Para contemplar as cinco etapas do PE (Histórico de Enfermagem, Diagnósticos de Enfermagem, Planejamento e Avaliação de Enfermagem), tem-se a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), um Sistema de Linguagem Padronizada (SLP), que organiza diagnósticos, resultados e intervenções e, ao mesmo tempo, favorece a adoção de um vocabulário padronizado (Garcia, 2017).

Estudos indicam dificuldades para realização da CE à criança, como falta de estrutura física, insumos, equipamentos, sobrecarga de trabalho, pouca oferta de qualificação no âmbito dos serviços de saúde aos enfermeiros e, principalmente, carência de roteiros para guiá-la (Siega, et al., 2020; Ribeiro et al., 2014).

Justifica-se a importância desse estudo por contribuir na construção de um instrumento para guiar a CE à criança, de forma sistematizada, no âmbito da APS. O presente estudo objetivou construir um instrumento para guiar a Consulta de Enfermagem à criança na Atenção Primária à Saúde, com base na Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem e nas Necessidade Humanas Básicas.

2. Metodologia

Estudo de abordagem qualitativa, do tipo pesquisa-ação realizado em dois municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. Participaram 26 enfermeiros (15 de um município e 11 do outro) que atuavam no cuidado à criança na APS. Foram excluídos enfermeiros em afastamento por licença ou férias e com menos de seis meses de atuação na APS.

A pesquisa-ação foi conduzida em cinco etapas adaptadas de Thiollent (2011), fase exploratória, diagnóstico de situação, seminários integradores, qualificação dos enfermeiros e publicização.

Na **fase exploratória** foi realizada uma Revisão Integrativa (RI) com o objetivo de identificar tecnologias para o acompanhamento da saúde da criança de zero a cinco anos de idade na APS. A RI foi conduzida seguindo um Protocolo: identificação da questão de pesquisa, estruturada a partir do acrômio PICOT; definição dos critérios para inclusão e exclusão dos estudos; seleção e extração dos dados; análise e interpretação dos dados; apresentação dos resultados; discussão dos resultados (Zocche et al., 2020).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.1-8

A busca foi realizada no catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) *on-line*. Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) utilizados foram: “Criança”; “Teoria de Enfermagem”; “Cuidado de enfermagem”, “Atenção Primária à Saúde”, “Enfermagem”, “Tecnologias em Saúde”, “Processo de Enfermagem” e o sinônimo “Consulta de Enfermagem”. Esses foram cruzados entre si utilizando-se operador booleano *AND*.

Na etapa de **Diagnóstico de situação** foi traçado o perfil epidemiológico da saúde infantil, dos municípios em estudo, por meio dos dados, de domínio público, coletados nos sistemas de informação em saúde: Sistema de Informação de Mortalidade, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos, Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde e no prontuário eletrônico de cada município.

Nessa etapa, também, foram entrevistados 26 enfermeiros que atuavam no cuidado à criança na APS no dois municípios, que cumpriram com os critérios de inclusão, visando compreender os significados atribuídos à CE à criança, levantar subsídios para a elaboração do instrumento de CE.

Na sequência foram realizados quatro **Seminários integradores** em cada município, com intervalo de 15 dias entre um e outro. No primeiro seminário foram discutidos os dados coletados nas entrevistas e nos sistemas de informação. Após ocorreu a construção coletiva da primeira etapa da CE – Histórico de Enfermagem (anamnese e exame físico). A etapa elabora foi testada pelos enfermeiros por 15 dias.

O segundo seminário, iniciou com discussões acerca da etapa da anamnese testada, foram decididos os ajustes e complementações necessárias. Na sequência, ocorreu a construção do roteiro para o exame físico, contemplando todos os sistemas corporais da criança de zero a dois anos de idade. Assim como no seminário anterior, o roteiro do exame físico foi testado pelos enfermeiros por 15 dias.

No terceiro seminário discutiu-se sobre o roteiro de exame físico, na sequência foi realizada a sua aprovação e em seguida a construção dos Diagnósticos (DE), Intervenções de Enfermagem (IE) e Resultados Esperados (RE), considerando a CIPE® e organizados dentro dos campos das Necessidades Humanas Básicas de Horta (2011). Porém, para essa construção foi necessário, inicialmente, realizar uma capacitação acerca da utilização desse SLP, pois apenas uma enfermeira possuía esse conhecimento.

Os DE, IE e RE foram elencados de acordo com a experiência e julgamento clínico das enfermeiras na assistência à criança e, considerando os dados extraídos dos sistemas de informação na etapa 2 (diagnóstico de situação) o que possibilitou aproximação da realidade e das necessidades locais. Ao final desse encontro ficou acordado que o instrumento contendo anamnese e exame físico, DE, IE e RE seria testado por 30 dias.

No quarto seminário foi discutida a versão final do instrumento de CE à criança e realizada a avaliação geral do instrumento por meio do Índice de Validade do Conteúdo (IVC).

A etapa de **qualificação dos enfermeiros** foi constante, proporcionada pelas discussões e construções coletivas o que instrumentalizou os enfermeiros para a implementação da CE à criança.

Publicização: para contemplar essa etapa o instrumento foi compartilhado com a Coordenação da APS e com todos os enfermeiros que atuam nos dois municípios visando sua implementação durante as CE. Em um dos municípios, esse estudo, desencadeou a elaboração do Protocolo de Atenção à Saúde da Criança, no outro, o instrumento de CE à criança foi incorporado ao protocolo municipal vigente.

Também está publicado no *E-book* Produções do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primaria à Saúde: contributos para a gestão e o cuidado (Zanatta et al., 2020).

Os dados coletados nas entrevistas e durante as discussões coletivas nos seminários, foram organizados, considerando a análise de conteúdo (Bardin, 2011) em três etapas: pré-análise; exploração e tratamento dos resultados e inferência e interpretação.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.1-8

Pré-análise: ocorreu a transcrição das entrevistas e dos seminários, organização e leitura do material empírico. **Exploração e tratamento dos resultados:** foram realizadas leituras em profundidade, visando identificar categorias. **Inferência e interpretação dos resultados:** ocorreu a aproximação dos resultados extraídos do material empírico e a discussão com a literatura científica, visando dar significado e validade aos dados brutos.

A pesquisa seguiu os preceitos éticos da Resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa com seres humanos, aprovada pelo Comitê de Ética local sob Parecer nº. 2.630.923 (02/05/2018).

3. Resultados

A RI resultou em 2.280 estudos, destes 1.377 foram excluídos por estarem duplicados, 417 indisponível e 447 por fuga da temática assim, 39 estudos selecionados foram lidos na íntegra e desses, 20 incluídos no corpus deste trabalho.

Os estudos foram classificados quanto ao Nível de Evidência (Melnyk & Fineout-Overholt, 2011), ficando assim classificados: 15 estudos classificados em nível VI - proveniente de estudos descritivos ou qualitativos; três classificados em nível IV - derivados de estudos de caso-controle e de coorte; um classificado em nível II - proveniente de ensaio clínico randomizado; um estudo classificado em nível I- revisão sistemática com metanálise.

As tecnologias em saúde utilizadas no atendimento às crianças de zero a cinco anos, descritas na literatura, foram classificadas em leve, leve-duras e duras (Merhy, 2016) conforme figura 1:

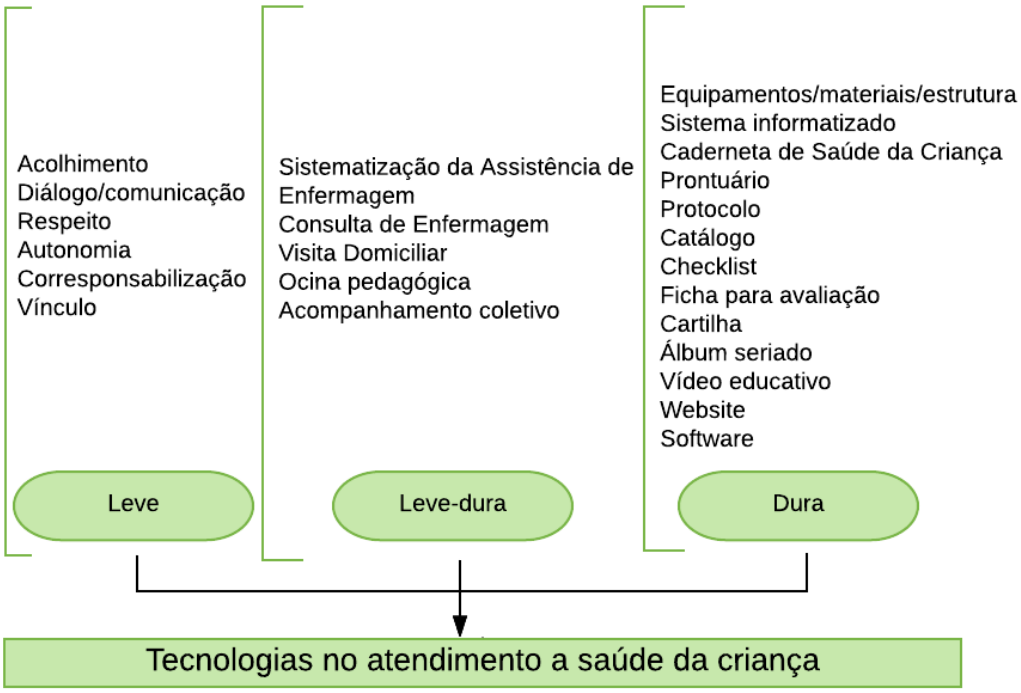


Fig. 1. Tecnologias no atendimento à criança identificadas na Revisão Integrativa da Literatura.

O perfil epidemiológico da saúde infantil, realizado nos Sistema de Informação evidenciaram como as principais causas de morbidade hospitalar em crianças menores de um ano de idade, afecções no período perinatal, doenças do aparelho respiratório, doenças infecciosas e parasitarias. Em relação aos motivos de atendimentos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), de ambos os municípios, foram por Nasofaringite aguda (resfriado comum), Otite externa não especificada e Doença do refluxo gastresofágico sem esofagite.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.1-8

2.1 Consulta de Enfermagem à Criança: Compreensões e Dificuldades

Os dados coletados nas entrevistas revelam que os enfermeiros compreendem a CE como o momento para conhecer a história pregressa e atual da criança e sua família, realizar o atendimento/avaliação. Reconhecem a necessidade de implementá-la, mas declaram dificuldades para executá-la de forma sistematizada, considerando todas as etapas.

Realizam a etapa do Histórico de Enfermagem, porém apenas a anamnese, indicam dificuldades na realização do exame físico. Apenas cinco enfermeiros, das 26 participantes, realizam as etapas de Planejamento e Avaliação. A etapa de DE é não é realizada, pois não sabem como utilizar um SLP para subsidiar sua construção.

A justificativa para a não realização de algumas etapas envolve falta de formação teórica para isso, grande rotatividade dos enfermeiros na UBS o que dificulta a implementação dessa atividade e, principalmente, a formação de vínculo com a família da criança que tem como consequência a pouca adesão das famílias para a CE. Ainda, sinalizam dificuldades quanto a estrutura física das UBS, ou seja, falta de espaço para a realização da CE. Todos relataram dificuldade de realizar a CE pela falta de um roteiro para guia-la em todas as suas etapas, bem como a falta de educação permanente para subsidiá-los para essa atividade.

2.2 Construção e Validação do Instrumento para a CE

Conforme acordado pelos participantes do estudo o instrumento foi construído considerando as etapas preconizadas pela Resolução 358/2009 (Cofen, 2009): Histórico de Enfermagem, Diagnósticos de Enfermagem, Planejamento e Avaliação de Enfermagem e como referencial teórico para subsidiar essa etapas foi adotada a Teoria de Wanda Horta (2011) e a CIPE®.

O Histórico de Enfermagem ficou igual nos dois locais do estudo. A anamnese considerou dados socioeconômicos e culturais, antecedentes familiares, história obstétrica pregressa e do filho em avaliação, dados do nascimento, triagens neonatais, amamentação, eliminações, sono e repouso, cuidados com higiene, interação mãe-bebê. O exame físico contemplou: pele e mucosas, cabeça e pescoço, tórax, abdômen, quadril genitália, coluna, membros superiores e inferiores e avaliação neurológica (reflexos).

As etapas de DE, IE e RE ficaram diferentes nos dois município, pois foram considerados os dados epidemiológicos de cada local e as principais queixas/motivos de atendimentos de crianças na APS. Em um município foram elencados 19 DE, 19 RE e 38 IE e no outro foram 99 DE, 99 RE e 206 IE.

Os DE, IE e RE foram construídos considerando a CIPE® e organizados dentro dos campos das Necessidades Humanas Básicas de Horta (2011) considerando **necessidades psicobiológicas**: oxigenação, nutrição, eliminação, sono e repouso cuidado corporal, integridade cutaneomucosa, regulação térmica regulação neurológia, regulação imunológica, regulação crescimento celular, regulação vascular e as **necessidades psicossociais**: segurança/amor, participação/atenção.

Após a construção os enfermeiros realizaram a avaliação do instrumento por meio de um instrumento contendo uma escala do tipo *likert* com pontuação de um a quatro (1- Inadequado, 2- Parcialmente adequado, 3- Adequado e 4- Totalmente adequado) considerado aceitável o *score* igual ou superior a 0,80 de taxa de concordância (Polit-O'hara & Beck, 2011). Nesse estudo o IVC em um município foi 0,8 e no outro 1,0.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.1-8

3. Discussão

Instrumentos que orientam a realização da CE são classificados como tecnologias leve-duras. Estes direcionam o enfermeiro no desenvolvimento de sua prática assistencial, durante a qual fazem uso de tecnologias leves como a comunicação, a escuta e o vínculo (Merhy, 2016).

Os enfermeiros compreendem a CE como uma tecnologia e reconhecem sua importância na assistência à criança, contudo a realizam de forma fragmentada, não contemplando todas as suas etapas. Situação justificada, especialmente, pela falta de um instrumento guia e pelo pouco embasamento teórico para a execução de algumas delas. Compreendem o Histórico de Enfermagem como uma etapa importante para a construção do vínculo com a criança e sua família, oportunizando, um atendimento integral. Porém, a falta de um instrumento para a coleta das informações fragiliza a CE e, consequentemente, o atendimento de qualidade e resolutivo, sobretudo, quanto a realização do exame físico.

Segundo Crivelaro et al., (2020), a identificação dos problemas, sob o olhar da integralidade, ocorre no Histórico de enfermagem, por meio da escuta qualificada que favorece a formação do vínculo. Horta (2011) enfatiza que a coleta de dados, é justamente a primeira etapa da CE devido sua importância na coleta de informações que darão subsídios à elaboração das demais.

A etapa de DE foi relatada como a menos realizada, pela dificuldade de compreensão quanto sua construção e operacionalização, pois muitos tiveram contato apenas na graduação ou mesmo desconhecem sua elaboração. Os resultados desse estudo corroboram outras pesquisas sobre as dificuldades dos enfermeiros em construir DE (Moretti et al., 2016; Spazapan, 2017).

Para Horta (2011), a etapa de DE inicia na ação de identificar as necessidades do ser humano e avaliar qual seu grau de dependência. Observou-se que as enfermeiras partem dessa identificação, contudo apresentam dificuldade na elaboração dos DE, na utilização de um SLP e na realização de um raciocínio diagnóstico para sua utilização.

Destaca-se a relevância dos DE, elaborados a partir de um SLP como a CIPE®,para potencializar a práticas assistenciais e agregar qualidade ao cuidado (Andrada et al., 2015; Moura et al., 2015). A CE contemplada em todas as suas etapas, promove um cuidado integral à criança, a confiança, formação de vínculo com a família, estimula o retorno para consultas rotineiras e facilita a continuidade do cuidado, além de dar cientificidade ao trabalho do enfermeiro (Ribeiro et al, 2014).

A CE, realizada na sua integralidade, permite um olhar holístico à criança, um ser que possui necessidades psicobiológicas, psicossociais, psicoespirituais, intimamente interconectadas, pertencente a uma família e comunidade (Horta, 2011).

Em relação às dificuldades dos enfermeiros durante a CE à criança ressalta-se a importância e necessidade de instituir atividades de Educação Permanente em Saúde à esses profissionais, a exemplo do que foi realizado nesse estudo.

4. Conclusões

A pesquisa-ação oportunizou momentos de estudo, discussão, troca de experiências entre os enfermeiros e pesquisadora, fortaleceu a compreensão da importância da CE sistematizada, ancorada em referencias teóricos e metodológicos e voltada às necessidades de cada local.

O instrumento desenvolvido contribuirá para a qualificação e resolutividade da CE à criança. Poderá ser implementado e/ou adaptado para ser utilizado em diferentes os cenários da APS.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.1-8

Agradecimentos

CAPES/COFEN (financiamento via Edital nº 27/2016).

5. Referências

Andrada, M.M.C. et al. (2015). Diagnósticos de enfermagem para idosos internados, segundo a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem. Rev Rene, 16 (1), 97-105. https://doi.org/ 10.15253/2175-6783.2015000100013

Bardin, L. (2016). Análise de conteúdo. Edições 70.

Conselho Federal de Enfermagem. (2009). Resolução nº 358 de 2009. http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html

Crivelaro, P.M. da S. et al. (2020). Consulta de enfermagem: uma ferramenta de cuidado integral na atenção primária à saúde. *Brazilian Journal of Development*, 6, 49310- 4932. http://doi.org/10.34117/bjdv6n7-542.

Garcia, T.R. (Organizador). (2018). Classificação Internacional para a prática de enfermagem CIPE®: Versão 2017. *Artmed*.

Góes, F.G.B. et al., (2018). Contribuições do enfermeiro para boas práticas na puericultura: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem, 71*(Suppl. 6), 2808-2817. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0416

Horta, W.A.(2011). Processo de Enfermagem. Guanabara Koogan

Merhy, E.E. (Org.) et al. (2016). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Hexis.

Melnyk, B.M. & Fineout-Overholt, E. Making the Case for Evidence-Based Practice and Cultivating a Spirit of Inquiry. Em Melnyk, B.M. & Fineout-Overholt, E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins.

Ministério da Saúde. (2012) Cadernos de saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf

Moreira, M.D.S., & Gaiva, M.A.M. (2017). Approach of the child's life context of the in the nursing appointment. *Rev Fund Care Online*, 9, 432-440. http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.432-440

Moretti, C.A. et al. (2016). Implementação da consulta de enfermagem na Estratégia Saúde da Família: desafios e potencialidades. *Journal of Nursing and Health,* 6(2), 309-320. https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/7159/6046

Moura, D. de J. M., et al. (2014). Sistematização da assistência de enfermagem fundamentada na CIPE® e na teoria da adaptação em hipertensos. *Revista Eletrônica De Enfermagem*, 16, 710-719. https://doi.org/10.5216/ree.v16i4.22945

Polit-O'hara, D., & Beck, C.T. (2011). Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidencias para pratica da enfermagem. Artes Medicas.

Ribeiro, D.G. et al (2014). Fatores de risco para o desenvolvimento de crianças atendidas em Unidades de Saúde da Família, ao final do primeiro ano de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19, 215-226. https://doi.org/10.1590/1413-81232014191.1904

Siega, C.K, et al., (2020). Lived Experiences and meanings of the Nurse Consultation in Childcare: analysis in the light of Wanda Horta. *Rev. Enferm. UFSM*, 10, e65, 1-20. https://doi.org/10.5902/2179769241597

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.1-8

Spazapan, M.P. (2017). Processo de enfermagem na atenção primária: percepção de enfermeiros de Campinas-SP. [*Dissertação Mestrado, Universidade Estadual de Campinas*]. https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=5219937

Thiollent, M. (2011). Metodologia da pesquisa-ação. Cortez.

Yakuwa, M.S et al. (2018) Nursing strategies for child health surveillance. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 26, 1-8. http://dx.doi.org/10.1590/ 1518-8345.3007.2434.

Zanatta, E.A. et al. (2020). Produção do mestrado profissional em enfermagem na atenção primária à saúde: contributos para a gestão e o cuidado. http://sistemabu.udesc.br/pergamumweb/vinculos/000081/00008166.pdf

Zocche et al., (2018). Protocolo para revisão integrativa: caminho para busca de evidências. Em Teixeira E (organizadora). Desenvolvimento de tecnologias cuidativo-educacionais. (pp. 237-249).Moriá.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.1-8

Educação em saúde relacionada a sexualidade e Infecções Sexualmente Transmissíveis: Uma revisão integrativa

Letícia Farto de Rossi[1], Fernanda Moerbeck Cardoso Mazzetto[1], Kátia Terezinha Alves Rezende[1], Maria José Sanches Marin[1] e Luciana Rocha de Oliveira Nardo[1]

[1] Faculdade de Medicina de Marília, Brasil | leticiaa.farto@gmail.com; fernandamazzetto4@gmail.com; katialvesrezende@gmail.com; marnadia@terra.com.br; lucianarochadeoliveira1978@gmail.com | https://orcid.org/0000-0001-7925-617X; https://orcid.org/0000-0001-9276-219X; https://orcid.org/0000-0002-9022-2680; https://orcid.org/0000-0001-6210-6941; https://orcid.org/0000-0003-2094-4685

Resumo: Introdução: O público adolescente possui uma das taxas mais elevadas de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), além de demonstrar maiores fatores de exposição em comparação ao público adulto, assim como altos índices de abandono de tratamento além da dificuldade de acesso. O aumento gradativo dos índices de IST neste público evidencia uma importante questão de saúde pública. **Objetivos:** Analisar como se dá a prática de educação em saúde em relação às IST junto aos estudantes do ensino médio, a partir de uma revisão da literatura. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa de revisão de literatura na modalidade revisão integrativa, em que foram utilizadas as bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF) e Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS) com total de 24 artigos selecionados, considerando critérios de inclusão e exclusão. **Resultados:** A prática de educação em saúde encontra-se fragilizada. Os fatores que influenciam direta e negativamente estão ligados a ausência de ações intersetoriais e interesse das próprias instituições de ensino, assim como as respectivas equipes pedagógicas e de saúde. **Conclusões:** A prática de educação em saúde pode ser implementada de forma em que participem pais, professores e profissionais de saúde juntamente aos estudantes, preconizando pela intersetorialidade e integralidade das ações.

Palavras-chave: Adolescentes; Educação em Saúde; Enfermagem de Atenção Primária; Infecções Sexualmente Transmissíveis; Promoção da Saúde.

Health Education Related to Sexuality and Sexually Transmitted Infections: an Integrative Review

Abstract: Introduction: The adolescent public has one of the highest rates of Sexually Transmitted Infections (STI), in addition to demonstrating greater exposure factors compared to the adult public, as well as high rates of treatment abandonment in addition to the difficulty of access. The gradual increase in STI rates in this public highlights an important public health issue. **Goals:** To analyze how health education practices in relation to STIs occur with high school students, based on a literature review. **Methods:** This is a literature review research in the integrative review modality, in which the databases of Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), Database of Nursing (BDENF) and Index were used. Bibliographic Español en Ciencias de la Salud (IBECS) with a total of 24 selected articles, considering inclusion and exclusion criteria. **Results:** The practice of health education is weakened. The factors that directly and negatively influence are linked to the absence of intersectoral actions and the interest of the educational institutions themselves, as well as the respective pedagogical and health teams. **Conclusions:** The practice of health education can be implemented in a way that parents, teachers and health professionals participate together with students, emphasizing the relevance regarding the insertion of these professionals in order to develop actions that emphasize prevention and promotion practices with an emphasis on sexuality and sexually transmitted infections (STIs).

Keywords: Adolescents; Health Education; Primary Care Nursing; Sexually Transmitted Infections; Health Promotion.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.9-17

1. Introdução

A adolescência é marcada por momentos de transformações físicas, psicológicas, sociais e cognitivas intensas, que se desenvolve intransigente, o que pode trazer ao jovem e sua família muitas dúvidas e receios (Morales et al., 2018). Nesse momento de grandes transformações biopsicossociais, costuma ocorrer a iniciação sexual, muitas vezes, sem orientação prévia e regrada de muitas dúvidas e curiosidades, que possibilitaria aos adolescentes realizarem escolhas aleatórias, considerando desejo, prazer e riscos (Sousa et al., 2018).

O período da adolescência pode ser considerado crítico na vida de cada indivíduo, considerando a vivência de descobertas significativas, assim como a afirmação de sua respectiva personalidade e individualidade. A adolescência abrange a transformação do jovem até a idade adulta não apenas sob a perspectiva biológica, mas sim, a social e, principalmente, psicológica (Von Rosen et al., 2018).

Nos dias atuais, embora seja presente e acessível os meios de acesso à informação nas plataformas digitais, a questão da sexualidade ainda é encarada como uma espécie de tabu por grande parte das pessoas, principalmente no que diz respeito ao ambiente intrafamiliar. A questão de dialogar com adolescentes sobre sexualidade muitas vezes está associada ao estigma de que o diálogo aberto e simplificado poderá influenciar diretamente, de alguma forma, o jovem, a buscar por experiências sexuais (Camargo; Ferrari, 2009).

Desta forma, o jovem sente-se inibido e frustrado, por desejar sanar suas dúvidas com alguém da confiança e lidar com uma postura de bloqueio e receio, com certo caráter punitivo decorrente das abordagens de cunho sexual. Pelo fato de não conseguir dialogar abertamente com pessoas próximas e de confiança, os jovens buscam outras ferramentas para esclarecer suas dúvidas (internet, amigos, colegas etc.). Tal iniciativa repercute em respostas contraditórias e sem clareza, onde a taxa de exposição a fatores de risco associados a práticas sexuais incoerentes, como por exemplo, da não utilização da devida proteção, tornam-se comuns e desvalorizadas (Camargo; Ferrari, 2009).

Segundo a médica sanitarista Adele Schwartz Benzaken, ex-diretora do Departamento das IST do HIV/AIDS e das Hepatites Virais, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do próprio Ministério da Saúde (MS) de nosso país, a mudança do termo “DST” que advém de “Doenças Sexualmente Transmissíveis” para “IST”, sigla representativa da denominação “Infecções Sexualmente Transmissíveis”, representa uma mudança necessária e de extrema pertinência, considerando o fato de que “doença”, naturalmente é associada a manifestação de sinais e sintomas característicos de algumas patologias (Brasil, 2017).

A infecção, segundo Santos (2015), é definida como a implantação, crescimento e a multiplicação do microrganismo no tecido do hospedeiro, causando lesão tecidual, por ação direta ou indireta do microrganismo, por meio da resposta do hospedeiro à presença do agente infeccioso ou de seus produtos. Os vírus são parasitas intracelulares obrigatórios, que se utilizam da maquinaria enzimática celular para benefício próprio, com o custo da morte da célula. Essas IST representam uma ameaça significativa à saúde individual e coletiva, afetando de forma desmedida adultos jovens e adolescentes. Cabe ainda ressaltar que estas são uma severa questão de saúde pública a nível mundial, com cerca de aproximadamente um milhão de novas infecções por dia (Brasil, 2017).

Os estudos sobre a implementação de atividades educativas no âmbito escolar que enfatizem a temática sexualidade, abrangendo dimensões de prevenção às IST, foram desenvolvidos a partir da instituição do PSE pelo decreto nº. 6.286 de 5 de dezembro de 2007, no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde, em que a finalidade desta estratégia é contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde (Brasil, 2007).

As vivências profissionais que possibilitaram a aproximação educação em saúde com o público adolescente levaram à observação de que existe escassez de conhecimento a respeito das IST bem como as medidas que as previnem.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.9-17

Além disso, é nítido o aumento da incidência e prevalência dessas IST entre essa população, inclusive gravidez precoce, indesejada e não planejada. Diante desta realidade, a questão norteadora de pesquisa é a seguinte: Como se dá a prática de educação em saúde em relação à sexualidade e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) junto aos estudantes adolescentes do ensino fundamental e médio?

Assim, propõe-se como objetivo da presente investigação analisar como se dá a prática de educação em saúde em relação às IST junto aos estudantes do ensino médio, a partir de uma revisão da literatura.

2. Metodologia

2.1 Tipo de Pesquisa

Estudo de revisão integrativa, metodologia que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática, sendo a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado (Souza; Silva; Carvalho, 2010).

A revisão integrativa da literatura é desenvolvida em seis etapas. A primeira se dá a partir da definição de determinada problemática, seguida de consequente hipótese ou questão pertinente ao respectivo contexto de pesquisa. Desta forma, a primeira etapa pode ser compreendida como norteadora do estudo, em que aspectos como objetividade e clareza da temática favorecem a construção bem elaborada. A segunda etapa está diretamente interligada com a anterior, considerando que a partir da temática de pesquisa, há de haver delimitação de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura. A terceira abarca a definição das informações a serem extraídas dos estudos escolhidos, utilizando uma ferramenta para agregar e sintetizar as informações essenciais. Corresponde a etapa de coleta de dados de um estudo convencional.

A quarta é semelhante a análise de dados em pesquisas convencionais. Os materiais selecionados devem ser rigorosamente analisados e detalhados, de forma crítica, buscando refletir quanto aos resultados e pontos de divergência. Envolve a análise dos sujeitos envolvidos, técnicas de pesquisa implementadas, questões norteadoras e respostas alcançadas, assim como a pertinência/relevância do estudo investigado. Na quinta etapa é aquela em que se realiza a discussão dos resultados obtidos considerando a pesquisa convencional. Nela, os resultados obtidos por meio da análise crítica dos estudos incluídos e investigados, são confrontados com referenciais teóricos, favorecendo, ainda, a identificação de lacunas do conhecimento. A sexta consiste na construção do documento que deve abranger a descrição das etapas percorridas pelo revisor ao longo do desenvolvimento da pesquisa e os principais resultados evidenciados resultantes da análise dos artigos incluídos (Souza; Silva; Carvalho, 2010).

Caminhando nesta lógica, o presente estudo partiu do seguinte questionamento: Como vem ocorrendo o processo de educação em saúde em relação às IST junto aos estudantes de ensino médio? Para o levantamento dos artigos na literatura, realizou-se uma busca nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Banco de Dados em Enfermagem (BDENF), Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS) e Index Psicologia Periódicos Técnico - Científicos.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.9-17

Foram utilizados, para busca dos artigos, os seguintes descritores e suas combinações nos idiomas português e inglês: “Adolescentes”, “Educação em Saúde”, “Enfermagem de atenção primária”, “Infecções Sexualmente Transmissíveis” and “Promoção da saúde”. Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: artigos publicados em português, inglês e espanhol; artigos na íntegra que retratassem a temática referente aos adolescentes escolares no que se refere às ações de educativas sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e artigos publicados e indexados nos referidos bancos de dados nos últimos seis anos, com intuito de selecionar os estudos mais recentes quanto a temática de abordagem.

Já no que tange aos critérios de exclusão, encontram-se os artigos que não respondam à pergunta de pesquisa, artigos que abordam outras faixas de idade, trabalhos de revisão sistemática/integrativa, teses e dissertações.

A incorporação da revisão de literatura modalidade revisão integrativa favoreceu a síntese e reflexão a partir de estudos prévios atuais, em que o compilado de informações e respectivo desenvolvimento, auxiliam de forma direta e positiva as práticas em saúde no âmbito da atenção primária, evidenciando a potencialidade de ações intersetoriais baseando-se na percepção de educar para prevenir.

2.2 Seleção dos Artigos para Análise

A princípio, considerando o total de artigos conforme as respectivas bases de dados, incluindo duplicação, houve um achado de 81 artigos. Destes, 43 pertenciam a LILACS; 03 ao IBECS e; 35 a BDENF. Considerando os critérios de exclusão já citados, um total de 57 artigos foram excluídos (38 não respondiam à pergunta de pesquisa e 19 eram duplicados). Quanto aos artigos incluídos neste estudo, 15 pertenciam a LILACS; 08 à BDENF e; 01 ao IBECS. Desta forma, a seleção final constou de 24 artigos para análise e posterior desenvolvimento.

Os artigos foram submetidos ao processo de fichamento, sendo agrupados em quadros que constavam as seguintes informações: Autor(es), ano de publicação, título, revista a qual foi publicado, informações sintetizadas com base nos estudos alusivos onde o objetivo, justificativa, resultados, discussão e considerações finais foram considerados, buscando, desta forma, extrair de maneira pertinente as informações capazes de responder à questão norteadora deste trabalho: “Como se dá a prática de educação em saúde em relação a sexualidade e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) junto aos estudantes adolescentes do ensino fundamental e médio?”.

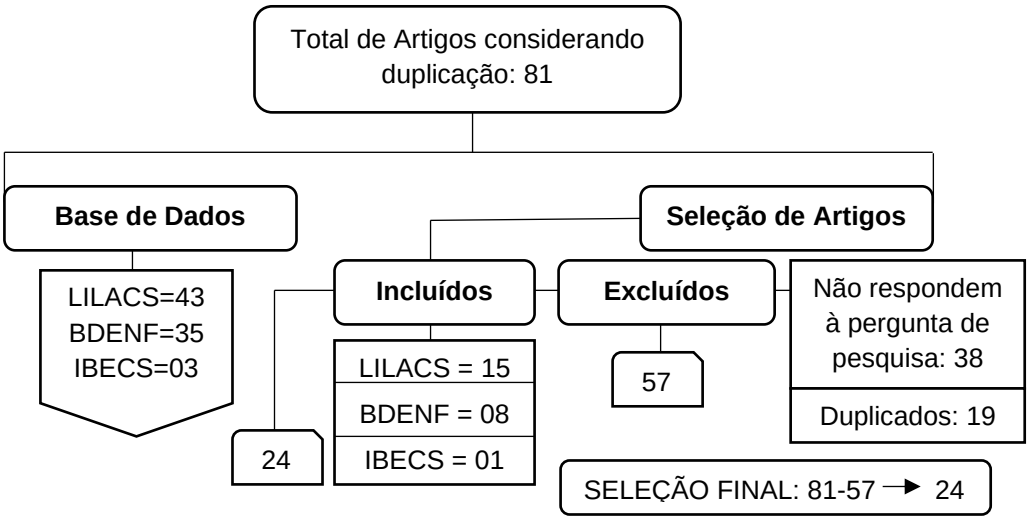


Fig. 1. Processo de seleção dos artigos utilizando as bases de dados LILACS, BDENF e IBECS, considerando as variáveis de exclusão referente ao período de 2015 a 2020.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.9-17

3. Resultados

Em relação à prática de educação em saúde sobre sexualidade e infecções sexualmente transmissíveis junto aos estudantes do ensino fundamental e médio, a análise dos artigos possibilitou o surgimento de três temáticas: estratégias de ensino aprendizagem, temas abordados e resultados obtidos. Nesse artigo, discorreremos sobre a segunda.

Portanto, os temas abordados puderam abranger tabus (Ataliba; Mourão, 2018; Santos et al., 2017), direitos sexuais e empoderamento, além de crenças relacionadas à sexualidade (Souza et al., 2017). Medidas contraceptivas e de prevenção às IST também foram tratadas com ênfase no uso de preservativo (Barbosa et al., 2019; Santos et al., 2019). Embora haja, atualmente, uma distinta e vasta quantidade de IST, apenas o HIV/AIDS foi mencionado de forma consistente pelos estudantes, além do fato de ser evidente a vulnerabilidade deles quanto a contraí-las, baseando-se em falas em que os adolescentes acreditam que conhecer seu respectivo parceiro poderia funcionar como um método de prevenção relacionado às infecções (Barbosa et al., 2019).

O uso de álcool e drogas pôde ser explorado juntamente aos alunos, sendo que muitos estudantes, em sua maioria do sexo feminino, relataram ter mantido relações sexuais sob efeito de bebidas alcoólicas e outras drogas (Miranda et al., 2018). Tal comportamento evidencia as vulnerabilidades relacionadas às questões comportamentais destes adolescentes, considerando que a prática sexual sob efeito de entorpecentes influencia direta e negativamente a não adesão aos métodos contraceptivos, como o preservativo, por exemplo, favorecendo a exposição às IST (Nobre et al. 2017; Salum; Monteiro, 2015.; Baldoino et al., 2018).

Para Moraes et al. (2019) o preservativo feminino pôde ser abordado com adolescentes mulheres, onde estas associaram palavras ao método contraceptivo baseando-se em suas respectivas vivências. Uma das dificuldades apontadas foi a modificação da aparência da vulva com o uso do preservativo feminino, onde tal estranheza pode estar vinculada a construção histórica e cultural de que a mulher e seu papel devem estar diretamente ligados ao prazer e objetificação sexual do homem, onde, neste caso, a “aparência” poderia causar perda do desejo/libido do parceiro durante a relação.

Embora tenha sido evidenciada tal estranheza com o método, este pôde ser reconhecido como estratégia para prevenção tanto de gravidez indesejada quanto de IST’s. Cabe considerar também que a mudança do termo Doença Sexualmente Transmissível (DST) para Infecção Sexualmente Transmissível (IST) não é discutido de maneira efetiva no âmbito escolar, considerando que, apesar de tal alteração ter ocorrido no ano de 2016, a maioria das estudantes utilizou o termo “DST” de forma equivocada, pelo fato de não compreender qual o sentido que motivou a adequação e alteração das siglas (Morales et al., 2019).

Além dos temas mencionados, medidas contraceptivas direcionadas a prevenção de gravidez na adolescência também foram discutidas (Silva et al., 2020; Ataliba; Mourão, 2018; Ferreira; Piazza; Souza, 2019; Miranda et al., 2018; Almeida et al., 2017; Nobre et al., 2017; Russo; Arreguy, 2015; Brasil; Cardoso; Silva, 2019; Baldoino et al., 2018).

Temas como a cultura do machismo, anatomia e fisiologia dos sistemas reprodutores masculino e feminino; Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs); gravidez na adolescência, relações e conflitos familiares, orientação sexual e identidade de gênero também puderam ser dialogados com os estudantes. Quanto às medidas contraceptivas, além dos preservativos feminino e masculino, os alunos foram orientados quanto aos contraceptivos hormonais orais, dispositivo intrauterino (DIU) etc, com intuito de propiciar o aprendizado e a conscientização quanto ao planejamento familiar. Quanto ao gênero, foi perceptível nas falas do público feminino, a desconstrução conservadora do papel da mulher na sociedade, ressaltando as posturas progressistas e falas empoderadas (Ferreira; Piazza; Souza, 2019).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.9-17

Considerando a iniciação sexual precoce e suas eventuais consequências relacionadas às vulnerabilidades quanto aos fatores de exposição pelo público adolescente, a primeira relação sexual também foi uma temática discutida (Silva et al., 2020; Miranda et al., 2018; Cordeiro et al., 2017). Partindo deste pressuposto, os adolescentes dialogaram também sobre quais são as fontes de informação buscadas com intuito de esclarecer suas dúvidas voltadas à sexualidade (Gondim et al., 2015; Cortez; Silva, 2017).

A temática IST foi predominante quanto aos assuntos explorados junto aos estudantes, considerando, segundo Angelim et al. (2016) e Souza et al. (2017) as vias de transmissão destas infecções. O termo DST foi alterado em 2016 para IST, considerando o fato de que as pessoas infectadas podem, em sua maioria, não apresentar quaisquer sintomas relacionados, apesar de transmitir as respectivas infecções. Considerando este fator, algumas propostas de intervenção utilizaram o termo antigo e popularmente mais conhecido “Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)” durante os encontros (Salum; Monteiro, 2015; Angelim et al., 2016; Ferreira; Piazza; Souza, 2019; Nobre et al., 2017).

Questões com ênfase na higiene pessoal e autocuidado também puderam ser dialogadas com os estudantes adolescentes, considerando a percepção da equipe pedagógica, que avaliou o tema como algo pertinente a ser discutido, além das dimensões sexuais (Salum; Monteiro, 2015).

4. Discussão

Embora professores e profissionais de saúde reconheçam a curiosidade do público adolescente em relação a sexualidade como algo positivo, facilitando o processo de educação sexual, há divergências quanto a elaboração de ações educativas, concomitantemente à implementação destas (Pinheiro et al., 2017).

Para esses autores, os setores educação e saúde reconhecem a relevância de estabelecer atividades conjuntas, de forma a garantir a integralidade ao público adolescente.

Os professores demonstram a percepção de que o setor saúde é “mais capacitado” para tais ações, devido a ideia equivocada de que há maior preparação ou capacitação quanto a abordagem das temáticas sexuais.

Para alguns profissionais de saúde, seu papel está limitado ao tratamento de queixas relacionadas às IST, por exemplo. Considerando as barreiras para implementação de ações educativas intersetoriais, cabe ressaltar que aspectos relacionados a proatividade, interesse e atitudes individuais por parte dos profissionais de ambos os setores, são determinantes para a implementação satisfatória de tais atividades.

No entanto, a proposta de implementar oficinas com enfoque na sexualidade e suas dimensões no ambiente escolar, apesar de aprovar, a maioria dos estudantes relata que não participaria de tal atividade, justificando sua decisão pelo fato de manter maior diálogo com amigos e por resistência dos pais/responsáveis (Vieira et al., 2021).

A família, muitas vezes, é a principal responsabilizada pela educação sexual dos adolescentes, embora alguns professores afirmem que o conhecimento dos familiares não seja suficiente e que muitas famílias demonstrem resistência quanto ao apoio à implementação de atividades didáticas voltadas à sexualidade (Pinheiro et al., 2017).

Quanto aos vieses envolvidos para a coleta de dados e investigação dos comportamentos sexuais dos estudantes, é possível que muitas respostas não se enquadrem a realidade, devido ao receio de que as informações relatadas pudessem ser, de alguma forma, acessada tanto pelos pais/responsáveis, quanto pelas autoridades da instituição de ensino. A alternativa para evitar tal viés é a orientação anteriormente ao início das dinâmicas ou entrevistas, assegurando sigilo das informações e anonimato dos participantes envolvidos (Ramos et al., 2018).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.9-17

Considerando as dificuldades relacionadas a abordagem de temáticas sexuais por parte de pais e professores, cabe ressaltar a ampliação desta quando se trata de um adolescente autista. Culturalmente, as pessoas aceitam e reproduzem a ideia de que o autista é assexuado, correlacionando-o a inocência, definindo uma relação de infantilização e negligência de seus desejos fisiológicos e inviabilizando o alcance de seus direitos sobre o próprio corpo. Os adolescentes autistas percebem uma espécie de barreira até mesmo no que se refere a abordar temáticas sexuais com filhos que não sejam autistas, em que a dificuldade é duplicada no público que vive com o espectro (Brilhante et al., 2021).

Segundo Miranda et al. (2018) os dados do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) em que entre 2004 e 2015, o número de novos casos de HIV/AIDS entre meninos e meninas da faixa etária entre 15 a 19 anos aumentou em 53%, mostra-se preocupante o número de adolescentes que não são adeptos a quaisquer métodos contraceptivos, em que eles alegam desnecessária a utilização do preservativo durante as relações sexuais.

É perceptível a maior adesão ao preservativo masculino como forma de contracepção, seguida pelos contraceptivos orais, contracepção de emergência, coito interrompido, calendário e preservativo feminino. O contraceptivo oral, muitas vezes é interpretado como estratégia de prevenção de IST pelos adolescentes, principalmente pelo público masculino, em que este relata não ser necessário utilizar preservativo em todas as relações sexuais (Vieira et al., 2021).

Esses autores também explicitam que embora as meninas possam demonstrar maior conhecimento em relação aos métodos contraceptivos e sua oferta, além da função protetiva quanto a gravidez indesejada e IST, suas práticas sexuais não são condizentes com suas falas, considerando o fato de que os métodos contraceptivos mais utilizados, na prática, sejam os contraceptivos orais e contracepção de emergência, com baixa adesão aos preservativos.

Desta forma, considerando a iniciação sexual precoce de ambos os sexos (média de 14 anos), vale ressaltar o fato de que o conhecimento apropriado associado a práticas condizentes, visando evitar gravidez indesejada e/ou IST, mostra-se crucial quanto a garantia do bem-estar e conservação da saúde dos adolescentes (Vieira et al., 2021).

No Brasil, estudos envolvendo estratégias de educação em saúde foram publicados a partir do ano de 2007, embora nenhum destes, com base na busca na plataforma Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), abordou questões direcionadas às temáticas de sexualidade ou Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) (Brasil, 2007).

Considerando a instauração do PSE a partir do ano de 2007, os estudos envolvendo práticas de educação em saúde no Brasil demonstram aumento gradativo até então. No entanto, é perceptível a escassez de pesquisas que enfatizem o PSE especificamente, além de atividades que envolvam a intersetorialidade entre saúde e educação, enfatizando temáticas que, ainda hoje, são consideradas tabus por diversas esferas (Brasil, 2009).

Analisando as queixas de despreparo ou ausência de capacitação, associadas à insegurança por parte dos profissionais (professores), é válido considerar a criação de espaços oportunos para discussão permanente da temática sexualidade entre os setores saúde e educação, principalmente no âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE) (Pinheiro et al., 2017).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.9-17

5. Conclusões

A revisão integrativa na perspectiva da abordagem qualitativa demonstra ser efetiva, pois revela os conteúdos abordados, suas potencialidades e desafios na educação em saúde em relação a sexualidade e IST. Portanto, a investigação possibilita que professores e trabalhadores de saúde, reflitam e reconstruam essa prática em direção a integralidade do cuidado.

Assim, vale ressaltar que por meio de educação em saúde na escola, promovida por profissionais dos setores da saúde e educação, há construção de vínculo entre o público adolescente e esses, possibilitando, desta forma, que os estudantes reflitam de maneira crítica e reflexiva quanto ao autocuidado.

6. Referências

Almeida, R. A. A. S., Corrêa, R. G. C. F., Rolim, I. L. T. V., Hora, J. M., Linard, A. G., *Coutinho, N. P. S., Oliveira, P. S. (2017).* Conhecimento de adolescentes relacionados às doenças sexualmente transmissíveis e gravidez. *Revista Brasileira de Enfermagem, 70(5),1033-1039.*

Ataliba, Patrick, & Mourão, Luciana. (2018). Avaliação de impacto do Programa Saúde nas Escolas. *Psicologia Escolar e Educacional*, 22(1), 27-35. https://doi.org/10.1590/2175-35392018011566

Barbosa, L. U., Machado, R. S., Pereira, J. C. N., Lima, A. G. T., Costa, S. S., Folmer, V. (2019). Percepción de adolescentes sobre sexualidad y salud reproductiva: la escuela como espacio para la educación sexual. *Cultura de los Cuidados*, 23(55), 25-34.

Brasil, M. E., Cardoso, F. B., & Silva, L. M. (2019). Conhecimento de escolares sobre infecções sexualmente transmissíveis e métodos contraceptivos. *Revista de Enfermagem* UFPE online, 3,1-8.

Brasil, Ministério da Saúde. Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. (2017) Departamento passa a utilizar nomenclatura "IST" no lugar de "DST". Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/departamento-passa-utilizar-nomenclatura-ist-no-lugar-de-dst.

Brasil. Presidência da República. Decreto nº 6.286. (2007, 5 de dezembro). Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, seção 1.

Brilhante, A. V. M., Filgueira, L. M. A., Lopes, S. V. M. U., Vilar, N. B. S., Nóbrega, L. R. M., Pouchain, A. J. M. V., & Sucupira, L. C. G. (2021). “Eu não sou um anjo azul”: a sexualidade na perspectiva de adolescentes autistas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(2), 417-423. Epub February 12, 2021.https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40792020

Camargo, E. Á. I., & Ferrari, R. A. P. (2009). Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3), 937-946.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. (2018). Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica. (2ª ed.) Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger_cuidar_adolescentes_atencao_basica_2ed.pdf.

Miranda, P. S, F., Aquino, J. M. G., Monteiro, Ri. M. P. C., Dixe, M. A. C. R., Luz, A. M. B., Moleiro, P. (2018). Comportamentos sexuais: estudo em jovens. *Einstein (São Paulo)*, 16(3), eAO4265.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.9-17

Moraes, Alexia Aline da Silva, Suto, Cleuma Sueli Santos, Oliveira, Ester Mascarenhas, Paiva, Mirian Santos, Ferreira, Cláudia Suely Barreto, & Barreto, Marizete Alves da Silva de Amorim. (2019). O olhar de alunas de escola pública sobre o preservativo feminino. *Revista Gaúcha de Enfermagem,* 40, e20180277. Epub July 29, 2019.https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180277

Pinheiro, A. S., Silva, L. R. G., & Tourinho, M. B. A. C. (2017). A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A ESCOLA NA EDUCAÇÃO SEXUAL: UMA PERSPECTIVA DE INTERSETORIALIDADE. *Trabalho, Educação e Saúde*, 15(3), 803-822. https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00084

Ramos, L. A. S., Pereira, E. S., Lopes, K. F. A. L., Filho, A. C. A. A., Lopes, N. C. (2018). Uso de métodos anticoncepcionais por mulheres adolescentes de escola pública. Cogitare Enfermagem, Curitiba, v. 23, n. 3, p. e55230.

Vieira, K. J., Barbosa, N. G., Dionízio, L. A., Santarato, N., Monteiro, J. C. S., & Gomes-Sponholz, F. A. (2021). Início da atividade sexual e sexo protegido em adolescentes. *Escola Anna Nery, 25(3), e20200066*. Epub Fevereiro 12, 2021. https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0066

Von Rosen, F. T. , Von Rosen, J. A., Riemenschneider, F. M., Damberg, I., Tinnemann, P. (2018). STI Knowledge in Berlin Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health,* 15(1), 110.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.9-17

Grupo focal com residentes multiprofissionais no contexto da pandemia COVID-19: Relato de experiência

Nádia Cristina Cardoni[1], Mara Quaglio Chirelli[1] e Danielle Abdel Massih Pio[1]

[1] Faculdade de Medicina de Marília, Brasil | nadia_cardoni@hotmail.com; marachirelli@gmail.com; danimassihpio@hotmail.com | https://orcid.org/0000-0003-1381-9421; https://orcid.org/0000-0002-7417-4439; https://orcid.org/0000-0003-0738-4601

Resumo: Introdução: Em dezembro de 2019, os primeiros casos relatados da ocorrência da SARS-CoV-2, nome da síndrome respiratória ocasionada pelo novo coronavírus, foram inicialmente detectadas em Wuhan, capital da província da China Central. Com comportamento errático e de fácil disseminação fez com que a Organização Mundial de Saúde (OMS), elevasse a doença ao *status* de Pandemia. Sendo necessário a adoção de uma série de medidas preventivas, como o distanciamento social. O isolamento social, fez escolas, faculdades e universidades brasileiras interrompesse suas atividades, assim, tornaram-se necessárias estratégias para a manutenção das atividades de ensino e pesquisa, destacando-se a substituição das atividades presencias de ensino por remotas. Neste sentido, todos os processos de investigações científicas nas universidades foram impactados pela pandemia. Portanto, dentro das abordagens qualitativas, as estratégias de coleta de dados, dentre essas o uso do grupo focal (GF), também necessitou de adaptações. **Objetivo:** O objetivo do estudo foi relatar a estratégia de coleta de dados por meio de GF *online* no contexto da pandemia pela COVID-19. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência sobre o uso do GF na coleta de dados, considerando a situação pandêmica pela COVID-19 realizada a partir da investigação de ações desenvolvidas pelos Programas de Residência Integrada Multiprofissional (RIMS) em Saúde Coletiva e Saúde Mental em município da região centro-oeste do estado de São Paulo, Brasil, durante o período de novembro a dezembro de 2020. **Resultados:** A técnica de GF surge como uma abordagem qualitativa de coleta de dados e uma estratégia de ponte para a pesquisa científica e o conhecimento local. **Conclusão:** Conclui-se, portanto, que a realização do GF na modalidade *online* pode sim ser considerada como uma ferramenta alternativa em cenários de pandemia como os vivenciados atualmente, que resultam na impossibilidade ou redução de se realizar reuniões presenciais.

Palavras-chave: Pandemias; Aprendizagem Ativa; Pesquisa Qualitativa; Grupos Focais.

Focus Group with Multiprofessional Residents in the Context of the Pandemic COVID-19: Experience Report

Abstract: Introduction: In December 2019, the first reported cases of the occurrence of SARS-CoV-2, the name of the respiratory syndrome caused by the new coronavírus, were initially detected in Wuhan, capital of the province of Central China. With erratic behavior and easy dissemination, the World Health Organization (WHO) raised the diasease to Pandemic status. It is necessary to adopt a series of preventive measures, such a social detachment. Social isolation, made Brazilian schools, colleges and universities interrupted their activities, thus, strategies became necessary for the maintenance of teaching and research activities, highlighting the substituion of presential teaching activities for remote ones. In this sense, all scientific research processes at universities were impacted by the pandemic. Therefore, within qualitative approaches, data collection strategies, including the use of the focus group (FG), also needed adptations. **Goals** The objective of the study was to report the data collection strategy through online FG in the context of the pandemic by COVID-19. **Methods** This is a descriptive study of the type of experience report on the use of FG in data collection, considering the pandemic situation by COVID-19 carried out thought the investigation of actions developed by the Multiprofessional Integrated Residency Programs (RIMS) in Public Health and Mental Health in municipality in the midwest region of the state of São Paulo, Brazil, from November to December 2020. **Results** The FG technique emerges as a qualitative approach to data collection and a bridge strategy for scientific research and local Knowledge. **Conclusion** It concluded, therefore, that the realization of the FG in the online modality can indeed be considered as alternative tool in pandemic scenarios such as those currently experienced, which result in the impossibility or reduction of holding face-to-face meeting.

Keywords: Pandemics; Active Learning; Qualitative Research; Focus Groups.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.18-25

1. Introdução

Em dezembro de 2019, as autoridades sanitárias chinesas informaram à Organização Mundial da Saúde (OMS) a ocorrência de casos de síndrome respiratória aguda grave, com etiologia microbiana desconhecida, na cidade de Wuham, capital da província da China Central. Poucos dias depois, um novo coronavírus foi detectado e a nova doença recebeu o nome oficial de COVID-19 (Souto & Travassos, 2020); (Hammerschmidt, Bonatelli, & Carvalho, 2020).

Com comportamento errático e de fácil disseminação e com o aumento do número de casos, rapidamente caracterizou a infecção como um surto, de modo que, no início de março fez com que a OMS, elevasse a doença ao *status* de Pandemia (Oliveira, Lucas, & Iquiapaza, 2020).

No Brasil, o primeiro caso foi confirmado em 26 de fevereiro de 2020, e a primeira morte em 17 de março do mesmo ano (Barbosa Júnior et al., 2020). Em 20 de março, o país reconheceu a ocorrência de transmissão comunitária da doença, e a partir de então, medidas de isolamento social para toda população foram recomendadas pelo Ministério da Saúde (MS) (Lucena et al., 2020).

Os sintomas clínicos mais comuns são febre alta, mal-estar, tosse e dificuldades respiratórias, a afetação bilateral dos pulmões é o resultado mais encontrado nas imagens de tomografia computadorizada nos pacientes infectados. (Schmidt, Crepaldi, Bolze, Neiva-Silva, & Demenech, 2020).

Em função disso, países então adotando uma série de medidas preventivas, por exemplo, o distanciamento social, uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) a limitação ou interrupção de voos internacionais, a fim de conter a disseminação do vírus (Barbosa Júnior et al., 2020). E, mais recentemente o uso da vacina em caráter emergencial (Quintella, da Mata, Ghesti, & Tavares, 2020).

Neste sentido, o uso do isolamento social, como forma de atenuar a disseminação e evitar o colapso dos sistemas, modificou vários setores (Barbosa Júnior et al., 2020), fez escolas, faculdades e universidades brasileiras interrompesse suas atividades, assim, tornaram-se necessárias estratégias para a manutenção das atividades de ensino e pesquisa, destacando-se a substituição das atividades presencias de ensino pelo uso das Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) (Barbosa Júnior et al., 2020); (Souto & Travassos, 2020); (Hammerschmidt et al., 2020). As atividades para alguns segmentos, como o da pós-graduação modalidade formação em residência multiprofissional em saúde, se mantiveram presenciais, uma vez que puderam permanecer nos cenários de prática profissional tendo os devidos cuidados de acordo com os protocolos recomendados, tendo mudanças de locais e tipos de atividades ao longo do período de pandemia.

Sendo assim, todos os processos de investigações científicas nas universidades foram impactados pela pandemia, no que diz respeito as pesquisas qualitativas, esse processo de transformação também ocorreu. A pesquisa qualitativa que tem como objetivo responder a questões muito particulares, dessa forma, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações utilizando como matéria a experiência humana (Minayo, Deslandes, & Gomes, 2011).

Os pesquisadores também tiveram que reconstruir suas estratégias de investigação, uma vez que a situação de pandemia exige ações de proteção com relação ao vírus com distanciamento social e medidas de biossegurança. Portanto, dentro das abordagens qualitativas, as estratégias de coleta de dados, dentre essas o uso do grupo focal (GF), também necessitou de adaptações para que pudesse ser desenvolvido. A partir da experiência vivenciada os pesquisadores questionam se a forma de coleta de dados por meio do GF *online* poderia ou não ter interferido ou contribuído na investigação em curso. Dessa forma, foi proposta a reflexão a partir do relato da experiência para captar os possíveis desafios e potencialidades, podendo contribuir com novas estratégias de coleta de dados.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.18-25

1.1 O Grupo Focal como Estratégia de Coleta de Dados na Pesquisa Qualitativa

O GF é considerado uma técnica de coleta de dados especifico das pesquisas qualitativas, por proporcionar a interação entre os participantes e o pesquisador para a produção de dados, a partir de discussões focadas em tópicos norteadores (Busanello et al., 2013). Uma pesquisa que utiliza o GF busca desenvolver a compreensão do grupo participante, do seu próprio ponto de vista. Geralmente, o grupo é composto por quatro a oito participantes, o pesquisador e observador. Desta forma, os participantes são selecionados por apresentarem algumas caraterísticas em comum que estão associados ao contexto que está sendo pesquisado (Busanello et al., 2013).

As entrevistas têm duração em média de uma hora e meia. A coleta de dados por GF tem como uma de suas maiores riquezas basear-se na tendência humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos e está técnica vem sendo aplicado em estudos diagnósticos de problemas educativos em saúde, e em estudos avaliativos de programas de saúde (Ressel et al., 2008).

Tendo em vista que a técnica por meio de grupo focal, por suas próprias caraterísticas, deve ser realizada por composição de grupos modestos, as discussões são grupais, devendo ser fomentadas por uma série de perguntas abertas, estimulantes para explorar a temática e ocorrer em um ambiente agradável e confortável para os participantes.

2. Objetivo

Relatar a estratégia de coleta de dados por meio de grupo focal *online* no contexto da pandemia pela COVID-19.

3. Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência sobre o uso do grupo focal na coleta de dados, considerando a situação pandêmica pela COVID-19.

Foi conduzida uma pesquisa qualitativa, do tipo exploratória, realizada a partir da investigação de ações desenvolvidas pelos Programas de Residência Integrada Multiprofissional (RIMS) em Saúde Coletiva e Saúde Mental em município da região centro-oeste do estado de São Paulo, Brasil, durante o período de novembro a dezembro de 2020.

De forma geral, os programas de residências estão envolvidos na proposta de uma formação de qualidade, comprometidos com a mudança em se produzir saúde, com a superação da dicotomia teoria e prática e a capacidade da formação em serviço possibilitar, por meio da presença das universidades nas unidades de saúde, a transformação dos serviços (Mueller, 2018). Portanto, deve se priorizar o crescimento profissional e institucional, envolvendo técnicos e gestores na atenção, na formação e no controle social (Rocha & Lucena, 2018); (Mueller, 2018).

Neste contexto, o relato de caso deste estudo foi extraído do cotidiano profissional dos residentes mediante suas experiências adquirida durante a pandemia da COVID-19 bem como suas vivências associadas com os desafios e as incertezas neste momento. Os dados aqui relatados traduzem a vivência presencial, observações e discussões entre os residentes nos mais diversos cenários na atenção primária e secundária onde são desenvolvidas suas atividades de trabalho (Rodrigues & da Silva, 2020), na perspectiva de encontrar novas ideias, para possibilitar um progresso intelectual e mostrar novos problemas e soluções (Kienle & Kiene, 2011).

Portanto, será apresentada a descrição de como utilizou-se a técnica do GF nessa situação de investigação e, posteriormente, será construída reflexão sobre a experiência.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.18-25

3.1 Relato de Experiência

Os dados da pesquisa foram obtidos por intermédio da técnica do GF *online*, por meio de plataforma digital *Google Meet*. Portanto, as entrevistas *online* tiveram duração em média de uma hora e meia, e a dinâmica grupal, foi conduzida por um pesquisador que desenvolveu as atividades com roteiro de questões disparadoras e por outro pesquisador que realizou a observação.

Para a seleção e organização do GF *online*, foi imprescindível ter claro os critérios de inclusão dos participantes na pesquisa, sendo esses: ser residente que ingressou nos anos de 2019 e 2020 nos dois programas de RIMS Saúde Coletiva e Saúde Mental, ou seja, residentes do 2º ano (R2) e residentes do 1º ano (R1), respectivamente, e ter pelo menos seis meses de vivência na metodologia de ensino-aprendizagem e trabalho. O critério de exclusão foi estar em afastamento das suas atividades por motivos médicos ou férias.

Todos os residentes R1 e R2 da Saúde Coletiva e Saúde Mental foram convidados a participar da pesquisa, sendo separados em três grupos, dois grupos de R1 composto por seis residentes da RIMS Saúde Coletiva (G1) e cinco da RIMS Saúde Mental (G2), ingressos no ano de 2020 e outro grupo composto por R2 em um total de três residentes da RIMS Saúde Coletiva e três da Saúde Mental (G3) ingressos em 2019.

A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de ensino, sendo aprovada pelo parecer n.4.386.937/2020, tendo como objetivo geral analisar as dimensões do cuidado e da formação na atuação dos residentes no contexto dos Programas de Residência Multiprofissional de Marília/SP, na perspectiva de residentes, preceptores e tutores, durante a pandemia da COVID-19 na atenção primária e secundária a saúde.

Inicialmente, o pesquisador fez contato com os coordenadores dos Programas de RIMS, explicando o objetivo da pesquisa e solicitando o contato dos participantes da pesquisa. A partir dos contatos, fez convite para os residentes R1 e R2 utilizando aplicativo de mensagens para pactuar datas e horários em comum a todos. Foi enviada também aos residentes uma carta-convite a qual constava os esclarecimentos sobre os objetivos, duração dos encontros e desenvolvimento da pesquisa. Além do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) *online* pelo *Google Forms* que após confirmação por parte dos participantes, era agendado o período e horário do encontro para a coleta de dados.

Realizou-se teste piloto para análise e verificação de necessidades de ajustes no instrumento de coleta de dados com os residentes de outro programa, RIMS da clínico-cirúrgica R1, que não participaria da investigação, mas que também tem vivenciado o contexto da pandemia.

Durante essa atividade piloto identificou-se que seria necessário uso de gravação por duas pessoas (pesquisador e observador) para que pudesse garantir a gravação, caso houvesse interrupção da chamada. Foram necessários ajustes na estrutura de duas questões norteadoras para melhor direcionamento durante a dinâmica do grupo *online.* Também foi pactuado previamente com o observador que sinalizasse ao pesquisador qualquer movimento, dúvidas no *chat* ou interrupção não percebida pelo mesmo.

Para a realização dos GF online, construiu-se um roteiro norteador da coleta de dados com três momentos: (a) apresentação dos participantes, uma breve explicação sobre a proposta da pesquisa, esclarecimentos sobre as dúvidas e confirmação do envio do TCLE online; (b) perguntas disparadoras focalizando as perspectivas dos residentes a acerca do problema da atuação e formação no contexto de pandemia; (c) finalização com oportunidade para alguma colocação final que possa não ter sido mencionada anteriormente e encerrava-se com agradecimentos finais aos participantes.

Nos três encontros com grupos diferentes, à medida que os residentes expressavam seus sentimentos, falas e concepções ficava evidente que as argumentações e desenvolvimento das discussões aconteciam naturalmente. Foi possível constatar a promoção de debate de forma criativa, alegre e sem desaprovações ou críticas.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.18-25

Entretanto, no decorrer da realização dos grupos focais na modalidade *online,* foi possível observar algumas potencialidades e desafios que serão descritas no quadro 1. Por ser um ambiente virtual, o mesmo apresenta suas próprias particularidades, ou seja, neste contexto, houve favorecimento de alguns questões, como: tempo de fala dos participantes permitindo aos mesmos realizar suas reflexões sem interrupções, obstáculo comum nos grupos focais presenciais, outra questão de bastante evidência foi a interação e envolvimento do grupo quando um dos participantes tinha o sinal de internet interrompido, o grupo se mobiliza em prol do retorno do participante fato que corrobora a aproximação do grupo com uso deste tipo de tecnologia.

A experiência prévia dos participantes com reuniões *online* desde o início da pandemia também favoreceu o contexto da coleta de dados, uma vez que as habilidades para essa forma de participação, requer alguma prática quanto ao processo de comunicação, com percepção e favorecimento das falas de todos, sem sobreposição de falas. Todos conseguiram se expressar de forma clara, com encadeamento de ideias entre os participantes, tendo facilidade em se expor e apresentar os conteúdos abordados, proporcionando reflexões sobre os disparadores sem muitas interferências do coordenador, de forma que não houve momentos de silêncio ou dificuldades de expor as ideias, tendo respeito pela diversidade de opiniões.

Por outro lado, com relação aos desafios, ficou evidente a dificuldade do pesquisador em atentar-se a todos os movimentos que ocorriam durante os encontros, as comunicações verbais e não verbais ficaram mais difíceis de serem percebidas.

Todos esses processos apontados de potencialidades e desafios podem ser melhor explorados e vivenciados como possibilidades para novas pesquisas que exijam o mesmo formato, como em momentos de ocorrência de pandemias e também em perspectivas de novas formas de utilização da técnica.

Quadro 1. Potencialidades e desafios na realização do grupo focal *online*, 2021.

Potencialidades	Desafios
Conveniência de agendamento	Manter a atividade sem interrupção do sinal *de internet* para dar continuidade as falas/dinâmica
Experiência prévia dos participantes da coleta de dados com atividade em grupo online	Observador fica limitado a posturas e gestos apresentados na delimitação do video
Uso prévio de metodologias ativas auxiliou no envolvimento e iniciativa dos participantes durante a atividade	Sinal *de internet ruim* interrompendo e atrasando o início e a participação durante a atividade
Menor inibição para discorrer sobre a temática	Solicitação de que camera do computador dos participantes sempre ficasse aberta

Fonte: dados da pesquisa.

4. Reflexões sobre a Estratégia de Coleta de Dados

Com o novo cenário imposto pela pandemia, os residentes da SC e SM que estavam inseridos na rede de atenção primária e secundária do município de Marília/SP, foram realocados para outros serviços, evitando o contato direto com os pacientes suspeitos e confirmados pela COVID-19. Por conta dessas medidas e, principalmente, pelo uso do isolamento social, fez com que a coleta de dados das pesquisas qualitativas, por meio de grupo focal presencial, fosse conduzidas para plataformas digitais como uma forma de diminuir riscos de contato e transmissão do vírus.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.18-25

A técnia de grupo focal surge como uma aborgadem qualitativa de coleta de dados e uma estratégia de ponte para a pesquisa científica e o conhecimento local, sendo amplamente usada na pesquisa de conversação.

O método, portanto, tem maior popularidade surgindo da pesquisa participativa nas ciências sociais acadêmicas durante a década de 1980 (Nyumba, Wilson, Derrick, & Mukherjee, 2018).

Ainda neste sentido, a discussão do grupo focal consiste em quatro etapas principais, as quais incluem desenho de pesquisa, coleta de dados, análise e relato de resultados (Nyumba et al., 2018). Assim, o processo começa com a identificação do objetivo e a definição dos objetivos-chave de pesquisa do estudo, identificação dos participantes, composição do grupo, a qual dependerá do objetivo principal da pesquisa, elaboração das questões norteadoras compostas de perguntas abertas destinadas a capturar as experiências em profundidade dos entrevistados, produção de dados qualitativos e observacionais e os resultados o pesquisador precisa consolidar em um relatório coerente para divulgação (Rosenthal, 2016).

Em decorrência da dinâmica e configuração dos programas de residências e do cenário atual de pandemia, realizou-se apenas um encontro por categoria (R1 e R2) e programa, pois independentemente do número de reuniões o importante é considerar o tempo de duração, sendo assim, nossos encontros tiveram duração em médica de uma hora e meia, evitando possível fadiga por parte dos participantes.

Inicialmente, pensou-se em agrupar os residentes do primeiro e segundo ano de atividades. No entanto, percebeu-se que um número maior que oito participantes no formato *online* interfere na qualidade do conteúdo apresentado pelos integrantes do grupo, aumentando o tempo de realização da atividade e número de oportunidades para cada um poder se sentir à vontade em participar sem interromper o outro e abordar todos os aspectos propostos no roteiro da atividade. Com isso, a partir do primeiro encontro, com os R2 do programa RIMS Saúde Coletiva e Saúde Mental, optou-se por separar em dois grupos, sendo um composto por R1 da Saúde Coletiva e outro por R1 da Saúde Mental, para a coleta de dados, o que proporcionou maior participação e profundidade dos conteúdos.

Todos os encontros foram mediados pelo pesquisador e um observador. Assim, durante os encontros o pesquisador assume um papel de “facilitador” ou de “moderador” no decorrer das discussões, ao contrário de uma entrevista que o pesquisador adota um papel mais periférico, em vez de central, como em uma discussão de grupo focal (Rosenthal, 2016).

No caso do coordenador, mas também do observador, a experiência prévia com trabalho em grupo mostra-se importante, uma vez que a condução da atividade pode conter desafios para que os participantes, caso não tenham experiência de trabalho em grupo e uso da ferramenta *online*, fique prejudicada ou dificultada pelas interferências durante o desenvolvimento da atividade.

Com relação ao observador o mesmo tem papel de captar as interações não verbais e o impacto da dinâmica do grupo e documentar o conteúdo geral da discussão, complementando assim os dados (Rosenthal, 2016). Neste aspecto, a coleta de dados durante a discussão pode ser documentada pela gravação de áudio, bem como o observador conseguiu realizar anotações sobre as atitudes dos participantes, mesmo sendo online, tendo aspectos das reações deles que vão auxiliar na análise dos dados.

No entanto, cada método apresenta diferentes vantagens e desvantagens, nas quais os pesquisadores devem considerar questões específicas do contexto ao selecionar um método de coleta de dados (Rosenthal, 2016). Uma das hipóteses para o bom andamento da coleta de dados com os residentes foi que os programas de residência trabalham com metodologias ativas e isso já proporciona o protagonismo dos participantes, sustentando os objetivos da pesquisa em questão.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.18-25

A abordagem da formação profissional com métodos ativos promove um estudante proativo, responsável e independente, além do desenvolvimento dos aspectos atitudinais/afetivos. A superação das fragilidades também são trabalhadas por meio dos movimentos do processo ensino-aprendizagem.

O método ativo de ensino-aprendizagem promove a constituição da prática reflexiva e constituição do pensamento crítico acerca do que o estudante vivencia no cotidiano dos cenários de prática professional (Sobral & Campos, 2012).

Dessa forma, foi percebido que os participantes conseguiram também ter um desempenho proativo e crítico durante a atividade de coleta de dados, podendo ser devido ao acúmulo dessas capacidades ao longo de sua formação, o que pode ter favorecido os movimentos propostos na estratégia de GF *online,* uma vez que a pouca habilidade no trabalho em grupo poderia ser um limitante frente a todo o contexto da atividade *online.* Essa poderia ser uma situação a ser melhor investigada com profundidade para futuras abordagens.

5. Conclusões

Conclui-se, portanto, que a realização do grupo focal na modalidade *online* pode sim ser considerada como uma ferramenta alternativa em cenários de pandemia como os vivenciados atualmente, que resultam na impossibilidade ou redução de se realizar reuniões presenciais, provocando aglomerações, que não são recomendadas pelos protocolos de prevenção e redução da transmissão do virus.

A realização de GF *online* proporciona uma continuidade das pesquisas qualitativas já em andamento ou em futuros projetos, evitando maiores impactos em seus desenvolvimentos até o retorno das atividades presenciais em condições mais seguras.

Entretanto, devemos considerar que o ambiente virtual tem suas particularidades, como imprevisto com a rede de internet acessada, dificuldades de grupos especificos com esse tipo de tecnologia e dificuldade por parte do pesquisador e observador com a habilidade do uso das ferramentas digitais nas plataformas, necessitando de formação anterior ao início das atividades de coleta de dados.

Outro aspecto a ser observado é o acúmulo de experiência do coordenador e observador com o trabalho em grupo, o que já pode ter interferencia no GF presencial, potencializando os problemas no formato online na condução e na leitura corporal e em todos os movimentos ocorridos durante a dinâmica grupal.

Neste sentido, a composição do grupo focal e uso deste tipo de método deve ser cuidadosamente considerada pelos pesquisadores, pois pode ou não favorecer o andamento da coleta de dados. Contudo, nossa experiência neste aspecto foi bastante produtiva justificada posssivelmente pela aproximção dos residentes como a abordagem em grupo.

Assim, inclui-se mais uma possibilidade de coleta de dados para a realização de pesquisas qualitativas não presenciais, todavia devemos considerar a necessidade de novos e futuros estudos nesta modalidade para compor maiores afirmações e considerações.

6. Referências

Barbosa Júnior, L. B., Gama, I. C. S., de Oliveira, B. F., Pessalacia, J. D. R., Martins, T. C. R., & Santos, E. M. (2020). Uso de tecnologias na formação interprofissional de acadêmicos de Medicina durante a pandemia de COVID-19. *Research, Society and Development, 9*(11), e2179119594.

Busanello, J., Lunardi Filho, W. D., da Costa Kerber, N. P., Santos, S. S. C., Lunardi, V. L., & Pohlmann, F. C. (2013). Grupo focal como técnica de coleta de dados. *Cogitare Enfermagem, 18*(2), 358-364.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.18-25

Hammerschmidt, K. S. A., Bonatelli, L. C. S., & Carvalho, A. A. (2020). Caminho da esperança nas relações envolvendo os idosos: olhar da complexidade sobre pandemia da COVID-19. *Texto & Contexto-Enfermagem, 29*. e20200132.

Kienle, G. S., & Kiene, H. (2011). Como escrever um relato de caso. *Arte Med Ampl, 31*(2), 34-37.

Lucena, E. H. G., Freire, A. R., Freire, D. E. W. G., Araújo, E. C. F., Lira, G. N., Brito, A. C. M., Padilha, W. W. N., & Cavalcanti, Y. W. (2020). Offer and Use of Oral Health in Primary Care Before and After the Beginning of the COVID-19 Pandemic in Brazil. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, *20*(Supl. 1), e0139.

Minayo, M. C. S., Deslandes, S. F., & Gomes, R. (2011). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*: Editora Vozes Limitada.

Mueller, V. (2018). O papel das Residências em Saúde na qualificação e expansão da Atenção Primária: saberes e impressões na perspectiva do usuário. (dissertação mestrado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: http://152.92.4.120:8080/browse?type=author&value=Mueller%2C+Vanessa

Nyumba, T. O., Wilson, K., Derrick, C. J., & Mukherjee, N. (2018). The use of focus group discussion methodology: Insights from two decades of application in conservation. *Methods in Ecology and evolution, 9*(1), 20-32.

Oliveira, A. C., Lucas, T. C., & Iquiapaza, R. A. (2020). O que a pandemia da covid-19 tem nos ensinado sobre adoção de medidas de precaução? *Texto & Contexto-Enfermagem, 29*, e20200106.

Quintella, C. M., Mata, A. M. T., Ghesti, G. F., & Tavares, P. M. d. A. L. (2020). Vacinas para Coronavírus (COVID-19; SARS-COV-2): mapeamento preliminar de artigos, patentes, testes clínicos e mercado. *Cadernos de Prospecção, 13*(1), 3.

Ressel, L. B., Beck, C. L. C., Gualda, D. M. R., Hoffmann, I. C., Silva, R. M., & Sehnem, G. D. (2008). O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. *Texto & Contexto-Enfermagem, 17*(4), 779-786.

Rocha, E. N., & Lucena, A. F. (2018). Projeto Terapêutico Singular e Processo de Enfermagem em uma perspectiva de cuidado interdisciplinar. *Revista Gaúcha de Enfermagem, 39*, e2017-0057.

Rodrigues, N. H., & Silva, L. G. A. (2020). Gestão da pandemia coronavírus em um hospital: relato de experiência profissional. *Journal of Nursing and Health, 10*(n. esp.), e20104004.

Rosenthal, M. (2016). Qualitative research methods: Why, when, and how to conduct interviews and focus groups in pharmacy research. *Currents in pharmacy teaching and learning, 8*(4), 509-516.

Schmidt, B., Crepaldi, M. A., Bolze, S. D. A., Neiva-Silva, L., & Demenech, L. M. (2020). Saúde Mental e Intervenções Psicológicas Diante da Pandemia do Novo Coronavírus (COVID-19). *Estudos de Psicologia (Campinas)*, *37*, e200063.

Sobral, F. R., & Campos, C. J. G. (2012). Utilização de metodologia ativa no ensino e assistência de enfermagem na produção nacional: revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 46*(1), 208-218.

Souto, L. R. F., & Travassos, C. (2020). Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19: construindo uma autoridade sanitária democrática. Editorial. *Saúde em Debate*, 44 (126), 587-589.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.18-25

Covid-19, confinamento e teletrabalho: Estudo qualitativo do impacto e adaptação psicológica em dois estados de emergência

Mónica Pires[1], Carlos Fonseca[2], Raquel João[2] e Maria Santos[2]

[1] Centro de Investigação em Psicologia - Universidade Autónoma de Lisboa, Portugal | mpires@autonoma.pt | https://orcid.org/0000-0002-4616-5463

[2] Universidade Autónoma de Lisboa, Portugal | 20160461@students.ual.pt; 20160308@students.ual.pt; 20160259@students.ual.pt | https://orcid.org/0000-0000-0000-0000; https://orcid.org/0000-0003-4958-7423; https://orcid.org/0000-0002-2239-9353

Resumo: Introdução Desde o primeiro caso de Sars-Cov-2 reportado, os estudos realizados, indicam o impacto negativo na saúde mental, com níveis elevados de medo, ansiedade e sintomas depressivos. Em Portugal, a percentagem de morbilidade mental é elevada. Ter baixo rendimento económico, ser jovens e mulher aumenta o risco de vulnerabilidade psicossocial. Poucos estudos focam as vivências subjetivas e os processos de adaptação em diferentes fases da pandemia; **Objetivos** Aceder ao impacto psicológico do confinamento devido à COVID-19 e processo de adaptação na I e III Fases da pandemia (Abril/2020-Janeiro/2021) mediante a realização online de entrevistas semiestruturadas**; Métodos** As entrevistas de dez portugueses em teletrabalho foram gravadas, transcritas e analisadas recorrendo à metodologia IPA e análise Lexical com Alceste®, permitindo cruzar os resultados atestando a validade das temáticas consensuais; **Resultados** As classes da análise lexical comprovam os temas emergentes da IPA. Os participantes em teletrabalho, experienciam impacto laboral, familiar e social, sentimentos negativos e dificuldades no equilíbrio trabalho-vida/família, adotando estratégias de adaptação psicológica eficazes desde o início da pandemia. No segundo confinamento, relevam menor ansiedade, mas maior desgaste, frustração, adaptando as estratégias de autorregulação ao longo do tempo; **Conclusões** Ao identificarem as dificuldades e impacto negativo do confinamento, os participantes adotaram intuitivamente estratégias adaptativas de autorregulação cognitiva, comportamental e emocional diferentes ao longo do tempo, em prol da sua saúde mental e bem-estar. Apresentamos um modelo da evolução do impacto psicológico e processo de adaptação em dois confinamentos, possivelmente relevante no delineamento de medidas mais humanizadas e programas de prevenção/intervenção psicológica de proximidade.

Palavras-chave: Covid-19; Teletrabalho; Adaptação Psicológica; Estratégias de Enfrentamento; Regulação Emocional.

Covid-19, Lockdown and Telecommuting: A Qualitative Study of the Psychological Impact and Adaptation in Two Emergency States

Abstract: Introduction Since the first reported case of Sars-Cov-2, studies show the negative impact on mental health, with high levels of fear, anxiety and depressive symptoms. In Portugal, the percentage of mental morbidity is high. Having low income, being young and female increases the risk of psychosocial vulnerability. Few studies address the subjective experience and adaptation processes in different pandemic stages; **Objectives** To access the psychological impact of COVID-19 lockdown and adaptation process in Phases I and III of the pandemic (April/2020-January/2021) by conducting online semi-structured interviews; **Methods** Interviews of ten Portuguese teleworkers were recorded, transcribed and analyzed using the IPA methodology and Lexical Analysis with Alceste®, allowing to compare findings attesting the validity of the consensual themes; **Results** The classes of lexical analysis corroborate the IPA's emerging themes. In telecommuting, participants experience work, family and social impact, negative feelings, and difficulties in work-life balance, adopting, efficient coping strategies since the beginning of the pandemic. In the second lockdown, participants show less anxiety, but more stress, frustration, adapting self-regulation strategies over time; **Conclusions** By identifying the difficulties and negative impact of the lockdown, participants intuitively coped by adopting different adaptive cognitive, behavioral and emotional self-regulation strategies over time for their mental health and well-being. We present a model for the evolution of psychological impact and adaptation processes in two lockdowns, which may help to design more humanistic measures and outreach psychological prevention/intervention programs.

Keywords: Covid-19; Telecommuting; Psychological Adaptation; Coping; Emotional Regulation.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.26-34

1. Introdução

Desde o primeiro caso reportado com o vírus SARS-Cov-2, a Dezembro de 2019, em Wuhan, a expansão global foi galopante, exigindo esforços conjuntos dos governos, agências, populações e investigadores campos científicos variados, no estudo e proteção face à pandemia de Covid-19. Diversos estudos quantitativos foram publicados sobre o impacto da pandemia ao nível físico, social e mental, mas poucos focaram as perceções e vivências subjetivas da pandemia, consequente confinamento e respetivos processos de adaptação psicológica aos constrangimentos físicos, sociais e laborais. A investigação qualitativa contribui para a compreensão do impacto e processos de adaptação psicológica à pandemia em condições de confinamento, no campo teórico do *coping* e autorregulação. Informações sobre os processos individuais poderão contribuir para o ajustamento de medidas e construção de materiais informativos baseados na evidência científica quantitativa e qualitativa. A pandemia provocou medo na população pela sobrecarga de notícias e incompreensão das medidas governamentais nem sempre claros ou contraditórios. (Ivbijaro, et al., 2020). Peritos e jornalistas contribuíram para transmitir informação relevante necessária à mudança comportamental, ocupando grande parte do espaço informativo em simultâneo com a circulação de outras informações menos fidedignas nas redes sociais.

Em prol da saúde pública, contenção do número de contágios, internamentos e mortes, foram decretados em Portugal dois estados de emergência com confinamentos totais prolongados (I Fase, 18/ Março-2Maio/2020 e III Fase, 15/Janeiro-Abril/2021) Implicaram a limitação da mobilidade e liberdade individual, o distanciamento físico de família, amigos e colegas, o encerramento das escolas, de muitos setores de atividade económica e a implementação do teletrabalho sempre que possível. O teletrabalho acarreta longas horas de tempo de ecrã e a conjugação das atividades pessoais, familiares e laborais num único espaço. Condições desafiadoras em termos de bem-estar, saúde mental e equilíbrio entre a vida laboral-pessoal-familiar. Dependendo das características dos trabalhadores, o trabalho em casa e a flexibilidade laboral foram também associados à maior produtividade e bem-estar e à diminuição de custos nas organizações (Merone & Whithead, 2021).

1.1 Impacto do Confinamento Covid-19 na Saúde Mental

Estudos anteriores acerca do impacto da pandemia/confinamento na saúde mental, revelam que a associação a níveis elevados de ansiedade (Huang & Zhao, 2020; Salari, et al. 2020), depressão, stresse, perturbações de sono, sentimentos e emoções como raiva, medo (Torales et al., 2020; Vindegaard, et al., 2020), tédio, medo de contágio e de perda financeira/emprego (Mariani, et al., 2020). O impacto difere entre países, em Portugal Delmastro e Zamariola (2020) encontraram menor stresse e maior bem-estar, mas outros autores identificaram menor saúde mental, e níveis moderados/elevados de ansiedade e depressão. Ser jovem, mulher, ter baixo rendimento económico e instabilidade laboral acresce o risco de vulnerabilidade psicossocial (Oliveira & Fernandes, 2020; Passos et al. 2020; Paulino, et al., 2021). O risco é mais evidente em populações em situação de vulnerabilidade e risco psicossocial/pobreza, sujeitas a perda de rendimentos ou trabalho, dificuldades no acesso à saúde, stresse, desespero, isolamento social e discriminação (Matias et al., 2020).

A solidão e as dificuldades de autorregulação emocional associam-se aos sintomas depressivos e são fortes preditores longitudinais de saúde mental (Goarke, et al., 2021). Se quem se encontra em teletrabalho sente dificuldades na gestão do equilíbrio trabalho-família, a solidão e a falta de propósito é sentida por quem vive sozinho (Carnevale & Hatac, 2020). Mais do que o medo de contágio, o confinamento surge associado ao maior isolamento, solidão, menor bem-estar e saúde mental. Num estudo qualitativo verificaram que 90% dos participantes reconheceram impactos negativos na saúde mental, reportando dificuldades no acesso à tele-saúde, falta de suporte social, elevada ansiedade, solidão, medo, incerteza, dor e raiva.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.26-34

As narrativas de ansiedade relacionavam-se à preocupação consigo e pessoas próximas, à disrupção das rotinas pessoais/trabalho, incerteza quanto ao futuro laboral e na saúde, incrementado para quem tem perturbações mentais prévias. (Ivbijaro, et al. (2020) O prolongamento da pandemia/confinamento, poderá contribuir para uma maior morbilidade das perturbações mentais.

1.2 Estratégias de Adaptação

A adaptação psicológica poderá incluir as estratégias de *coping* e autorregulação emocional-cognitiva-comportamental mais ou menos adaptativas face à situação. A dificuldade na gestão do horário/condições de trabalho em casa, constitui um fator de risco para o stresse (Reizer, et al., 2021). A falta de suporte familiar e a desregulação emocional associadas ao stressor confinamento, predizem um aumento dos sintomas depressivos e ansiosos O suporte social familiar (telecontacto com família/amigos/colegas), entreajuda (Mariani, et al., 2020), nível educativo e flexibilidade psicológica são fatores de resiliência, protetores da saúde mental (Gloster, et al., 2020). Para Fernandez, et al. (2020) a comunicação digital foi a estratégia mais usada no combate à solidão em confinamento. A manutenção das rotinas, atividade física/ao ar livre, *hobbies,* meditação, autocuidado, alimentação; as estratégias de *coping* de focalização (no trabalho e limitação de exposição às notícias), resolução de problemas, orientação para a tarefa, suporte social; e de autorregulação como o otimismo e a procura de um sentido, contribuem para o sentimento de "normalidade" exercendo um efeito protetor face a ansiedade e depressão (Cruz, et al, 2020; Fullana, et al., 2020; Gao, et al., 2020; Gerhold, 2020; Ivbijaro, et al., 2020; Matias et al., 2020).

O presente estudo qualitativo com recurso a dois tipos de análise de entrevistas semiestruturadas (IPA/Análise lexical) pretende responder às questões de investigação: Qual o impacto psicológico dos dois confinamentos devido à pandemia de Covid-19 em pessoas em teletrabalho? Quais as estratégias de adaptação psicológica foram adotadas nos dois confinamentos, Março de 2020 e Janeiro de 2021?

2. Metodologia

De uma recolha de dados inicial com 20 participantes, apenas 10 profissionais portugueses em situação de teletrabalho se disponibilizaram a realizar as duas entrevistas (80% Mulheres; 20% Homens) com idades compreendidas entre os 22 e os 51 anos (*M*=33.6, *DP*=9.66), licenciados, 80% casados/união de facto e 30% com filhos. A fim de responder às questões em estudo, foram realizadas entrevistas semidiretivas online em dois cortes temporais, na 1ª vaga pandémica/confinamento entre Abril/2020 (tempo 1-T1) e na 3ª vaga pandémica/confinamento Janeiro/2021 (Tempo 2-T2) com a inclusão de três questões relativas às duas últimas semanas: 1) Quais os principais impactos da pandemia Covid-19 na sua vida? 2) Que sentimentos experienciou? 3) Que estratégias adota para lidar com a situação? Esta técnica de recolha de dados qualitativos é útil na compreensão de novos fenómenos, permitindo a emergência de conteúdos, experiências subjetivas, valores, crenças, sentimentos e emoções, próximos da realidade (Aarsand & Aarsand, 2018). A participação foi voluntária, mediante consentimento informado, garantindo o anonimato/confidencialidade, e possibilitando a desistência. As entrevistas foram gravadas, transcritas, preparadas num *corpus* e apagadas após análise, seguindo o Regulamento Geral Proteção de Dados-RGPD.

Na análise qualitativa, a IPA-Interpretative Phenomenological Analysis ocorreu em etapas (Peat et al., 2018): leitura flutuante independente (3 juízes); leitura/análise fenomenológica e codificação até à saturação do texto independente (3 juízes); discussão conjunta dos temas e subtemas encontrando um consenso e desenvolvimento de um quadro compreensivo do fenómeno (4 juízes); organização síntese dos dados em tabelas/figuras (Fig. 1).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.26-34

Na análise lexical quantitativa posterior, submetemos separadamente o texto ao *software* ALCESTE® (*Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte*) a fim cruzar e aferir a validade dos resultados encontrados na IPA. A análise agrupa as palavras segundo a relevância, raiz e inclusão no texto, reduzindo o enviesamento interpretativo e permitindo a comparação com a análise subjetiva. Após a preparação prévia do texto, a análise decorreu em etapas (Reinert, 1986): a simplificação (identificação de palavras, redução à sua raiz), agrupamento; divisão do *corpus* a Unidades de Contexto Elementar (UCE's) com comprimento estandardizado a fim de comparar a ocorrência da distribuição; análise do vocabulário, realização da dupla Classificação Hierárquica Descendente(CHD), posterior Análise Fatorial de Correspondências(AFC), extraindo os grupos representativos/classes lexicais e percentagem de variância; realização de Classificação Hierárquica Ascendente(CHA), acedendo à relação entre palavras intraclasse/contexto. Mediante composição, valores por classe, e inclusão nas UCE's denominámos cada classe, atribuindo-lhe significado. Neste estudo focámos a composição das classes nos dois momentos de avaliação, na 1ª vaga pandémica/confinamento(T1) e na 3ª(T2) e sua comparação com a análise subjetiva IPA, procurando uma maior validade de resultados qualitativos (Fig.1).

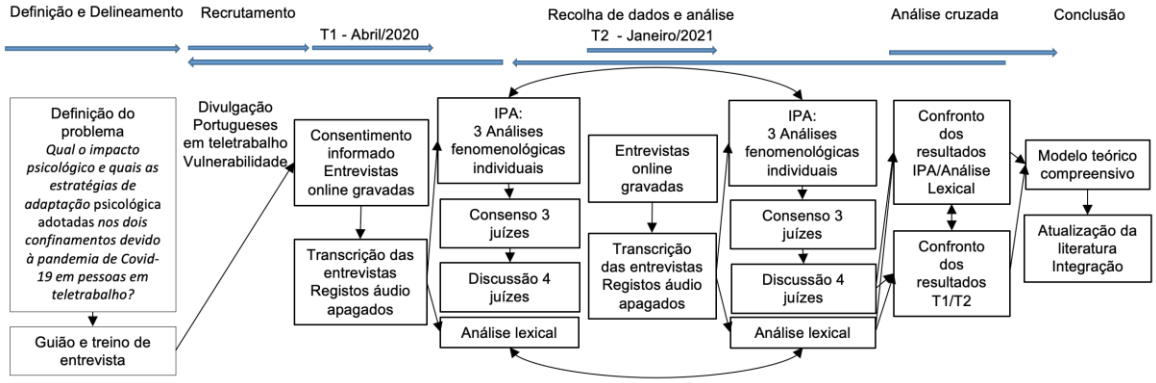


Fig. 1. Delineamento do estudo e procedimentos metodológicos.

3. Resultados

3.1. Análise Qualitativa - IPA

O consenso entre a análise fenomenológica independente resultou nos temas centrais das entrevistas e na emergência de subtemas: 1) *Impacto* (T1-42.73%/T2-44.37%); 2) *Sentimentos* (T1-57.31%/T2-55.63%); 3) *Adaptação* (T1-41%/T2-23.24%). Verificamos que a temática *Sentimentos* é expressiva em número de ocorrências, seguida do impacto e adaptação, verificando-se uma alteração temporal (tabela 1). Em T1, a qualidade/tempo em família foi valorizada positivamente (30%); salientamos o impacto do confinamento no quotidiano, sobrecarga laboral, gestão de múltiplos papéis e dificuldade no equilíbrio trabalho-família e "em desligar do trabalho". Socialmente, o impacto apontado foi a falta de liberdade e de contacto físico (80%). Os sentimentos de solidão, medo do contágio e ansiedade associados ao vírus, foram prevalentes, adotando intuitivamente, antes de qualquer campanha informativa, estratégias de autorregulação e *coping* adaptativas como: atividade física, evitar as notícias; controlar o tempo de ecrã/redes sociais, positividade. Em T2, as dificuldades na gestão quotidiana e equilíbrio trabalho-vida/família mantêm-se (12.68%), acusando desgaste nas condições laborais e sobrecarga de trabalho (23.24%). Ainda que os sentimentos de ansiedade face ao vírus tenham diminuído, aumentam as menções de solidão e isolamento social (32.39%).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.26-34

As estratégias de *coping*, autorregulação cognitiva-emocional-comportamental focam-se agora na família, autocuidado e procura de bem-estar (23.24%).

Tabela 1. Resultados da análise IPA das entrevistas dos dois confinamentos (T1/T2).

	Temas	Subtemas	Exemplos
T1	Impacto	Financeiro/ laboral (*fo*=42, 24.56%)	"porque o facto de não haver uma separação entre casa e trabalho, torna-se bastante chato, não tenho horário basicamente" **(**Mulher, 22 anos, s/ filhos)
		Familiar (*fo*=16, 9.36%)	"porque sou uma pessoa bastante ativa, mas estou a aproveitar para estar mais tempo com a minha filha" (Mulher, 44 anos, divorciada, 1/filha)
		Social (*fo*=15, 8.77%)	"Tem implicações a nível daquilo que é o contacto natural. O meu contacto social com as pessoas, com os colegas" (Homem, 36 anos, s/filhos)
	Sentimentos (*fo*=57, 33.33%)		"Muita angústia, o desejo disto nunca mais passar, acho que estamos sempre naquela quando vai passar, quando não vai passar" (Mulher, 45 anos, 2/filhos)
	Adaptação (*fo*=41, 23.98%)		"Distanciar-me um pouco daquilo que vem nas notícias, apenas ver o estritamente necessário" (Homem, 51 anos, 2/filhas)
T2	Impacto	Financeiro /laboral (*fo*=33, 23.24%)	"mas é mais desmotivante porque não tenho propriamente um local de trabalho, é o meu quarto, e então confundo um bocado o lazer com o trabalho, ou seja, eu acabo de trabalhar, às vezes até vou trabalhar às dez horas da noite, e acho que não estou muito educada a este nível" (Mulher, 25 anos, s/filhos)
		Familiar (*fo*=18, 12.68%)	"Ao nível familiar o facto de as escolas terem encerrado, fez com que um de nós, eu ou a minha esposa, fosse impedido de trabalhar, atendendo a que as crianças têm menos de doze anos pelo que necessitam de acompanhamento" (Homem, 51 anos, 2f/ilhas)
		Social (*fo*=12, 8.45%)	"não tenho nenhum neste momento contacto físico com amigos" (P4 - Mulher, 27 anos, solteira, s/filhos)
	Sentimentos (*fo*=46, 32.39%)		"O que também sinto é sentimentos de desilusão e tristeza de festas que se apanham, aglomerados de pessoas, ou seja, comportamentos que vão contra as regras e pensam que são a única exceção, são comportamentos egoístas" (Mulher, 27 anos, s/filhos)
	Adaptação (*fo*=33, 23.24%)		"Organizar coisas que já há muito tempo pretendia fazer, mas adiava, mantém-me com a mente ocupada e tranquila" (Mulher, 37 anos, s/filhos)

3.2. Análise Lexical

O corpus do texto foi reduzido a Unidades de Texto Elementar-UCE, sendo 92% com duas classes(T1), e 71% com quatro classes(T2), considerados relevantes e com riqueza de vocabulário (T1-95%/T2-81%), assegurando a análise satisfatória CHD (Fig. 2). Em T1 a Classe 1-*Gestão tempo/trabalho-vida* (65.91% das ECU) indica alterações na gestão quotidiana do tempo/atividades em casa, procurando um equilíbrio trabalho-vida/família: "trabalho oito horas e não consigo só oito horas a trabalhar, faz com que prolongue muito mais o tempo disponível e que prolongue o tempo que tenho e para gozo próprio também, faz com que não aproveite tanto como aproveitava" (mulher, 28 anos, s/filhos; X^2 = 10). A classe 2-*Impacto,* (34.1%) ansiedade e medo relacionados ao vírus/informação: "essa ansiedade evidentemente é provocada pelo isolamento, pelo receio de ficar infetado, pelas consequências que isso poderá ter. E também muito potenciado pela comunicação social, pelas redes sociais, portanto acho que uma das formas de evitar essa ansiedade que qualquer um de nós pode sofrer, no fim e distanciar se um pouco daquilo que vem nas notícias." (homem, 51 anos, 2/filhos; X^2 = 15).

Em T2, a Classe 1-*Impacto* (36%) revela menor ansiedade/medo, apesar da preocupação da perda financeira/laboral persistir: "nesta fase da pandemia e comparativamente ao primeiro isolamento, não sinto qualquer tipo de ansiedade.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.26-34

O primeiro isolamento, como era ainda uma situação nova e completamente desconhecida, teve um maior impacto para mim, nessa primeira fase senti alguma ansiedade e muitos receios/medos relativamente ao contágio." (mulher, 37 anos, s/filhos; X^2 = 19). A classe 2-*Gestão tempo/trabalho-vida* (25%) compreende o equilíbrio/gestão quotidiana e adoção de novas rotinas: "(...)A pandemia está a ser passada em família realizando teletrabalho e cursos *e-learning*, com as escolas em funcionamento é mais fácil o teletrabalho, pois uma criança de 6 anos com aulas online não é de fácil gestão." (mulher, 44 anos, separada, 1/filho; X^2 = 36). A Classe 3-*Adaptação* (21%) incorpora estratégias de autorregulação/*coping*: "O isolamento e a-distância) para com as pessoas de quem mais gostamos é realmente complicado e difícil para todos. O facto de continuar a trabalhar a partir de casa, de aproveitar o tempo para treinar em casa, ver series/filmes, cozinhar e organizar coisas que já há muito tempo pretendia fazer, mas adiava, mantém-me com a mente ocupada e tranquila." (mulher, 37 anos, s/filhos; X^2 = 22). A classe 4-*Sentimentos* (18%): "não) é um esforço de todos, o que faz com que me sinta um pouco frustrado e desiludido, o meu estado de espírito, normalmente é assim, às vezes sinto me um pouco mais em baixo é verdade porque nós vemos os casos a aumentarem as coisas a descambarem." (homem, 36 anos, s/filhos; X^2 = 22). A CHA confirma a CHD, nos dois momentos que, junto com a contextualização das UC's no corpo de texto, atesta os temas emergentes da IPA.



Fig. 2. Classificação Hierárquica Descendente dos dois confinamentos (T1/T2).

4. Discussão

A análise qualitativa permitiu identificar as vivências subjetivas e processos de adaptação em dois estados de emergência (Abril/2020-Janeiro/2021), um consenso inter-juizes e o racional teórico da discussão. Da discussão conjunta dos resultados das duas análises, contruímos um modelo compreensivo do impacto, vivências e processo de adaptação dos participantes aos confinamentos em pandemia Covid-19 (Fig. 3). A análises confirmam resultados de estudos anteriores. O impacto negativo sentido inicialmente (T1: Medo, ansiedade, angústia) (Mariani, et al. 2020) deu lugar à solidão, frustração e intolerância(T2) (Carnevale & Hatak, 2020). Acentuou-se o medo de perdas financeiras, sobrecarga laboral e dificuldades na gestão quotidiana das áreas pessoal/laboral (De Marchi, 2020; Juranek et al., 2020; Reizer, et al., 2021). Encontrámos igualmente relatos de flexibilidade, liberdade (Merone & Whithead, 2021; Salin et al., 2020) e tempo de qualidade em família possibilitando estreitar os laços afetivos ao longo do tempo (Evans et al., 2020). As estratégias de autorregulação/*coping* adotadas rapidamente e intuitivamente em T1, (máscara, distanciamento, higienização, *coping* adaptativo) foram ajustadas ao longo do tempo conforme a perceção do impacto (autocuidado, autorregulação emocional, evitamento das notícias) (González-Padilla & Tortolero-Blanco, 2020). Verificamos que a procura de suporte social-digital e distração, foram constantes em prol da resiliência e bem-estar (Park et al., 2021).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.26-34

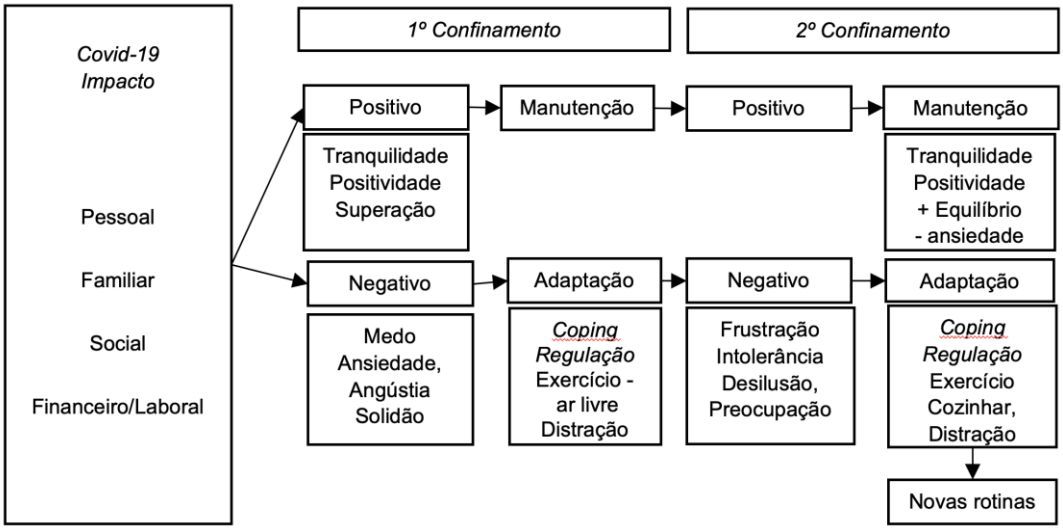


Fig. 3. Modelo emergente das análises IPA/Lexical quanto ao Impacto e adaptação aos confinamentos.

Este estudo salienta que, previamente a qualquer ação psico-educativa em saúde mental, os participantes recorreram organísmicamente e intuitivamente a estratégias de *coping*/autorregulação protetoras/adaptativas, identificando o que facilitava ou prejudicava o seu bem-estar. Com o prolongamento das medidas em diversos confinamentos, o cansaço e saturação decorrentes, obrigaram à adequação das estratégias iniciais ao novo confinamento, mais autocentradas. Não obstante, são necessárias ações psico-educativas e clínicas, durante e após o confinamento em pandemia. Estas deverão focar-se no combate ao isolamento, à solidão, ao stresse na promoção de estratégias de regulação/*coping* adaptativas, ajustadas à realidade e vivência de cada sujeito, considerando a complexidade dos processos individuais.

5. Conclusões

O presente estudo contribui para a compreensão dos processos subjetivos de adaptação psicológica, estratégias de autorregulação e de *coping* utilizadas nos confinamentos mais longos da população em dois tempos distintos: 1º vaga pandémica de Covid-19 (Abril/2020) e 3ª vaga (Janeiro/2021). A opção metodológica de analisar os dados recorrendo a IPA e análise lexical, permitiu aferir a validade dos resultados, assim como a compreensão do processo de adaptação psicológica ao longo da pandemia. Perante a ameaça à saúde pública/individual e a identificação da vivência de stresse, emoções e pensamentos negativos, verificámos uma adaptação global, intuitiva e orgânica das estratégias de adaptação utilizadas pelos participantes, independentemente da sua idade e tipologia familiar. Da 1ª para a 3ª vaga, as estratégias consideradas eficazes foram mantidas, porém, evidenciaram-se preocupações de estabilidade a longo prazo e o desgaste emocional com gradual frustração e intolerância perante os concidadãos desrespeitadores das restrições impostas. Apesar dos sentimentos negativos emergentes, concordantes com estudos quantitativos anteriores, globalmente os participantes focaram-se nos aspetos positivos (flexibilidade de horário, conforto, qualidade de vida, tempo familiar), investido em si e revelando resiliência. Salientamos a relevância dos resultados qualitativos ou o recurso a metodologias mistas no acesso aos processos subjetivos de adaptação psicológica, nomeadamente em grupos mais vulneráveis.

A dimensão do grupo de participantes, homogeneidade do nível de escolaridade e realização da entrevista online constituem possíveis limitações do estudo. Em populações mais vulneráveis são expectáveis maiores dificuldades de adaptação. Pós pandemia a vulnerabilidade e morbilidade em saúde mental, poderá acentuar-se.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.26-34

Futuramente, a continuidade do teletrabalho ou de sistemas mistos, com flexibilidade de horário e local de trabalho, poderá permitir maior liberdade na gestão do tempo ajustadas aos objetivos e às necessidades da pessoa e da organização que integra, em prol do seu ajustamento e equilíbrio da vida pessoal-trabalho.

As ações de prevenção e o apoio psicológico, técnico especializado deverá complementar as informações generalistas disponibilizadas, privilegiando os grupos mais vulneráveis O cenário pós-pandémico poderá implicar mudanças estruturais na organização do trabalho, da vivência do espaço pessoal e familiar e da prestação de serviços, nomeadamente em tele-saúde. A par da saúde física, a saúde mental deverá ser uma prioridade na agenda governamental e das organizações a fim de mitigar os efeitos adversos da pandemia, promover competências de autorregulação e criar condições para o equilíbrio vida-família-trabalho e bem-estar dos cidadãos.

6. Referências

Aarsand, L., & Aarsand, P. (2018). Framing and switches at the outset of qualitative research interviews. Qualitative Research, 19(6), 635-652. https://doi.org/10.1177/1468794118816623

Carnevale, J. B., & Hatak, I. (2020). Employee Adjustment and Well-Being in the Era of COVID-19: Implications for Human Resource Management. Journal of Business Research. https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2020.05.037

Cruz, M., Rodriguez, J., Ruiz, I., Lopez, M., Camargo, C., Rosas, F., Castellón, E., Gonzáles, D., Fernández, A., Cubillas, P. & Simón, E. (2020). Evaluation of the Emotional and Cognitive Regulation of Young People in a Lockdown Situation Due to the Covid-19 Pandemic. Frontiers, 11, 565503. doi:https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33192840/

De Marchi, B. (2020). Societal vulnerability and resilience in the COVID-19 crisis. Culture e Studi del Social-CuSSoc, 5(1), 163–174. Retrived http://www.cussoc.it/index.php/journal/issue/archive

Delmastro, M., & Zamariola, G. (2020). Depressive symptoms in response to COVID-19 and lockdown: A cross-sectional study on the Italian population. Scientific Reports, 10(1), 22457. https://b-on.ual.pt:2238/10.1038/s41598-020-79850-6

Evans, S., Mikocka-Walus, A., Klas, A., Olive, L., Sciberras, E., Karantzas, G., & Westrupp, E. (2020). From "It has stopped our lives" to "spending more time together has strengthened bonds": The varied experiences of australian families during COVID- 19. Frontiers in Psychology, 11, 588667. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.588667

Fullana, M., Hidalgo-Mazzei D., Vieta E. & Radua J. (2020). Coping behaviors associated with decreased anxiety and depressive symptoms during the COVID-19 pandemic and lockdown. Jounal of Affective Disorders, 275, 80–81. doi: 10.1016/j.jad.2020.06.027

Gao, J., Zheng, P., Jia, Y., Chen, H., Mao, Y., Chen, S., Wang, I., Fu, H. & Dai, J. (2020). Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. PLOS ONE, 15(4), e0231924. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231924

Gerhold, L. (2020). COVID-19: Risk perception and coping strategies. Results from a survey in Germany. PsyArXiv [Preprint]. Available online at: https://psyarxiv.com/xmpk4/ (Accessed July 20:2020). doi: 10.31234/osf.io/xmpk4

Gloster, A., Lamnisos D., Lubenko J., Presti G., Squatrito V., Constantinou M...Karekla, M. (2020) Impact of COVID-19 pandemic on mental health: An international study. PLoS ONE 15(12): e0244809. doi:10.1371/journal.pone.0244809

Goarke, J., McGlinchey, E., McKenna-Plumley, P., Graham-Wisener, L. & Armour, C. (2021). Examining temporal interactions between loneliness and depressive symptoms and the mediating role of emotion regulation difficulties among UK residents during the COVID-19 lockdown: Longitudinal results from the COVID-19 psychological wellbeing study. Journal of Affective Disorders, 285, 1-9. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.033

González-Padilla, D., & Tortolero-Blanco, L. (2020). Social media influence in the COVID- 19 Pandemic. Int. braz j urol, 46, 120-124. https://doi.org/10.1590/s1677-5538.ibju.2020.s121

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.26-34

Huang. Y., & Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: A web-based cross-sectional survey. Psychiatric Research. 288, 112954. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112954

Ivbijaro G, Brooks C, Kolkiewicz L, Sunkel C, Long A. (2020). Psychological impact and psychosocial consequences of the COVID 19 pandemic Resilience, mental well-being, and the coronavirus pandemic. Indian Jounal of Psychiatry, 62(Suppl 3), S395-S403. doi: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_1031_20. Epub 2020 Sep 28.

Juranek, S., Paetzold, J., Winner, H., & Zoutman, F. (2020). Labor market effects of COVID-19 in Sweden and its neighbors: Evidence from novel administrative data. SSRN Eletronic Journal. https:/doi.org/10.2139/ssrn.3660832

Mariani, R., Renzi, A., Trani, M., Trabuchi, G., Danskin, K. & Tambelli, R. (2020). The Impact of coping strategies and perceived family support on depressive and anxious symptomatology during the coronavirus pandemic (COVID-19) lockdown. Frontiers in. Psychatry, 11, Article 587724. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.587724

Matias, K., Kawat, M., Philip, S. & Grills, N. (2020). "We've got through hard times before: acute mental distress and coping among disadvantaged groups during COVID-19 lockdown in North India - a qualitative study". International Journal for Equity in Health, 19, 224 https://doi.org/10.1186/s12939-020-01345-7

Merone, L. & Whithead, O. (2021). COVID-19 and working within health care systems: The future is flexible. Asia Pacific Journal of Health Management, 16(1), 28-32. doi: 10.24083/apjhm.v16i1.537

Oliveira, M., & Fernandes, C. (2020). Managing the coronavirus pandemic in Portugal: A step-by-step adjustment of health and social services. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 12(5), 536–538.

Park, C. L., Finkelstein-Fox, L., Russell, B. S., Fendrich, M., Hutchison, M., & Becker, J. (2021). Americans' distress early in the COVID-19 pandemic: Protective resources and coping strategies. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 270, 113687. http://doi.org/10.1037/tra0000931

Passos, L., Prazeres, F., Teixeira, A., & Martins, C. (2020). Impact on mental health due to COVID-19 pandemic: Cross-sectional study in Portugal and Brazil. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(18), 6794. doi:10.3390/ijerph17186794

Paulino M., Dumas-Diniz R., Brissos S., Brites R., Alho L., Simões. M. & Silva C. (2021). COVID-19 in Portugal: exploring the immediate psychological impact on the general population. Psychol Health & Medicine, 26(1), 44-55. doi: 10.1080/13548506.2020.1808236. Epub 2020 Aug 18. PMID: 32809853.

Peat, G., Rodriguez, A., & Smith, J. (2018). Interpretive phenomenological analysis applied to healthcare research. Evidence Based Nursing, 22(1), 7–9. https://doi.org/10.1136/ebnurs-2018-103017

Reinert, M. (1986). Un logiciel d'analyse lexicale: Alceste. Cahiers D'Analyses de Données, 11(4), 471–481.

Reizer, A., Geffen, L., & Koslowsky, M. (2021). Life under the COVID-19 lockdown: On the relationship between intolerance of uncertainty and psychological distress. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. Advance online publication. http://dx.doi.org/10.1037/tra0001012

Salari N., Hosseinian-Far A., Jalali R., Vaisi-Raygani A., Rasoulpoor S., Mohammadi M., et al. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. Global Health, 16,57. doi: 10.1186/s12992-020-00589-w

Salin, M., Kaittila, A., Hakovirta, M., & Anttila, M. (2020). Family Coping Strategies During Finland's COVID-19 Lockdown. Sustainability, 12, 9133. https://doi.org/10.3390/su12219133

Torales, J., O'Higgins, M., Castaldelli-Maia, J. M. & Ventriglio, A. (2020). The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. International Journal of Social Psychiatry, Vol.66(4), 317-320. https://doi.org/10.1177/0020764020915212

Vindegaard, N., & Benros, M. E. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. Brain, Behavior, and Immunity, S0889-1591(20)30954-5. Advance online publication. https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.26-34

Aprender a usar evidência no curso de licenciatura em enfermagem: Resultados de um Focus Group

Óscar Ramos Ferreira[1], Cristina Lavareda Baixinho[2], Marcelo Medeiros[3] e Ellen Synthia Fernandes de Oliveira[4]

[1] Departamento de Fundamentos de Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa; Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), ciTechaCare, Leiria, Portugal | oferreira@esel.pt | http://orcid.org/0000-0002-1703-347X

[2] Departamento de Enfermagem de Reabilitação, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa; Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), ciTechaCare, Leiria, Portugal | crbaixinho@esel.pt | http://orcid.org/0000-0001-7417-1732

[3] Docente titular da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, Brasil | marcelo@ufg.br | https://orcid.org/0000-0001-6979-3211

[4] Docente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás, Brasil | ellen@ufg.br | http://orcid.org/0000-0002-0683-2620

Resumo: Introdução: A prática baseada na evidência tem benefícios para a melhoria dos cuidados de saúde e sustentabilidade dos sistemas de saúde. Tal como outras áreas precisa de ser aprendida. **Objetivo**: Compreender a perspetiva dos estudantes, do curso de licenciatura em enfermagem sobre o seu envolvimento num projeto de transferência de conhecimento para a clínica **Métodos:** *Focus Group* com oito participantes. A análise qualitativa dos achados foi efetuada com recurso ao software WebQDA® e seguiu as etapas da codificação; armazenamento/recuperação e interpretação. Seguiram-se os princípios éticos inerentes à investigação. Estudo aprovado por uma Comissão de Ética. **Resultados:** Emergiram quatro categorias: Pertencer, Usar evidência, Melhorar Cuidados e Desenvolver competências e respetivas subcategorias. A perceção dos estudantes é que a participação em projetos de transferência de conhecimento para a clínica gera oportunidades de aprendizagem relacionadas com o uso e comunicação de evidência, facilita a integração no serviço, a participação, o trabalho colaborativo e o desenvolvimento de competências. **Conclusões:** A metodologia utilizada é motivante para o estudante que é ativo na busca de evidencia e transferência do conhecimento, e que tem oportunidade de observar melhorias na prática clínica e mudanças nos contextos.

Palavras-chave: Enfermagem; Prática Clínica Baseada em Evidências; Aprendizagem; Estudantes; Gestão do Conhecimento.

Learning to Use Evidence in the Nursing Degree Course: Results of a Focus Group

Abstract: I**ntroduction:** Evidence-based practice has benefits for improving healthcare and sustainability of health systems. Like other areas needs to be learned. **Goals** To understand the perspective of undergraduate nursing students on their involvement in a knowledge transfer to clinical practice project **Methods** Focus group with eight participants. The qualitative analysis of the findings was performed using the webQDA® software and followed the steps of coding, storage/retrieval and interpretation. The ethical principles inherent to research were followed. Study approved by an Ethics Committee. **Results** Four categories emerged: Belonging, Using evidence, Improving care and Developing skills and their subcategories. The students' perception is that participation in knowledge transfer projects to the clinic generates learning opportunities related to the use and communication of evidence, facilitates integration into the service, participation, collaborative work and development of skills. **Conclusions** The methodology used is motivating for the student who is active in the search for evidence and transfer of knowledge, and who has the opportunity to observe improvements in clinical practice and changes in contexts.

Keywords: Nursing; Evidence-Based Practice; Learning; Students; Knowledge; Management.

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.35-43

1. Introdução

A evolução da pesquisa na saúde tem trazido ganhos para a qualidade e segurança dos cuidados prestados ao cidadão, com melhoria nos indicadores e influencia nas politicas de saúde e a educação dos profissionais. Na tomada de decisão, os profissionais de saúde estão preocupados com a eficácia e viabilidade da sua abordagem e, também, com o facto da evidência e da tomada de decisão clínica ser oportuna, adequada e significativa para as pessoas ou comunidades (Apóstolo, 2017). As crenças no valor do conhecimento, a capacidade para implementar as melhores práticas, os contextos facilitadores da implementação da evidência e o apoio são alguns dos fatores facilitadores do seu uso nessa tomada de decisão (Melnyk, Gallagher-Ford, Long, & Fineout-Overholt, 2014).

A questão da transferência da evidência tem sido debatida pela importância em assegurar uma Prática Baseada na Evidência (PBE) (Apóstolo, 2017). A transferência é mais que a divulgação ou distribuição de informação, inclui o desenvolvimento de estratégias para identificar públicos-alvo, como clínicos, gestores, 'fazedores' de políticas, consumidores, entre outros (Apóstolo, 2017). Inclui ainda o desenho, implementação e métodos para organizar e transferir a informação que é compreensível e utilizável na tomada de decisões (Apóstolo, 2017; Cardoso et al., 2020).

Todavia, os peritos observam que a adoção de uma Prática Baseada na Evidência (PBE) ainda não é um padrão dos cuidados de saúde no mundo (Melnyk et al., 2014) e alertam para a existência de uma lacuna entre a investigação, a prática, as políticas de saúde e os resultados de investigação (Oliver, Innvar, Lorenc, Woodman, & Thomas, 2014; Apóstolo, 2017; Cardoso et al., 2021) que demoram a ser introduzidos na clínica. Os entraves à introdução da evidência são heterogêneos e prendem-se a questões metodológicas e éticas, rigor científico, capacidade de execução do projeto, dificuldades no financiamento da pesquisa, pertinência e utilidade diante das necessidades e políticas de saúde, eficácia na comunicação, na divulgação e falta de uma cultura científica de trabalho colaborativo para o desenvolvimento de produtos que promovam a introdução dos resultados nos contextos (Baixinho, & Costa, 2019; Loura et al., 2020). Bem como pela preferência por modelos unidirecionais para a introdução dos resultados de investigação a questões relacionadas com a educação e as oportunidades dadas na formação graduada para essa aprendizagem (Cardoso et al., 2020; Cardoso et al., 2021).

A própria valorização da investigação predominantemente qualitativa também pode auxiliar na existência de uma verdadeira PBE, porque a 'transformação' qualitativa da investigação resulta numa melhor compreensão das transições e dos processos de adaptação em termos de saúde/doença, promovendo a qualidade dos cuidados, a literacia e a coresponsabilidade na gestão da saúde (Baixinho, Presado & Ribeiro, 2019).

Apóstolo (2017) afirma que os serviços de saúde de sucesso, no futuro, serão os que investirem na procura constante de informações necessárias para orientar práticas, desenvolver líderes clínicos, bem como estabelecer e manter uma cultura de melhoria na prática diária (Apóstolo, 2017). O que reforça o exposto sobre a necessidade de investir na aprendizagem de uma PBE, o que não é feito nos bancos da escola, implicando um contacto com o contexto, conhecimento de métodos e técnicas de pesquisa e capacidade de avaliação da qualidade dos resultados obtidos, ou seja, que o estudante seja um participante ativo em alguma fase do processo de pesquisa (Cardoso et al., 2020).

Corroboramos a opinião de que dada a importância da PBE para a profissão, torna-se imperativo incutir um sentimento de paixão e entusiasmo, entre os estudantes, em relação à pesquisa e à sua relevância quotidiana para garantir resultados de saúde de qualidade (Hurlbut & Elkins, 2018) e custo-efetivos (Watson, Sahota, Taylor, Chen, & Lilford, 2018).

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.35-43

O desenvolvimento de competências científicas implica a aquisição e a consolidação de um conjunto mínimo de atributos, conhecimentos, habilidades e atitudes, relacionadas com a PBE, o que contribui para cuidados mais seguros, de maior qualidade e centrados na pessoa (Keib et al., 2017, Loura *et al*., 2020). Os Ensinos Clínicos (EC) são momentos-chave para a melhoria dos conhecimentos, atitudes e competências dos alunos ao nível da PBE (Mena-Tudela et al., 2018; Kitson et al., 2018). A aprendizagem sobre investigação e utilização do conhecimento científico é maior quando é integrada nesta tipologia de ensino (Cardoso et al., 2020).

Face ao exposto, é objetivo deste estudo compreender a perspetiva dos estudantes, do curso de licenciatura em enfermagem sobre o seu envolvimento num projeto de transferência de conhecimento para a clinica.

2. Metodologia

Este estudo exploratório, descritivo e qualitativo, surge da questão 'Que contributos do envolvimento num projeto de transferência de conhecimento são percecionados pelos estudantes do curso de licenciatura em enfermagem?'. A escolha metodológica recaiu sobre o *Fócus-Group* (FG), por ser um método que possibilita a recolha de dados a um grupo, com uma experiência semelhante, permitindo a interação na discussão do grupo a partir do papel ativo do investigador na dinamização da discussão do grupo para efeitos de recolha dos dados (Silva, Veloso & Keating, 2014).

O Protocolo do estudo cumpriu as cinco (5) fases preconizadas por Silva, Veloso e Keating, (2014): planeamento, preparação, moderação, análise dos dados e divulgação dos resultados. A revisão da literatura foi crucial para a estruturação do guião da entrevista que se organizou em torno da questão – quais os contributos do envolvimento no projeto transição segura para a vossa aprendizagem? A partir da questão inicial foi possível 'afunilar' para questões mais especificas (Krueger & Casey, 2014). Tanto a questão central, como as secundárias, foram norteadoras, mas não tinham o intuito de condicionar a discussão, prevendo-se atempadamente que à medida que a discussão avançasse, iriam surgir questões mais específicas em função dos contributos do grupo. Esta abordagem, de compromisso com a discussão do grupo, torna assim possível aceder, por um lado, às perspetivas dos próprios participantes na primeira parte de cada discussão e, por outro, às respostas a interesses específicos do investigador na segunda parte (Silva, Veloso & Keating, 2014).

Participaram no FG oito (8) estudantes que integraram o projeto Transição Segura entre fevereiro e julho de 2019. Foram critérios de inclusão terem realizado o último EC da sua licenciatura numa das instituições parceiras do projeto, estarem envolvidos no mesmo e manifestarem interesse em participar. Seguindo as recomendações de Krueger e Casey (2014) a amostra foi intencional e homogénea para permitir focalizar a discussão no tema, já que os participantes têm em comum uma característica relevante face ao tema em discussão – o terem participado num projeto de translação do conhecimento para a clínica.

No inicio do envolvimento no projeto os estudantes foram informados que no final poderiam participar de forma livre esclarecida no FG. Duas semanas antes foi enviado um e-mail com informação sobre os objetivos, tempo estimado de duração e identificação do moderador e co-moderador. Dado esta ser uma atividade extracurricular, creditada em suplemento ao diploma e que decorreu em simultâneo com um EC, o grupo focal só foi realizado após a saída da nota do EC. Decorreu numa sala de aulas, reservada para o efeito e que garantia as devidas condições de privacidade e gravação, bem como uma atmosfera confortável para facilitar a participação e evitar interrupções (Krueger & Casey, 2014; Silva, Veloso & Keating, 2014).

A opção por moderador e co-moderador baseou-se na recomendação de Kueger & Casey (2014), bem como de Silva, Veloso & Keating (2014) e possibilitou aumentar o rigor.

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.35-43

O moderador conduziu a discussão e o co-moderador fez a gestão do equipamento de gravação, controlou as condições logísticas e do ambiente físico e tomou notas sobre a discussão (sequência das intervenções, expressões faciais, gestos, tom de voz, utilização de paralinguagem, interrupções e sobreposição de falas) (Krueger & Casey, 2014).

Os dados gravados foram transcritos por um dos investigadores presentes de forma a permitir "visualizar" o que ocorreu no grupo (Silva, Veloso & Keating, 2014). A análise qualitativa dos achados seguiu as etapas definidas por Bloor, Frankland, Thomas e Robson (2001): 1) codificação para a atribuição de categorias, refletindo estas os temas presentes no guião, bem como os novos, que emergiram da discussão dos grupos; 2) armazenamento/recuperação: esta fase é dedicada à compilação de todos os extratos do texto subordinados à mesma categoria de modo a poder compará-los; 3) interpretação: a partir da análise sistemática dos dados.

Na definição das categorias foi assegurada a representatividade, a exaustividade, a homogeneidade e a pertinência.

A análise dos achados foi feita com recurso a software informático (WebQDA®), que possibilitou a organização e análise dos achados e aumentou o rigor. A codificação dos códigos livre foi efetuada pelo investigador que fez a transcrição sendo posteriormente validada pela equipa de investigação.

Este estudo está autorizado por uma Comissão de Ética (Parecer 09/2019 HVFX). Foram respeitados os princípios éticos e formais desde a autorização dos estudantes para integrarem o projeto, enquanto atividade extracurricular, às questões éticas inerentes ao desenvolvimento da investigação. Foi assegurado também a todos os participantes o direito a desistir da pesquisa, o anonimato e a confidencialidade dos dados.

3. Resultados

Os participantes desta pesquisa foram oito estudantes, do 4º ano, 2º semestre, do curso de licenciatura em enfermagem, maioritariamente mulheres (07), com uma média de idades de 21,7(±1,9) anos.

Da análise efetuada ao conteúdo do FG emergiram 190 unidades de registo, organizadas em quatro categorias: Pertencer, Usar evidência, Melhorar Cuidados e Desenvolver competências e respetivas subcategorias (Tabela 1).

Tabela 1. Corpus da análise de conteúdo. Lisboa; Portugal. 2021.

Categoria	Subcategoria	UR
Pertencer	Integração	10
	Participação	13
	Trabalho Colaborativo	25
	Subtotal	**48**
Usar Evidência	Oportunidades de Aprendizagem	32
	Aprender Evidência	44
	Motivação	23
	Comunicar Evidência	15
	Subtotal	**114**
Melhorar cuidados	Oportunidades de melhoria	10
	Promover melhores cuidados	10
	Subtotal	**20**
Desenvolver Competências	Autonomia	3
	Gestão do tempo	1
	Gestão conflitos	3
	Liderança	1
		8
	Total	**190**

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.35-43

A perceção dos estudantes é que um dos grandes contributos do seu envolvimento é a facilidade de integração no serviço, pela existência de um projeto e de um trabalho continuo entre escola e serviço, onde outros colegas já estiveram envolvidos: 'ajudou também a integrar na equipa, por isso, foi muito positivo, sim' (P4); 'o facto de saber que no projeto o trabalho que eu estou a desenvolver será importante também mais para a frente numa fase posterior foi bom para a integração' (P8).

A integração bem sucedida possibilita uma maior participação do estudante em atividades, nas reuniões e nas decisões relativas ao projeto e até das atividades para concretizar o seu EC 'o estar disponível para responder às nossas questões e às nossas dúvidas, sempre OK, sempre a explicar como funciona e como fazem aqui, também a partilha das nossas próprias ideias, o que achávamos que poderia ser feito, partilharmos estas ideias connosco e estarem acessíveis para falar e partilhar isso connosco também acho que é muito importante', (P1); 'nós tivemos a possibilidade de participar numa consulta de vida ativa e no final a enfermeira até pediu a nossa opinião sobre coisas que nós pudéssemos lembrar que eles não, talvez eles não se lembrariam, até sabe bem estarmos envolvidos e contarem connosco no serviço' (P8); 'os enfermeiros tiveram de ter essa abertura para que nós pudéssemos participar (...)ela própria me incentivava e dava-me feedback' (P7); 'até porque somos estudantes há muita coisa que não participamos nos serviços e assim acaba por ser dada possibilidade' (P3).

Esta metodologia cria oportunidades de trabalho colaborativo com os enfermeiros e outros elementos da equipa multidisciplinar: 'foi uma das coisas que eu também senti, apesar de estar a apresentar para enfermeiros coordenadores de unidade e enfermeiros chefes, psicólogo e equipa multidisciplinar o facto foi que senti que eles não me tratavam só como um aluno' (P7), 'eu considero que por parte da equipa nas reuniões multidisciplinares nós, enquanto estudantes, podíamos ter um papel ativo nessas reuniões e nem sempre acontece, não agora, mas nos estágios anteriores, mesmo quando assistíamos a formações em serviço, geralmente não participávamos, nem com dúvidas, foi uma mais valia' (P3).

A integração e as oportunidades de participação e trabalho colaborativo geram no estudante um sentimento de pertença, até porque 'Essa proximidade também permitiu aprender outras coisas para além do projeto' (P7).

Em relação à categoria Usar Evidência o fato de o projeto ter como finalidade a introdução da evidência na clínica proporciona oportunidades de aprendizagem paralelas e complementares aos resultados esperados para o EC 'teríamos já de desenvolver uma monografia, mas só que o fato de sabermos que estávamos a trabalhar para o projeto ... e então colocou em mim a pressão ah! OK! então isto tem de ser mesmo alguma coisa com uma base científica muito forte, para além, daquilo que já seria de esperar para a monografia' (P1), 'A mais valia dos projetos é de facto esta, o vermos o ideal e as dificuldades do contexto em pensarmos fora da caixa como resolver, o que nós aprendemos e como podemos aplicar no contexto'(P2), 'deixei de aceitar tudo como certo ou correto, quando me dizem faz-se assim pergunto sempre o porquê e baseado em quê' (P1).

A Aprendizagem da evidência processa-se de modo articulado 'Constatar que um trabalho teórico pode ser implementado na prática e dá gosto esta parte dos resultados que obtivemos com a revisão integrativa da literatura poderem ser realmente utilizados e não ser só um trabalho' (P5); 'E depois conseguíamos ver também que mesmo que não haja muita investigação feita naquela área poderemos ser nós próprios, um dia mais tarde, quem sabe, a produzir informação e mais conhecimento e, desenvolver mais o que trabalhámos agora, acaba por ser um contributo' (P1); 'temos também outras hipóteses de colher e analisar dados do nosso contexto, e assim aprendemos algumas coisas da investigação' (P7); 'Para mim ajudou a diminuir as diferenças entre a teoria e a prática, isto parece estranho de se dizer, mas, muitas vezes criticamos que os conteúdos da escola são muito teóricos e pouco aplicados na prática, há diferenças grandes, mas esta experiência permitiu agarrar na teoria e aplicar na prática que é algo que não fizemos nos outros EC' (P8).

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.35-43

A aprendizagem sobre evidência também se consegue pelas oportunidades dadas aos estudantes na comunicação de resultados dos projetos 'Sim e a mais pertinente, acabou por ser um desafio quer de escrita, quer também de comunicação oral, porque passar de um trabalho muito....e compactá-lo todo numa única folha, passo a expressão, é difícil' (P6), 'E não é só isso, é termos aquela noção que nós nos pósteres na universidade vão ser expostos aos professores, vão ser expostos aos colegas, e desta vez vai ser exposto ao público e isso dá outro peso, digamos assim, ao trabalho que estamos a elaborar e outra responsabilidade, é um trabalho que não é só nosso, colaboramos nele, temos de ter mais brio, mais rigor, e maior noção do que estamos a escrever' (P7).

Para os participantes o uso da evidência possibilita 'Melhorar cuidados' porque 'não era só a prestação de cuidados aos idosos era também o termos um projeto macro que permitia enquadrar esses cuidados na segurança e qualidade, tínhamos a prestação de cuidados e um projeto extra, mas que se relacionavam' (P8), 'A consulta de follow up da unidade vai permitir, futuramente, não já agora, mas futuramente, mudar o seguimento destes doentes, ter feedback da evolução até para se melhorar as práticas na unidade e poder acompanhar durante mais tempo estes doentes, saber o que o doente apresenta depois do internamento e mantê-lo ligado à unidade é algo bastante prático' (P3).

Na categoria Desenvolver Competências emergem aspetos relacionados com a autonomia, a gestão do tempo e conflitos 'no meu caso não houve assim grandes conflitos, mas é sempre uma possibilidade e algo que acaba por ser desenvolvido' (P7), 'quando encontrávamos um problema tínhamos de o resolver e sim foi como tu dizias (referindo-se ao desenrascar) principalmente nessa área' (P8). Um participante salienta ainda a possibilidade de desenvolver competências de liderança 'em que uma pessoa, digamos assim, tem de distribuir trabalho para as pessoas trabalharem de alguma forma equitativamente, digamos assim , mas há sempre uma pessoa que acaba por coordenar as coisas'(P7).

4. Discussão

A análise da participação destes estudantes no FG permite compreender a importância atribuída ao pertencer à equipa e que na sua opinião é facilitada pela integração nos projetos em curso na instituição. A 'Pertença' é uma característica universal do ser humano e é uma necessidade humana básica (Sedgwick, & Yonge, 2008). Ashktorab, Hasanvand, Seyedfatemi, Salmani, e Hosseini (2017) afirmam que esta é uma das necessidades mais importantes dos estudantes para trabalharem de forma fiável no ambiente clínico.

A compreensão e o reconhecimento desta característica distintiva pode reduzir o stress e a tensão (Ashktorab, et al., 2017) e promover a aprendizagem. Assim, os enfermeiros orientadores devem ajudar os estudantes a tornarem-se membros da equipa e fomentar o desenvolvimento do sentimento como se pertencessem, construindo pontes entre o pessoal e os estudantes (Sedgwick, & Yonge, 2008). Para Ditzel (2017) o desenvolvimento do sentimento de pertença a uma comunidade envolve quatro elementos: a adesão, a influência, a integração e satisfação de necessidades e a ligação emocional partilhada (Ditzel, 2017). Assim entendemos que investigações futuras devem explorar os achados deste estudo e a relação com os elementos referidos por Ditzel (2017), tanto mais que os resultados obtidos apontam para que a existência de projetos comuns entre escola e serviços, bem como o continuo envolvimento de estudantes promove a integração, cria oportunidades de participação e trabalho colaborativo que aumenta o sentimento de pertença. Por outro lado, a metodologia utilizada torna o estudante ativo na busca de evidencia e transferência do conhecimento, reforçando o sentimento de pertença e que fazem parte da equipa quando são conhecidos pessoal e profissionalmente (Sedgwick, & Yonge, 2008; Cardoso et al., 2021).

Na categoria usar evidência os participantes reforçam a importância de aprenderem como se transfere a evidência e até como isso ajuda na diminuição do fosso entre a teoria e a prática.

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.35-43

No debate acadêmico e público sobre o tema a transferência do conhecimento para a clínica não é um assunto propriamente recente. Embora ultimamente, a transferência do conhecimento para a clínica, tenha ganho notoriedade, os investigadores têm sido confrontados com desafios complexos, desde o desenho até a utilização dos resultados dos seus estudos, o que não possibilita a sua apropriação pela práxis (Cardoso et al., 2020; Cardoso et al., 2021). Nem também pelos estudantes de enfermagem, dado que 87% não usa os resultados da investigação na clínica e referem que a não utilização da evidência disponível relaciona-se com conhecimento insuficiente sobre a utilização da investigação (Ertug, & Önal, 2014).

Observamos no discurso dos participantes que há um hiato entre a teoria e a prática na tomada de decisão clínica. Este achado encontra eco na voz dos autores que reclamam uma rutura paradigmática com esta visão de um vazio entre dois mundos (teórico e prático). Para tal torna-se necessário promover a reflexão sobre as práticas, os "modos de fazer" e as consequências da atividade, usando o conhecimento baseado na investigação, para a tomada de decisão (Baixinho, & Costa, 2019). Para tal, acredita-se que os docentes não só devem instruir os estudantes, mas também criar oportunidades de participação em investigação (Ertug, & Önal, 2014, Loura et al., 2020).

Face à análise do conteúdo deste FG podemos referir que o envolvimento dos estudantes em projetos de transferência para a clínica pode auxiliar na resolução do problema. Não só pela aprendizagem de como transferir conhecimento para a clínica, mas também pelo papel futuro que, estes recém-licenciados, podem ter nas suas equipas, na divulgação das suas aprendizagens e na criação de oportunidades para o debate/reflexão sobre o uso e transferência da evidência.

Como os próprios estudantes percecionam o envolvimento no projeto e a aprendizagem de como usar a evidência tem impactos na melhoria dos cuidados e no desenvolvimento de outras competências transversais. O que reforça as recomendações dos autores para uma articulação ativa entre as instituições académicas e as clinicas criando oportunidades de trabalho colaborativo que possam beneficiar o desenvolvimento do estudante e simultaneamente contribuir para a melhoria das práticas (AlThiga, Mohidin, Park, & Tekian, 2017; Cardoso et al., 2020; Cardoso et al., 2021).

Uma última nota, nesta discussão, para ressalvar o espírito critico e reflexivo que estão explícitos em algumas narrativas dos participantes e que se estende à recomendação para a manutenção do projeto e para a participação dos estudantes no mesmo.

5. Conclusões

Os resultados deste estudo permitem compreender os contributos do envolvimento dos estudantes em projetos de transferência do conhecimento para a clinica. Emergem na análise de conteúdo categorias: Pertencer, Usar evidência, Melhorar Cuidados e Desenvolver competências. A categoria com maior expressão é Usar evidência, com 114 das 190 unidades de registo obtidas no *Focus Group*.

Face aos resultados recomenda-se que nos ensinos clínicos os estudantes tenham oportunidade de utilizar os resultados de investigação e que aprendam a transferi-los para os *settings* clínicos. Cremos que esta será uma competência core para os profissionais de saúde do futuro, com impacto na melhoria dos cuidados e na sustentabilidade dos sistemas de saúde.

A limitação do estudo prende-se com o método e com a possível influência da interação do grupo na resposta individual. Recomenda-se que estudos futuros recorram à entrevista individual, em profundidade, para uma maior compreensão do 'Pertencer' nas oportunidades de 'Aprender evidência'.

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.35-43

Agradecimentos

Agradecemos às Instituições Parceiras as condições criadas para o desenvolvimento deste projeto e em particular aos estudantes envolvidos pelo seu contributo.

6. Referências

AlThiga, H., Mohidin, S., Park, Y.S., & Tekian, (2017). A. Preparing for practice: Nursing intern and faculty perceptions on clinical experiences. Medical Teacher. 39(sup1):S55-S62. https://doi.org/10.1080/0142159X.2016.1254739.

Apóstolo, J. (2017). Síntese da evidência no contexto da translação da ciência. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).

Ashktorab, T., Hasanvand, S., Seyedfatemi, N., Salmani, N., & Hosseini, S. V. (2017). Factors Affecting the Belongingness Sense of Undergraduate Nursing Students towards Clinical Setting: A Qualitative Study. Journal of caring sciences, 6(3):221–235. https://doi.org/10.15171/jcs.2017.022

Baixinho, C.L., & Costa, A.P. (2019). From the hiatus in the theory - practice discourse to the clinic based on the uniqueness of knowledge. Esc Anna Nery; 15;23(3):e20190141. http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0141

Baixinho, C.L., & Presado, M.H., Ribeiro, J. (2019). Qualitative research and the transformation of public health. Ciência & Saúde Coletiva; 24 (5)1583-1583. https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.05962019

Cardoso, M., Baixinho, C.L., Ferreira, Ó., Nascimento, P., Pedrosa, R., & Gonçalves, P. (2020). Autopercepção dos estudantes sobre a participação em atividades extracurriculares de transferência de conhecimento: o exemplo da Transição Segura. New Trends on Qualitative Research. 2(2020):588-601. https://doi.org/10.36367/ntqr.2.2020.588-601

Cardoso, M., Baixinho, C.L., Ferreira, Ó., Nascimento, P., Pedrosa, R., & Gonçalves, P. (2021). Aprender prática baseada na evidência pelo envolvimento em atividades de investigação – autopercepção dos estudantes. Cogitare enfermagem. 26:e79806. http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.79806

Ditzel, L.M. (2017). Sense of Community among Nurses: Results of a Study. International Journal of Studies in Nursing; 2(2). https://doi.org/10.20849/ijsn.v2i2.191

Ertug, N., & Önal, H. (2014). Undergraduate Nursing Students' Research Activities and Utilization: A Turkish Sample. Aquichan, 14(2):251-260. https://doi.org/10.5294/aqui.2014.14.2.11

Ferreira, E.M., Lourenço, O.M., Costa, P.V., et al. (2019). Active Life: a project for a safe hospital-community transition after arthroplasty. Revista Brasileira de Enfermagem, 72(1):147-153. doi: https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0615

Hurlbut, J., & Elkins, M. (2018). Redesigning an Undergraduate Nursing Research Course Using Innovative Teaching Strategies. SM J Nurs; 4(1):1017. Available from: https://smjournals.com/nursing/fulltext/smjn-v4-1017.pdf

Keib, C.N., Cailor, S.M., Kiersma, M.E., & Chen, A.M.H., 2017. Changes in nursing students'perceptions of research and evidence-based practice after completing a research course. Nurse Education Today. 54:37-43. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.04.007.

Kitson, A., Brook, A., Harvey, G., Jordan, Z., Marshall, R., O'Shea, R., & Wilson, D. (2018). Using complexity and network concepts to inform healthcare knowledge translation. International Journal of Health Policy and Management, 7(3):231-243. https://doi.org/10.15171/IJHPM.2017.79

Krueger, R.A. & Casey, M.A. (2014). Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research (5th ed.). New Delhi: Sage.

Loura, D., Bernardes, R., Baixinho, C.L., Rafael, H., Félix, I., & Guerreiro, M. (2020). Aprender em projetos de investigação durante a licenciatura em enfermagem: revisão integrativa da literatura. New Trends on Qualitative Research. 3(2020):293-304. https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.293-304

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.35-43

Melnyk, B., Gallagher-Ford, L., Long, L., & Fineout-Overholt, E. (2014). The establishment of evidence-based practice competencies for practicing registered nurses and advanced practice nurses in real-world clinical settings: proficiencies to improve healthcare quality, reliability, patient outcomes, and costs. Worldviews on Evidence-Based Nursing, 11(1):5-15. http://dx.doi.org/10.1111/wvn.12021

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. https://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2502.3026

Oliver, K., Innvar, S., Lorenc, T., Woodman, J., & Thomas, J. (2014). A systematic review of barriers to and facilitators of the use of evidence by policymakers. BMC Health Services Research, 14, 2. http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-14-2

Sedgwick, M.G., & Yonge, O. (2008). 'We're it', 'we're a team', 'we're family' means a sense of belonging. Rural Remote Health; 8(3):1021. Epub 2008 Sep 4. PMID: 18771338.

Silva, I.S., Veloso, A.L., & Keating, J.B. (2014). Focus group: Considerações teóricas e metodológicas. RLE; 26(26):175-90. Available from: https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/4703

Watson, S. I., Sahota, H., Taylor, C. A., Chen, Y. F., & Lilford, R. J. (2018). Cost-effectiveness of health care service delivery interventions in low and middle income countries: a systematic review. Global health research and policy, 3, 17 https://doi.org/10.1186/s41256-018-0073-z

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.35-43

Infância violada: Estudo de reportagens veiculadas na imprensa sobre a menina vítima de estupro e consequente aborto legal

Emiko Yoshikawa Egry[1], Lucimara Fabiana Fornari[1], Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca[1], William Dias Borges[1], Ana Rosa Ribeiro Elias[1] e Maria Amélia de Campos Oliveira[1]

[1] Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Brasil | emiyegry@usp.br; lucimarafornari@usp.br; rmgsfon@usp.br; williamborges@usp.br; anarosa.elias@usp.br; macampos@usp.br | https://orcid.org/0000-0003-0974-0315; https://orcid.org/0000-0002-8655-6549; https://orcid.org/0000-0001-9440-0870; https://orcid.org/0000-0002-7671-7855; https://orcid.org/0000-0003-0290-5543; https://orcid.org/0000-0002-0533-7193

Resumo: Introdução: As meninas têm sido vítimas de violência, especialmente as sexuais. A infância pode ser violada de várias maneiras, como o caso ocorrido no Brasil, em 2020. As pesquisas qualitativas podem elucidar o fenômeno por possibilitar aprofundar as questões complexas ligadas à violência sexual contra meninas que resultam em gravidez e aborto legal. **Objetivos:** Evidenciar o percurso investigativo qualitativo utilizado para decodificar o caso da menina vítima de estupro perpetrado por um familiar, que resultou em gravidez, e cujo desfecho legal foi o aborto. **Métodos:** Estudo documental de abordagem qualitativa. As fontes de dados foram dois jornais brasileiros no formato eletrônico. O período da coleta de dados foi de agosto a outubro de 2020. Para tanto, foi utilizado um roteiro semiestruturado. Foram incluídas reportagens sobre o tema de estudo e excluídas as que apenas citavam o caso, sem explorar seus desencadeamentos. Para a análise de conteúdo temática foi utilizado o *software* webQDA. As categorias analíticas foram gênero e geração. **Resultados:** Submetidas à análise, as 78 reportagens selecionadas evidenciaram três categorias empíricas: a subalternidade escancarada; o processo para concretização do aborto; criminalização *versus* legalização do aborto. A metodologia qualitativa apoiada pelo webQDA permitiu expor o que não se mostrou à primeira vista: a existência de profunda subalternidade de gênero e de geração, quando a protagonista, a menina, sofreu diferentes novas violências – as institucionais – que contradizem o que o Estatuto da Criança e do Adolescente determina. **Conclusões:** O percurso metodológico adotado permitiu olhar para além da própria situação vivenciada pela menina – estupro, gravidez e aborto - antes de completar 12 anos de idade. Sobressaiu a manipulação de líderes e autoridades impondo suas convicções pessoais, ao invés da garantia dos direitos da vítima.

Palavras-chave: Maus-Tratos Infantis; Delitos Sexuais; Aborto; Artigo de Jornal; Pesquisa Qualitativa.

Violated Childhood: Study of Reports Published in the Press about the Girl Victim of Rape and the Consequent Legal Abortion

Abstract: Introduction: Girls have been victims of violence, especially sexual ones. Childhood can be violated in several ways, such as the case that occurred in Brazil in 2020. Qualitative research can elucidate the phenomenon by making it possible to deepen the complex issues related to sexual violence against girls that result in pregnancy and legal abortion. **Objectives:** To highlight the qualitative investigative path used to decode the case of the girl victim of rape perpetrated by a relative, which resulted in pregnancy, and whose legal outcome of abortion. **Method:** Documentary study with a qualitative approach. The data sources were two Brazilian newspapers in electronic format. The data collection period was from August to October 2020. The data was organized using a semi-structured instrument. Reports on the subject of the study were included, and those that only cited the case were excluded, without exploring its triggers. For thematic content analysis, the webQDA software was used. The analytical categories were gender and generation. **Results:** Subsequent to the analysis, the 78 selected reports showed three empirical categories: 1) the wide-open subordination; 2) the process for carrying out abortion; and 3) criminalization versus legalization of abortion. The qualitative methodology supported by webQDA allowed to expose what was not shown at first sight: the existence of a profound subordination of gender and generation, when the protagonist, the girl, suffered different new violence - institutional ones - that contradict what the Statute of the Child and Adolescent determines. **Conclusions**: The methodological path adopted allowed us to look beyond the situation experienced by the girl - rape, pregnancy and abortion - before turning 12 years old. The manipulation of leaders and authorities was emphasized, imposing their personal convictions, instead of guaranteeing the victim's rights.

Keywords: Child Abuse; Sex Offenses; Abortion; Newspaper Article; Qualitative Research.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.44-52

1. Introdução

Sociedades contemporâneas ainda perpetuam modelos arcaicos de convivência entre gêneros e gerações. A violência doméstica contra a criança ainda é fenômeno cotidiano, mesmo nas sociedades que contam com um marco emancipatório dos sujeitos como portadores de direitos, como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) brasileiro. Se contra os meninos, prevalece a violência física, contra as meninas predomina a violência sexual (Egry, Apostólico, Morais, & Lisboa, 2017).

Em agosto de 2020, um caso chamou a atenção da imprensa e ocupou boa parte dos textos jornalísticos. Tratava-se de uma garota de dez anos de idade que fora sexualmente abusada pelo tio, o que resultou em gravidez. Ao buscar o serviço de saúde, onde foi constatada a gravidez, foi encaminhada para o aborto legal, amparada pela legislação brasileira de proteção infantil e com a expressa vontade da criança pela retirada do concepto.

O que se seguiu depois foi uma disputa institucional e ideológica, na maior parte das vezes de matriz fundamentalista religiosa, culpabilizando ora a criança ora os médicos que iriam fazer o procedimento. No estado de residência da criança não foi possível realizar o procedimento e ela teve que se deslocar para outro, onde os profissionais e a instituição hospitalar aceitaram fazer o procedimento. Durante o processo, verificaram-se manifestações contra e a favor do aborto, envolvendo grupos de diversas tendências ideológicas em disputa, inclusive, com grave exposição da vítima e seus familiares[1].

A imprensa brasileira noticiou fartamente o ocorrido, externando opiniões e posições de diferentes pessoas que se pronunciaram sobre o fato.

A violência sexual infantil é um fenômeno mundial (Russell, Higgins, & Posso, 2020) influenciado por construções históricas e sociais (Araujo, Ramos, Zaleski, Rozin, & Sanches, 2019) que se ancoram nas iniquidades de gênero, geração, raça/etnia e classe social (Egry, Fonseca, & Oliveira, 2013). Consiste em uma das formas de violação dos direitos das crianças e adolescentes (Souto et al., 2017) e materializa-se frequentemente no domicílio, em um contexto de poder e dominação do agressor em relação à criança ou adolescente (Araujo et al., 2019).

A gravidez na infância, como resultado de estupro, é um fenômeno tristemente comum na sociedade brasileira. Estudo realizado no Brasil sobre estupro e gravidez de meninas de até 13 anos evidenciou que mais de 30 mil meninas tiveram filhos, porém, menos de 5% notificaram violência sexual. Das que o fizeram, 58,2% relataram que a violência sexual sofrida era recorrente e que, ao buscar os serviços de saúde, apenas 1,3% tiveram acesso a contracepção de emergência, mostrando grave falha na rede de atenção à saúde e contribuindo para o incremento do número de casos de gravidez indesejada e a reconhecida dificuldade de acesso para a interrupção (Souto et al., 2017).

A abordagem do agressor à vítima pode ocorrer em situações cotidianas inerentes à fase infantil, como as brincadeiras. Nesses casos, a percepção sobre a violência dificilmente ocorre desde o princípio, o que pode contribuir para sua perpetuação, levando-a a ser reconhecida somente na idade adulta (Fornari, Sakata-So, Egry, & Fonseca, 2018).

Algumas condições como a dependência afetiva, financeira e o medo também contribuem para o silêncio e a ausência de notificação da violência, com consequente invisibilidade do abuso sexual (Sena, Silva, & Falbo Neto, 2018). Também há evidências que, em alguns casos, crianças e ou adolescentes relatam o fato, mas os adultos não acreditam (Fornari et al., 2018; Gessner, Fonseca, & Oliveira, 2014).

Outras formas de violência como a psicológica e a física também podem ser utilizadas pelos agressores ao abusar sexualmente de crianças (Fornari et al., 2018).

[1] Reportagem intitulada “A gente acolhe. A saga de um obstetra e a hipocrisia brasileira sobre o aborto”, de autoria da jornalista Angélica Santa Cruz, publicada na Revista Carta Capital, edição 174, março de 2021, elucida o caso e suas repercussões, de maneira clara e objetiva.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.44-52

Na maioria das vezes, tais agressores são do sexo masculino (Gessner et al., 2014; Santos, Mascarenhas, Rodrigues, & Monteiro, 2018; Sena et al., 2018) e do convívio familiar, incluindo pais, padrastos e tios (Sena et al., 2018; Souto et al., 2017).

Em relação às vítimas, a vulnerabilidade é maior para as crianças ou adolescentes do sexo feminino, especialmente, em países com rígidas normas sociais patriarcais (Russell et al., 2020). De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a prevalência de violência sexual é de 18% para as meninas e 7,6% para os meninos (World Health Organization, 2014).

O problema científico que se coloca neste estudo é: de que maneira as reportagens jornalísticas mostraram as diversas facetas desse fenômeno? Quais os sujeitos sociais mais presentes? Foram parciais, mostrando suas próprias convicções ou seguiram o ECA e a vontade da vítima e da sua família? A abordagem qualitativa é potente para compreender o fenômeno?

Este estudo tem por objetivo evidenciar o percurso investigativo qualitativo utilizado para decodificar o caso da menina vítima de estupro perpetrado por um familiar, que resultou em gravidez, e cujo desfecho legal foi o aborto.

2. Metodologia

Trata-se de estudo documental, de abordagem qualitativa, fundamentado na Teoria da Intervenção Práxica em Saúde Coletiva (TIPESC). A TIPESC foi construída visando à compreensão das contradições da realidade objetiva vinculadas à Enfermagem em Saúde Coletiva, enquanto campo teórico e de práticas. Está fundamentada na visão de mundo materialista histórica e dialética (Egry, 1996).

O presente estudo utilizou como fonte de dados reportagens publicadas no formato eletrônico em dois jornais brasileiros, o Estado de São Paulo (Jornal A) e a Folha de São Paulo (Jornal B). Os dois jornais foram selecionados de acordo com a localização geográfica da instituição de ensino à qual os autores estão vinculados, bem como pelo fato de serem veículos de informação de circulação nacional.

O período da coleta de dados foi de 07 de agosto a 21 de outubro de 2020. A data de início corresponde à primeira divulgação do caso na imprensa brasileira e a de término, ao acompanhamento da repercussão do caso, dois meses após o ingresso da menina no programa de proteção à testemunha.

A busca das reportagens foi realizada por meio de acompanhamento diário das publicações nos dois jornais. Para tanto, foram incluídas reportagens que versavam centralmente sobre o objeto de estudo, sendo excluídas aquelas que somente citavam o fato, sem explorar seus desencadeamentos, assim como os textos associados a blogs ou a opinião de leitores.

No primeiro momento da busca, foram selecionadas 63 publicações no Jornal A e 98 no jornal B, totalizando 161 reportagens. No segundo momento, após a leitura das reportagens e de acordo com os critérios de exclusão, foram selecionadas 78 reportagens.

A coleta de dados foi realizada por meio de instrumento semiestruturado adaptado para planilha Excel. Foram extraídos os seguintes dados: data e hora da publicação, fonte de dados, sessão da fonte, sexo do autor da reportagem, extensão do texto de acordo com o número de linhas, presença de imagem e discursos associados à pergunta científica.

As reportagens selecionadas foram salvas no formato *Portable Document Format*. Em seguida, houve a criação de uma pasta compartilhada na plataforma *Google Drive*. Os documentos foram divididos entre três autores do estudo para leitura e preenchimento do instrumento, sendo que cada autor ficou responsável pela leitura de 26 reportagens. Os demais autores foram responsáveis pela validação interna dos registros na planilha Excel. Ao final do preenchimento do instrumento, houve uma reunião *online* por meio da plataforma *Google Meet* para discussão das divergências relacionadas à inclusão das reportagens e estabelecimento de consenso.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.44-52

Os dados correspondentes aos discursos associados à pergunta científica foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo temática, que prevê as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, interpretação e inferência (Bardin, 2011). A análise dos dados foi apoiada pelo *software* webQDA, que está estruturado em quatro sistemas: fontes, espaço destinado para inserção dos dados; codificação, responsável pela criação das categorias descritivas e empíricas; questionamento, que dispõe de ferramentas que auxiliam a aprofundar a análise dos dados; gestão, que permite a organização do processo de trabalho (Minayo & Costa, 2019).

As informações inseridas na planilha Excel foram incorporadas ao webQDA por meio da funcionalidade de codificação direta, que codificou automaticamente os dados descritivos (data e hora da publicação, fonte de dados, sessão da fonte de dados, sexo da autoria, extensão do texto de acordo com o número de linhas, e presença de imagem) e disponibilizou os dados empíricos no sistema de fontes internas. Por meio do sistema de codificação, foram construídos os códigos árvore, que emergiram da leitura das reportagens na íntegra, considerando-se as categorias analíticas gênero e geração.

A categoria gênero está fundamentada na construção social das diferenças existentes entre homens e mulheres, constitutivas das relações sociais e na forma de significar as relações de poder, enquanto campo no qual e por meio do qual o poder é articulado (Scott, 1989). A categoria geração define os estatutos sociais de um determinado grupo etário, conforme as similaridades políticas e ideológicas, situadas no tempo e no espaço (Egry et al., 2013).

No webQDA, a codificação dos discursos foi realizada por uma das autoras, responsável pela gestão do projeto. A validação interna dos dados codificados de acordo com as categorias analíticas encontra-se em curso e será realizada pelo grupo de autores. Dessa forma, ressalta-se que os resultados do estudo são parciais, devido ao processo de validação interna em andamento e à necessidade de construir as matrizes para o aprofundamento da análise dos dados.

A pesquisa dispensou apreciação de Comitê de Ética em Pesquisa, pois utilizou publicações de acesso público. Foi utilizado o instrumento *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ) para orientar os procedimentos metodológicos.

3. Resultados Parciais e Discussão

Seguindo os critérios de inclusão e de exclusão, foram selecionadas 78 reportagens, 53 publicadas no Jornal B e 25 no Jornal A.

A análise das reportagens possibilitou a emergência de três categorias empíricas preliminares: a subalternidade escancarada; o processo para concretização do aborto; criminalização *versus* legalização. No momento atual, os dados codificados por meio do webQDA estão sendo submetidos à validação interna.

A seguir, serão apresentados os resultados parciais da análise qualitativa, iniciando-se pela categorização e suas correspondentes categorias e subcategorias empíricas, como mostra a Figura 1.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.44-52



Fig. 1. Categorias empíricas 1, 2 e 3 e subcategorias correspondentes.

Em relação à Categoria 1 - A subalternidade escancarada - as palavras mais encontradas nas reportagens foram menina, criança, aborto, vítima, gravidez, entre outras, conforme mostra a Figura 2.



Fig. 2. As cem palavras mais frequentes encontradas na categoria “A subalternidade escancarada” por meio do webQDA.

As reportagens foram praticamente unânimes em reconhecer que o fato de uma menina de 10 anos, portanto, uma criança, submetida à violência sexual durante anos, por um adulto integrante da família e ter como consequência uma gravidez, denota uma situação de brutalidade e abuso incontestáveis. À luz de gênero e geração, a violência em tela é notoriamente determinada pelo imenso desequilíbrio de poder que se encontra na intersecção entre essas duas categorias sociológicas, representadas, do lado dominante, pelo masculino-adulto, em oposição ao polo extremamente subalternizado representado pelo feminino-criança.

A mesma subalternização ocorre quando da revitimização da mulher-criança pelas instituições envolvidas – serviços de saúde que se negaram a fazer o aborto, entidades religiosas e outros contrários ao aborto – cujos discursos denotam um conteúdo ideológico fortemente essencialista, de preservação da vida do concepto a qualquer custo, inclusive rotulando a vítima de assassina. É digno de nota que a própria mídia, em grande parte das reportagens, a nominava semanticamente por meio de termos reveladores da sua falta de poder, como o uso do diminutivo, por exemplo.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.44-52

Opõem-se a isto, vozes de grupos feministas, pela defesa do direito ao aborto legal como conquista da autonomia das mulheres em relação a seu próprio corpo, respaldadas também na concepção de criança como sujeito social, portanto, portadora de poder de decisão sobre sua vida. Foram as integrantes desses grupos que viabilizaram o acesso ao procedimento, numa manifestação inconteste do fenômeno da sororidade, "resultado de uma postura ético-política desenvolvida a partir da sociabilidade entre mulheres" (Leal, 2020).

Em relação à segunda categoria, "O processo para a concretização do aborto", as palavras mais expressivas encontram-se na Figura 3, predominando hospital, aborto, procedimento e justiça.



Fig. 3. As cem palavras mais frequentes encontradas na categoria "O processo para a concretização do aborto" por meio do webQDA.

O processo para a concretização do aborto, embora plenamente facultado de acordo com as circunstâncias em que ocorreu a gravidez, foi extremamente complexo, violento, e igualmente revelador. As forças em ação, revelaram posturas e posicionamentos, principalmente institucionais, extremamente contraditórios que repercutiram no grupo familiar envolvido. Tais posturas institucionais coadunavam-se com ações de profissionais de saúde supostamente respaldadas em ideações pessoais, porém responsivas às da autoridade correspondente, ao invés de subjacentes aos direitos da vítima.

Revisão sistemática sobre a produção científica acerca do tema encontrou poucos artigos e apenas um deles abordou os serviços de aborto legal, apontando a inexistência em sete estados brasileiros e, onde havia, concentrados nas capitais. Nessa revisão, não houve registo de pesquisas que tratam do aborto legal e especialmente do infantil. Apesar de ser restrito a mulheres adultas, mostrou a falta de preparo dos profissionais, especialmente médicos e estudantes de medicina, em relação ao encaminhamento para o desfecho desejado pelas mulheres (Fonseca, Domingues, Leal, Aquino, & Menezes, 2020).

Outra revisão sistemática buscou mapear os estudos existentes sobre o desfecho da gestação de mulheres que engravidaram como consequência de violência sexual. O estudo problematiza o desfecho legal da gravidez de meninas pois, no Brasil, de acordo com a Norma Técnica do Ministério da Saúde do ano de 2012, o aborto para menores de 18 anos de idade só pode ser feito com a concordância da criança ou adolescente juntamente com seu responsável legal. Ainda, dentre as vítimas adultas que ficaram grávidas como consequência de estupro, apenas 19,3% realizaram aborto previsto em lei e nas adolescentes e crianças, em 10,6% dos casos. As autoras argumentam que o baixo número de aborto é ocasionado pela necessidade de permissão de um familiar, pois estudos mostram que a grande parte dos estupros ocorre nesse ambiente e perpetrado, em larga maioria, por responsáveis ou familiares da criança ou da adolescente (Nunes & Morais, 2017).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.44-52

Dessa forma, a Norma Técnica protege mais os agressores que de fato as vítimas, além de ir de encontro ao que dispõe o ECA, que responsabiliza a família, a comunidade e o Estado, por assegurar os direitos fundamentais de crianças e adolescentes para que isto ocorra.

No que diz respeito à Categoria 3, "Criminalização *versus* legalização", as palavras mais expressivas foram estupro, direito, vida e código penal, como mostra a Figura 4.



Fig. 4. As cem palavras mais frequentes encontradas na categoria "Criminalização *versus* legalização" por meio do webQDA.

Os direitos humanos são parte da positivação do Direito na história da cultura ocidental (Tosi, 2005). Compõem um constructo axiológico fruto da história e do presente, no espaço simbólico de luta e ação social em que são formulados, em um processo dialético constante de desconstrução e reconstrução (Piovesan, 2017). Incluem o direito à vida e à liberdade, à liberdade de opinião e de expressão, o direito ao trabalho, à saúde e à educação. Cada ser humano pode desfrutar desses direitos sem distinção de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outro tipo, origem social ou nacional, condição de nascimento ou riqueza (United Nations General Assembly, 1948).

Para que tais concepções possam ser implementadas nos ordenamentos jurídico-políticos das diferentes sociedades é imprescindível o reconhecimento da dignidade intrínseca de toda a pessoa humana e, portanto, a não discriminação por qualquer tipo de julgamento moral. Outro aspecto a destacar da conversão dos direitos humanos em direitos de cidadania está relacionado à sua natureza histórica, pois os direitos humanos mudam com o tempo e sua implementação difere entre os governos de diversos países (Soares, 2013).

No Brasil, um dos direitos considerados humanos é o direito ao aborto legal, que está regulamentado desde 1940, no Código Penal Brasileiro. Permite a realização de aborto de gravidez decorrente de estupro e quando a gestante tem risco de morrer. A partir de 2012, o Supremo Tribunal Federal (STF) acrescentou a essas permissões, o aborto de feto anencéfalo. Reconhece-se assim, que a permissividade legal ao aborto está vinculada à condição de vítima da mulher, seja da violência de gênero ou do acaso da natureza (Diniz, Dios, Mastrella, & Madeiro, 2014).

Apesar dessas concessões legais, existem inúmeros obstáculos estruturais e organizacionais que dificultam o acesso ao aborto e que levam as mulheres que o demandam a percorrer uma rota crítica e sinuosa, permeada por percalços, sem garantia da efetivação desse direito. Essa realidade traduz-se em uma gama de necessidades em saúde, que precisam ser analisadas em toda sua complexidade pelos serviços de saúde.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.44-52

A situação torna-se ainda mais intrincada devido aos inúmeros elementos de ordem moral, ética, religiosa e de gênero que circundam o fenômeno e que muitas vezes agregam dificuldades por parte de alguns profissionais de saúde que, entre outras coisas, alegam objeção de consciência para negarem-se a atendê-las, retardando e dificultando ainda mais o processo. Frente a gravidez decorrente de estupro, entende-se a solicitação pelo aborto como um direito e uma necessidade que requer satisfação imediata. Dificultar o acesso a esse direito infringe inclusive o princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS), além de destoar das políticas públicas voltadas ao enfrentamento da violência e transgredir o exercício da autonomia das mulheres (Santos, 2020).

Somado a isso, existe a imposição da crença religiosa sobre a proteção da vida e que obriga as mulheres vítimas de estupro a manter a gravidez até o término. Essa imposição reforça a necessidade da promoção de políticas públicas e implementação de serviços que visam ao atendimento e à garantia desse direito às mulheres vítimas de violência sexual (Drezett, 2013).

A situação objeto do presente trabalho é exemplar em relação à rota crítica percorrida pela criança e seus familiares na busca pelo direito de abortar, tê-lo sido negado em uma instância e depois garantido em outra, sob fortes manifestações de ordem moral e religiosa que buscavam criminalizar o ato, reiteradamente. O processo todo revelou-se permeado por tentativas de criminalização e manutenção da legalidade, com incontáveis repercussões negativas para os envolvidos, entre elas, o sofrimento inerente a situações extremas como estas, por envolver uma criança – o lado mais frágil da realidade.

4. Conclusões

O estudo mostrou que, por diversas vezes, as reportagens desvelaram a infância violada, evidenciando três importantes dimensões: a subalternidade escancarada, o processo para concretização do aborto e a criminalização *versus* a legalização do aborto. Acrescenta-se às subalternidades anteriores – de gênero e geração - a subalternidade de classe social, no caso, referente aos envolvidos diretamente no fenômeno da violência – a criança vitimizada e o tio violador.

O percurso metodológico adotado permitiu olhar a complexidade do fenômeno na sua articulação com as diferentes dimensões da realidade objetiva. Sobressai, para além da própria situação vivenciada pela menina – estupro, gravidez e aborto antes de completar 11 anos – a manipulação de líderes e autoridades para fazer valer convicções pessoais, ao invés de garantir os direitos da vítima. A metodologia qualitativa foi imprescindível para desvelar as contradições ocultas nas reportagens da imprensa brasileira.

Agradecimentos

As autoras e o autor agradecem a Roberta Lima Gonçalves, aluna da disciplina “Tipesc e o enfrentamento da violência de Gênero e Geração” do Programa de Doutorado Interunidades da EEUSP/EERP-USP, de agosto de 2020 que participou do estágio inicial desta pesquisa.

5. Referências

Araujo, G. de, Ramos, M., Zaleski, T., Rozin, L., & Sanches, L. da C. (2019). Determinantes Da Violência Sexual Infantil No Estado Do Paraná - Brasil. *Espaço Para a Saúde - Revista de Saúde Pública Do Paraná*, *20*(2), 42–54. https://doi.org/10.22421/15177130-2019v20n2p42

Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.

Diniz, D., Dios, V. C., Mastrella, M., & Madeiro, A. P. (2014). A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. *Revista Bioética*, *22*(2), 291–298. https://doi.org/10.1590/1983-80422014222010

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.44-52

Drezett, J. (2013). Fundamentalismo religioso e violência sexual. *Reproducao e Climaterio*, *28*(2), 47–50. https://doi.org/10.1016/j.recli.2013.10.001

Egry, E. Y. (1996). *Saúde Coletiva: Construindo um novo método em enfermagem*. São Paulo: Cone Editora.

Egry, E. Y., Apostólico, M. R., Morais, T. C. P., & Lisboa, C. C. R. (2017). Coping with child violence in primary care: how do professionals perceive it? *Revista Brasileira de Enfermagem*, *70*(1), 113–119. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0009

Egry, E. Y., Fonseca, R. M. G. S. da, & Oliveira, M. A. de C. (2013). Science, Public Health and Nursing: highlighting the gender and generation categories in the episteme of praxis. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *66*(spe), 119–133. https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700016

Fonseca, S. C., Domingues, R. M. S. M., Leal, M. do C., Aquino, E. M. L., & Menezes, G. M. S. (2020). Aborto legal no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. *Cadernos de Saude Publica*, *36*(1), e00189718. https://doi.org/10.1590/0102-311X00189718

Fornari, L. F., Sakata-So, K. N., Egry, E. Y., & Fonseca, R. M. G. S. (2018). Gender and generation perspectives in the narratives of sexually abused women in childhood. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, *26*, e3078. https://doi.org/10.1590/1518-8345.2771.3078

Gessner, R., Fonseca, R. M. G. S., & Oliveira, R. N. G. (2014). Violence against adolescents: An analysis based on the categories gender and generation. *Revista da Escola de Enfermagem*, *48*, 102–108. https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000600015

Leal, T. (2020). O sentimento que nos faz irmãs: construções discursivas da sororidade em mídias sociais. *Revista ECO-Pós*, *23*(3), 139–164. https://doi.org/10.29146/eco-pos.v23i3.27601

Minayo, M. C. de S., & Costa, A. P. (2019). *Techniques that use speech, observation and empathy: qualitative research in action*. Aveiro - Portugal: Ludomedia.

Nunes, M. C. A., & de Morais, N. A. (2017). Gravidez decorrente de violência sexual: Revisão sistemática da literatura. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, *69*(2), 88–103.

Piovesan, F. (2017). *Direitos humanos e justiça internacional*. São Paulo: Editora Saraiva.

Russell, D., Higgins, D., & Posso, A. (2020). Preventing child sexual abuse: A systematic review of interventions and their efficacy in developing countries. *Child Abuse and Neglect*, *102*, 104395. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104395

Santos, D. L. A. (2020). *Mulheres na busca pelo aborto legal: rota crítica percorrida e necessidades em saúde suscitadas*. Universidade de São Paulo.

Santos, M. de J., Mascarenhas, M. D. M., Rodrigues, M. T. P., & Monteiro, R. A. (2018). Characterization of sexual violence against children and adolescents in school - Brazil, 2010-2014. *Epidemiol. Serv. Saude*, *27*(2), e2017059. https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000200010

Scott, J. (1989). *Gender: a useful category of historical analyses. Gender and the politics of history*. New York: Columbia University Press.

Sena, C. A., Silva, M. A., & Falbo Neto, G. H. (2018). The incidence of sexual violence among children and adolescents in Recife, State of Pernambuco, Brazil, in 2012 and 2013. *Ciencia e Saude Coletiva*, *23*(5), 1591–1599. https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.18662016

Soares, M. V. M. B. (2013). Cidadania e direitos humanos. *Cadernos De Pesquisa*, (104), 1–8.

Souto, R. M. C. V., Porto, D. L., Pinto, I. V., Vidotti, C. C. F., Barufaldi, L. A., de Freitas, M. G., … de Lima, C. M. (2017). Rape and pregnancy of girls aged up to 13 years in Brazil: characteristics and implications in health during gestation, delivery and childbirth. *Ciencia e Saude Coletiva*, *22*(9), 2909–2918. https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.13312017

Tosi, G. (2005). *Direitos humanos: história, teoria e prática*. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB.

United Nations General Assembly. (1948). Universal Declaration of Human Rights. Retrieved March 29, 2021, from https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights

World Health Organization. (2014). *Global Status Report on Violence Prevention 2014*. Geneva: World Health Organization.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.44-52

Análise dos discursos jornalísticos sobre a lei Nº 13.840 e as mudanças nas políticas sobre drogas

Yuri Fontenelle Lima Montenegro[1], Aline Veras Morais Brilhante[1] e Christina César Praça Brasil [1]

[1] Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Universidade de Fortaleza, Brasil | fontenellesh@gmail.com; alineveras@unifor.br; cpraca@unifor.br | https://orcid.org/0000-0002-3939-142X; https://orcid.org/0000-0002-3925-4898; http://orcid.org/0000-0002-7741-5349

Resumo: Introdução: A análise dos dispositivos legais que dispõem sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas apontou para a mudança discursiva em direção a concepções proibicionistas e manicomiais, em oposição aos princípios da reforma psiquiátrica brasileira. Contudo, por se tratar de um documento normativo, o acesso da maior parcela da população ao conteúdo da lei ocorre pela mediação da mídia. Dessa forma, as questões que norteiam o presente artigo dizem respeito à relação entre o discurso na lei, enquanto documento normativo, e o discurso veiculado pela imprensa. **Objetivos:** analisar os discursos de matérias jornalísticas que veicularam a aprovação da lei nº 13.840/2019, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas. **Métodos**: Trata-se de um estudo documental com aporte da Análise de Discurso Crítica de Fairclough, segundo o método de análise tridimensional. Foram analisadas matérias jornalísticas (MJ) publicadas online em quatro portais de notícia de massa – CartaCapital, The Intercept Brasil, G1 e R7 – sobre a Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019, entre maio e agosto de 2019. **Resultados:** Observou-se o predomínio de uma análise superficial, agravada pela disputa entre paradigmas sobre a questão das drogas e pela polarização política crescente no Brasil desde 2014. As fragilidades complexas da rede de assistencia psicossocial, por exemplo, não foram aprofundadas. O uso demasiado da linguagem afetiva pelas MJ, ainda que faça sentido ao receptor ideal, pode comprometer a credibilidade do emissor perante leitores não habituais. **Conclusões:** A celeridade pela difusão de furos e o apelo excessivo à dramatização dos acontecimentos podem levar à abordagem superficial de fenômenos complexos e ao questionamento da legitimidade da instância midiática. Tem-se, por consequência, a reprodução de relações de dominação à medida que a instância cidadã não desenvolve uma postura crítica perante as formas de governança da instância política.

Palavras-chave: Meios de Comunicação de Massa; Discurso; Política; Controle de Drogas; Políticas Públicas.

Analysis of Journalistic Discourses about the Act 13.840 and the Changes in Drug Policy

Abstract: Introduction The analisys of the Act 13.840 on the National System for Public Drug Policy points to a discoursive change towards prohibition and asylum support. It threatens the Brazilian Psychiatric Reform principles. However, most of the population will access the Act by the media. Therefore, the questions that guide this study concern about the relation between the discourse of the Act and the one produced by the press. **Goals**: To analyze the discourse of the news that reported the approval of the Act 13.840, on the National System for Public Drug Policy. **Methods:** Critical Discourse Analysis using Fairclough's three-dimensional framework. We analyzed online news about the Act 13.840 published on four mass media portals - CartaCapital, The Intercept Brasil, G1 e R7 - between may and august of 2019. **Results**: We found a shallow approach on the complexity and frailties of the psychosocial support network. It is worsened by the dispute between prohibition and anti-prohibition ideas and the increasing political division in Brazil since 2014. The abuse of affective language, although it may be reasonable for the ideal receiver, can jeopardize the transmitter's credibility in front of non-habitual readers. **Conclusions**: The eagerness for scoops and the abuse dramatization of the events may lead to a shallow approach on complex phenomenons. Hence, the media's legitimacy may be put in check.

Keywords: Mass Media; Address; Politics; Drug and Narcotic Control; Public Policy.

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.53-60

1. Introdução

A análise dos dispositivos da lei nº 13.840/2019, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, apontou a mudança discursiva em direção à tomada de medidas de controle social alinhadas a concepções proibicionistas e manicomiais, em oposição aos princípios da reforma psiquiátrica brasileira (Montenegro et al., 2020). Contudo, por se tratar de um documento normativo, o acesso da maior parcela da população ao conteúdo da lei ocorre pela mediação da mídia. Deste modo, o presente artigo propõe-se analisar os discursos de matérias jornalísticas que veicularam a aprovação da lei em questão. Dessa forma, as questões que norteiam este artigo dizem respeito à relação entre o discurso na lei, enquanto documento normativo, e o discurso veiculado pela imprensa: como é montado o discurso de uma lei e qual a natureza/papel da mídia nessa composição.

Parte-se da premissa que o discurso político deve ser compreendido em relação com o contexto psicológico e social em que é produzido, integrando conceitos de outras disciplinas sociais e humanas. Assim, o discurso político está relacionado ao exercício do poder, mas, além da linguagem, envolve um espaço e uma ação política. O espaço político está contido no espaço público, relacionando-se com outros três campos de ação social: o jurídico, o econômico e o midiático. Por sua vez, a ação política, cuja finalidade idealizada é o bem comum, diz respeito à organização dos indivíduos em comunidade, no sentido de regular relações de dominação ou conflito, orientar o comportamento dos indivíduos e delegar tarefas mediante um sistema de representação (Charaudeau, 2018). Nota-se, portanto, a relação de interdependência entre os seguintes campos de ação: político, jurídico, midiático e econômico.

No caso específico da política sobre drogas, a interdependência entre os campos de ação político, jurídico, midiático e econômico pode ser observada, por exemplo, na história do proibicionismo. Apesar de já se observar nas sociedades arcaicas a existência de mecanismos de controle social do consumo de drogas, esse fenômeno – tanto de consumo quanto de controle – assume nova dimensão e complexidade a partir da modernidade (Mota, 2009). Citam-se, para ilustrar, acordos internacionais em vista do proibicionismo e suas motivações econômicas (Carneiro, 2018; Carvalho, 2014), a existência de sanções penais contra usuários de drogas na legislação brasileira (Vargas & Campos, 2019), a abordagem midiática, ora no campo da propaganda ora na reprodução de estereótipos equivocados (Bentes, 2017; Carlini, 2006; Ferreira & Martini, 2001; Mota, 2009; Pasquim et al., 2020; Romanini & Roso, 2014), e a exploração política da questão das drogas como forma de conquistar o apoio popular e reinvidicar mais verba para saúde (Fiore, 2012; Nappo et al., 2012).

Neste estudo, será considerada, especificamente, a relação entre os campos da ação política e midiática. A ação política é produzida por três instâncias: a política, lugar dos sujeitos que detêm o poder de decisão, ação e manipulação (governança), a exemplo dos representantes do Estado e dos partidos políticos, tanto de situação quanto de oposição; a cidadã, lugar de poder indireto, à medida que reage – passiva ou criticamente – ao discurso da instância política em nome de uma idealização do bem comum, e que é composta pela sociedade civil e sociedade cidadã; e a midiática, lugar de relativa independência que desempenha um papel de mediação entre as instâncias política e midiática (Charaudeau, 2018).

Diferente da instância política, a midiática está fora da governança e, portanto, não se caracteriza como uma instância de poder. O seu objetivo é a denúncia do poder, o que lhe confere legitimidade perante a instância cidadã[1].

[1] A busca por legitimidade ocorre a partir de uma relação entre credibilidade e captação. Dessa forma, ganha-se credibilidade ao denunciar o poder e elementos ocultos do discurso político mediante o uso da razão (*logos)*. A captação diz respeito à dramatização dos acontecimentos – visando às paixões dos leitores (*pathos*) – a fim de ganhar visibilidade no mercado.

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.53-60

Contudo, a relação entre as instâncias política e midiática é caracterizada por um jogo de máscaras e de manipulação mútua, onde cada qual deseja alcançar seus objetivos, quais sejam: a perpetuação do poder e a maior visibilidade no mercado, respectivamente (Charaudeau, 2019).

Situado no rol da Análise de Discurso Crítica (ADC), o presente estudo tem por objetivo discutir a complementariedade entre o discurso político e o discurso midiático para o estudo de políticas públicas – especificamente sobre drogas, para o trabalho em questão – a partir de uma abordagem discursiva.

2. Método

Trata-se de um estudo documental (Gil, 2018) de abordagem qualitativa com aporte da Análise de Discurso Crítica. Dessa forma, o estudo está situado no campo da pesquisa crítica, compreendendo a linguagem como prática social (Chouliaraki & Fairclough, 1999; Kress, 1989; Neves, 1997). O discurso é compreendido como uma forma de representar e de agir sobre o mundo, apresentando, portanto, uma relação dialética com a estrutura social, à medida que a sua construção ocorre em um contexto específico, o qual, por sua vez, também é construído discursivamente (Fairclough, 2016).

Dentre as diversas correntes de análise do discurso, optou-se pela perspectiva crítica de Fairclough (Fairclough, 2010, 2016), segundo o método de análise tridimensional. Assim, busca-se conciliar uma análise de discurso textualmente orientada com uma teoria social, analisando o discurso em três dimensões: a) vocabulário; b) prática discursiva e c) prática social. O vocabulário diz respeito à análise do texto, como as palavras utilizadas, figuras de linguagem, elementos gramaticais, coesão e estrutura textual. A prática discursiva envolve os mecanismos de produção, distribuição e consumo do texto, incluindo a composição heterogênea do discurso (intertextualidade), ação que deseja causar (força) e a quem se dirige, e, portanto, a quem faz sentido (coerência). A prática social diz respeito, por assim dizer, à dimensão macroscópica do discurso, a exemplo da concepção de mundo (ideologia) e conjunto de alianças (hegemonia) implicados na sua produção e interpretação.

As fontes documentais utilizadas neste artigo consistem em matérias jornalísticas (MJ) publicadas *online* em quatro portais de notícia de massa – CartaCapital, *TheIntercept* Brasil, G1 e R7 – sobre a Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019. As catorze MJ foram publicadas no período de maio a agosto de 2019, com maior incidência no mês de junho (7), seguido pelo mês de maio (5) e agosto (2), respectivamente. O Projeto de Lei (PL) foi aprovado no Senado no dia 15 de maio de 2019 e publicado no Diário Oficial da União (DOU) no dia 5 de junho de 2019. As duas MJ publicadas em agosto dizem respeito a desdobramentos de dispositivos previstos pela lei, como a internação involuntária de *"usuários de drogas"* e *"dependentes químicos moradores de rua"*, conforme vocabulário utilizado no texto publicado.

As MJ foram selecionadas em março de 2020 e analisadas até junho do mesmo ano. A coleta de dados seguiu um instrumento construído a partir das categorias do método de análise tridimensional de Fairclough (2016). O instrumento consistiu em uma tabela a ser preenchida com os dados a seguir: a) título; b) autor; c) portal; d) texto (vocabulário, gramática, coesão e estrutura textual); e) prática discursiva (força, coerência e intertextualidade); e f) prática social (ideologia e hegemonia), conforme ilustrado na figura 1. Convém destacar que, apesar do uso do instrumento, não há um procedimento rígido/fixo para a realização da análise, e é possível que alguma categoria ou dimensão obtenha destaque a depender do gênero discursivo (Fairclough, 2016). O presente recorte irá enfatizar as dimensões de prática discursiva e social.

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.53-60

Título	
Autor	
Veículo	
Texto	
Vocabulário (Significados, lexicalização e metáforas)	
Gramática (Transitividade e tema)	
Coesão (Conectivos e argumentação)	
Estrutura textual (Organização de ideias)	
Prática discursiva	
Força (Ação convocada)	
Coerência (A quem se dirige?)	
Intertextualidade (Fragmentos de outros textos)	
Prática social	
Ideologia	
Hegemonia	

Fig. 1. Instrumento de coleta de dados elaborado pelo autor.

Os dados registrados no instrumento de coleta foram utilizados para produzir uma síntese do discurso produzido pelos quatro portais de notícia, os quais foram escolhidos devido à sua credibilidade nacional, acesso gratuito e alinhamentos políticos distintos entre os veículos em questão. Antes da análise, já se esperava uma posição convergente à posição governista por parte do R7 e uma postura progressista e de oposição da CartaCapital e *TheIntercept* Brasil. Quanto ao G1, esperava-se um discurso escorregadio, de alinhamento político-ideológico transitório e aspectos implícitos/ocultos de relevância.

Considerar o posicionamento político-ideológico do portal é importante porque a mídia ocupa um lugar de mediação entre a instância política e a cidadã, desempenhando, assim, um papel estratégico nas relações de poder. A instância midiática tanto produz discursivamente o acontecimento por ela veiculado quanto escolhe o quê e como será veiculado, conferindo maior visibilidade a alguns acontecimentos em detrimento de outros. Desempenha, portanto, papel relevante na formação das consciências/imaginário social da instância cidadã. Dessa forma, embora se proponha a denunciar o poder, o discurso produzido pela instância midiática pode reproduzir estereótipos e reforçar formas de dominação (Biroli, 2011; Brittos & Gastaldo, 2006; Lopez & Dittrich, 2005; Sousa, 2012).

O presente estudo considerou um dispositivo específico da instância midiática - a imprensa, caracterizada pelo uso da linguagem escrita, ausência física e distanciamento do leitor. A identidade da mídia, enquanto emissor, transita entre o papel de mediador entre o leitor e o acontecimento, e o de revelador do que estava oculto. Contudo, a identidade real do receptor é uma incógnita para o emissor, o qual pode apenas estimar um receptor ideal para o qual adequa seu discurso (Charaudeau, 2019).

Consideramos que o acontecimento noticiado pela mídia também é produzido discursivamente. Dessa forma, o acontecimento é interpretado pelo emissor e reinterpretado pelo receptor, o que pode acontecer da forma esperada pelo emissor – no caso do receptor ideal – ou não. Dessa forma, produz-se uma verdade relativa, havendo distinção entre valor de verdade – quando assentado na razão e em argumentos objetivos – e efeito de verdade – quando dirigidos pelas crenças e subjetividade. O apelo à linguagem afetiva, com ênfase nas crenças e subjetividade, a fim de provocar reações nos leitores, é uma estratégia de captação de público consumidor, pois a instância midiática também está inserida em uma lógica econômica (Charaudeau, 2019).

As características descritas acima sobre o discurso das mídias são relevantes para a análise da dimensão da prática discursiva, principalmente no que diz respeito à produção e o consumo das notícias produzidas pelos quatro portais de massa.

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.53-60

Dessa forma, amplia-se a complexidade dos processos implicados na representação que a mídia produz sobre o discurso político. É esta representação que será consumida pela maior parte da instância cidadã, uma vez que é mais comum o acesso à notícia do que às fontes primárias. Ademais, em certa proporção, o acontecimento tanto é relatado quanto comentado pela mídia (Charaudeau, 2019), o que repercute na formação da opinião pública.

Convém destacar que a pesquisa em questão dispensa aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, segundo a Resolução CNS/MS 466/12, por se tratar de um estudo documental com uso de fontes disponíveis em domínio público.

3. Resultados

Os resultados obtidos evidenciaram que a posição das MJ publicadas pelos portais correspondeu à expectativa dos autores no período de seleção das fontes documentais. As MJ publicadas pelo R7 apresentam uma posição conformista e de apoio às medidas do governo, sem contextualizar o impacto da aprovação da lei na política sobre drogas e dando voz apenas a pessoas que à época compunham a base governista. A CartaCapital e o *TheIntercept* Brasil, por outro lado, publicaram MJ de teor crítico à aprovação da lei, ora utilizando uma linguagem racional, ora afetiva. O G1, por sua vez, publicou MJ de caráter mais diverso, com comentários de diversos especialistas que pontuam a importância da internação, mas reiteram a preocupação com sua banalização. Observa-se, porém, escassez na apresentação de alternativas às medidas reforçadas pelos dispositivos da lei.

Apenas quatro MJ fazem alguma menção à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Dentre estas, duas foram publicadas pela CartaCapital, mas, em uma delas, predomina uma linguagem afetiva no intuito de inflamar a oposição contra as medidas do governo, representado de forma tirânica (Guimarães, 2019). A outra MJ publicada pelo mesmo portal apresenta, a partir dos comentários de um especialista, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como alternativas à internação. Ademais, problematiza o impacto de medidas de internação em massa no processo de trabalho dos profissionais da atenção psicossocial, principalmente na relação de confiança e capacidade de estabelecer vínculos com a população atendida (Basilio, 2019). A MJ publicada pelo *TheIntercept* Brasil contextualiza a ênfase conferida à internação pela lei com as diretrizes do SUS e denuncia os interesses ocultos, pois o incentivo da lei às Comunidades Terapêuticas (CT) beneficia a bancada evangélica, envolvida ativamente na aprovação da mesma. Aborda, ainda, a relação entre a falta de serviços das RAPS e a consolidação das CT como única oferta de tratamento em diversos municípios (Levy & Ferraz, 2019). Uma MJ publicada pelo G1 apresenta um breve debate sobre alguns dispositivos da lei após a aprovação no Senado. Apresenta, então, o posicionamento de um senador da oposição em defesa da RAPS quando confrontado pela proposta da CT (Garcia, 2019). Por fim, convém citar outra MJ publicada pelo G1, em junho de 2019 – também montada a partir dos comentários de diversos especialistas – que faz menção a uma *"abordagem motivacional psicossocial"* que se contrapõe à internação involuntária, mas que *"não é o foco da política atual"* por ser *"um processo demorado"* e não produzir resultados imediatos na maioria das vezes (Nascimento, 2019).

4. Discussão

A menção, ou não, à RAPS e o modo como ocorre torna-se relevante para a compreensão da prática discursiva no presente estudo devido ao contexto político-social em que a lei foi sancionada e as notícias publicadas. A reforma psiquiátrica brasileira gerou mudanças substanciais nas políticas públicas de saúde mental no país, inclusive as voltadas para pessoas com transtornos devido ao uso de álcool e outras drogas. Houve uma mudança na forma de conceber o tratamento compulsório e manicomial, pautado por sanções médico-jurídicas, para uma abordagem comunitária, territorial e tolerante para com as estratégias de redução de danos (Fiore, 2005; Vargas & Campos, 2019).

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.53-60

Contudo, a tensão entre paradigmas e o embate entre posicionamentos opostos sobre a questão das drogas perdurou no século XXI (Teixeira et al., 2017).

Durante os últimos anos tem se observado um fortalecimento da atenção hospitalar e do acolhimento em CT como modelos de tratamento de pessoas com transtorno em decorrência do abuso de álcool e outras drogas em detrimento dos CAPS. Isso é o observado de forma institucional, no âmbito das políticas públicas e no discurso de membros da instância política (Delgado, 2019; Guimarães & Rosa, 2019; Nunes et al., 2019). É nesse contexto que ocorre tanto a produção da lei quanto das MJ que a noticiam. Portanto, mencionar, ou não, o impacto do referido documento normativo na RAPS reflete uma tomada de posição, endossando ou resistindo à ideologia que o atravessa.

Outra questão a ser observada, porém, diz respeito à forma de abordar a RAPS e de produzir a própria MJ. O processo de implementação da reforma psiquiátrica brasileira tem sofrido resistência apesar dos avanços substanciais. A literatura aponta que a rede de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas ainda é insuficiente, que há sobrecarga de trabalho, dificuldades de articulação intra e intersetorial e uma lógica de cuidado que não contribui para a independência dos usuários à medida que centralizam o tratamento exclusivamente no CAPSad (Pereira et al., 2017; Pinho et al., 2017; Pires et al., 2016; Wandekoken et al., 2015). As fragilidades são demasiadamente complexas para serem abordadas de forma superficial e são agravadas pela disputa entre paradigmas sobre a questão das drogas (Fagundes Júnior et al., 2016).

Dessa forma, considerando a crescente polarização política no país desde 2014, é possível que o uso demasiado da linguagem afetiva, ainda que faça sentido ao receptor ideal, pode comprometer a credibilidade do emissor perante leitores não habituais. Consequentemente, mesmo as MJ que apresentem argumentos lógico-racionais em favor da RAPS podem ser equivocadamente desconsideradas devido ao portal que a publicou, a exemplo dos dois textos da CartaCapital que compuseram o *corpus* do presente estudo. Afinal, a celeridade para produzir e difundir “furos” e a dramatização excessiva dos acontecimentos são dois fatores que levam ao questionamento da legimitidade da instância midiática (Charaudeau, 2019).

5. Conclusões

O trabalho descreve o percurso escolhido pelos autores para empreender uma análise de discurso crítica a partir de fontes documentais, justificando tanto a definição do *corpus* quanto a forma de sintetizar os dados e organizá-los em uma análise que vai além do texto. Apresenta, ainda, uma contextualização com aporte das ciências sociais e humanas que enfatiza a relevâncias dessas áreas do conhecimento para abordar questões complexas no campo da saúde, especificamente o uso de drogas e as políticas públicas sobre o assunto.

A análise do discurso midiático contribuiu para a compreensão dos modos e mecanismos de alcance do discurso produzido pela instância política sobre a política sobre drogas junto à instância cidadã. Assim, observou-se que as MJ analisadas citaram de forma superficial elementos histórico-sociais importantes, ao abordar as mudanças na política sobre drogas. Destaca-se a falta de contextualização sobre as alternativas à internação e às CTs a partir da reforma psiquiátrica brasileira e a fragilização da RAPS, questões importantes para compreender o que está em jogo com a promulgação da lei nº 13.840/2019.

A leitura de documentos normativos não é prática habitual da maior parte da população, sendo informada, portanto, pela representação produzida pela instância midiática. Contudo, a celeridade pela difusão de furos e o apelo excessivo à dramatização dos acontecimentos podem levar à abordagem superficial de fenômenos complexos e ao questionamento da legitimidade da instância midiática. Tem-se, por consequência, a reprodução de relações de dominação à medida que a instância cidadã não desenvolve uma postura crítica perante as formas de governança da instância política.

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.53-60

6. Referências

Basilio, A. L. (2019). *Internação involuntária de usuário de drogas é retrocesso, diz psiquiatra.* Carta Capital. https://www.cartacapital.com.br/sociedade/internacao-involuntaria-de-usuario-e-retrocesso-diz-psiquiatra/#:~:text=O especialista entende que é,direitos é entendida como tratamento.

Bentes, I. (2017). A política de enfrentamento como produtora de dano: a epidemia de crack no contexto da saúde pública contemporânea. *BIS - Boletim Do Instituto de Saúde*, *18*(1), 41–47.

Biroli, F. (2011). Mídia, tipificação e exercícios de poder: a reprodução dos estereótipos no discurso jornalístico. *Revista Brasileira de Ciência Política*, *6*, 71–98. https://doi.org/10.1590/s0103-33522011000200004.

Brittos, V. C., & Gastaldo, É. (2006). Mídia, poder e controle social. *ALCEU*, *7*(13), 121–133. http://revistaalceu.com.puc-rio.br/media/alceu_n13_Brittos e Gastaldo.pdf

Carlini, E. A. (2006). A história da maconha no Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *55*(4), 314–317.

Carneiro, H. (2018). *Drogas: a história do proibicionismo*. 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), 153–176. https://doi.org/10.15448/2178-3748.2014.1.15927

Charaudeau, P. (2018). *Discurso político* (2nd ed.). Contexto.

Charaudeau, P. (2019). *Discurso das mídias* (2nd ed.). Contexto.

Chouliaraki, L., & Fairclough, N. (1999). *Discourse in late modernity: rethinking critical discourse analysis.* Edinburgh University Press.

Delgado, P. G. (2019). Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. *Trabalho, Educação e Saúde*, *17*(2), 1–4. https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00212

Fagundes Júnior, H. M., Desviat, M., & Silva, P. R. F. da. (2016). Reforma Psiquiátrica no Rio de Janeiro: situação atual e perspectivas futuras. *Ciência & Saúde Coletiva*, *21*(5), 1449–1460. https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.00872016

Fairclough, N. (2010). A dialética do discurso. *Revista Teias*, *11*(22), 225–234.

Fairclough, N. (2016). *Discurso e mudança social* (2nd ed.). Universidade de Brasília.

Ferreira, P. E. M., & Martini, R. K. (2001). Cocaína: lendas, história e abuso. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *23*(2), 96–99. https://doi.org/10.1590/S1516-44462001000200008

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). Alameda.

Fiore, M. (2012). O lugar do Estado na questão das drogas: O paradigma proibicionista e as alternativas. *Novos Estudos CEBRAP*, *1*(92), 9–21. https://doi.org/10.1590/S0101-33002012000100002

Garcia, G. (2019). *Senado aprova projeto que prevê internação involuntária de dependentes químicos.* G1 Política. https://g1.globo.com/politica/noticia/2019/05/15/senado-aprova-projeto-que-preve-internacao-involuntaria-de-dependentes-quimicos.ghtml

Gil, A. C. (2018). *Como elaborar projetos de pesquisa* (6th ed.). Atlas.

Guimarães, T. (2019). *Bicho de sete cabeças momento em que o fundamentalismo*. Carta Capital. https://www.cartacapital.com.br/justica/bicho-de-sete-cabecas/

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.

Kress, G. (1989). *Linguistic processes in sociocultural practice.* Oxford University Press.

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.53-60

Levy, C., & Ferraz, T. (2019). *Quem ganha com a nova lei de drogas não são os dependentes químicos – são os donos de clínicas.* The Intercept Brasil. https://theintercept.com/2019/05/16/nova-lei-drogas-donos-clinicas/

Lopez, D. C., & Dittrich, I. J. (2005). A mídia brasileira e a noção de poder em Foucault. *Biblioteca On-Line de Ciências Da Comunicação*, 1–10. www. bocc. ubi. pt

Montenegro, Y. F. L., Paixão, A. K. R., Sales, N. C. M., Brilhante, A. V. M., & Brasil, C. C. P. (2020). A Análise de Discurso Crítica no estudo de políticas públicas de saúde: exemplo a partir de mudanças na política sobre drogas no Brasil. In L. Fornari, F. Freitas, E. S. F. de Oliveira, C. Oliveira, & A. P. Costa (Eds.), *New Trends In Qualitative Research* (3rd ed., pp. 678–690). Ludomedia.

Mota, L. (2009). *Dependência química e representações sociais: pecado, crime ou doença?* Juruá.

Nappo, S. A., Sanchez, Z. M., & Ribeiro, L. A. (2012). Is there a crack epidemic among students in Brazil? Comments on media and public health issues. *Cadernos de Saúde Pública*, *28*(9), 1643–1649. https://doi.org/10.1590/s0102-311x2012000900004

Nascimento, T. (2019). *Ceará registra, em média , 42 internações involuntárias de dependentes químicos por mês*. G1 Ceará. https://g1.globo.com/ce/ceara/noticia/2019/06/08/ceara-registra-em-media-87-internacoes-involuntarias-de-dependentes-quimicos-por-mes.ghtml

Neves, M. H. de M. (1997). *A gramática funcional*. 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

Pasquim, H., Oliveira, M., & Soares, C. B. (2020). Fake news sobre drogas: pós-verdade e desinformação. *Saude e Sociedade*, *29*(2). https://doi.org/10.1590/s0104-12902020190342

Pereira, M. O., Oliveira, M. A. F. de, Pinho, P. H., Claro, H. G., Gonçalves, A. M., & Reinaldo, A. M. dos S. (2017). Qual é a tônica da política de drogas brasileiras: ressocialização ou internamento? *Escola Anna Nery*, *21*(3), 1–9. https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0044

Pinho, L. B. de, Silva, A. B. da, Siniak, D. S., Folador, B., & Araújo, L. B. de. (2017). Análise da articulação da rede para o cuidado ao usuário de crack. *Revista Baiana de Enfermagem*, *31*(1), 1–9. https://doi.org/10.18471/rbe.v31i1.16654

Pires, L. F. B., Macedo, L. G. de, Aleluia Júnior, J. A. de, Freitas, P. H. B. de, Cavalcante, R. B., & Machado, R. M. (2016). Estratégia saúde da família e assistência ao dependente químico: ações conjuntas ou isoladas? *Revista Eletrônica de Enfermagem*, *18*(1), 1–11. https://doi.org/10.5216/ree.v18.39177

Romanini, M., & Roso, A. (2014). Midiatização do crack e estigmatização: corpos habitados por histórias e cicatrizes. *Interface: Communication, Health, Education*, *18*(49), 363–376. https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0138

Sousa, C. P. de M. e. (2012). Discurso e mídia: as relações de poder nas/das revistas. *Estudos Linguísticos*, *41*(3), 926–935.

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

Wandekoken, K., Quintanilha, B., & Dalbello-Araujo, M. (2015). Biopolítica na assistência aos usuários de álcool e outras drogas. *Revista Subjetividades*, *15*(3), 389–397.

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.53-60

Percepción de calidad de vida en sobrevivientes a morbilidad materna extrema en una ciudad colombiana

Natalia Chávez Narváez[1] y Naydú Acosta-Ramírez[2]

[1] IPS HORISOES, Colombia | nata86.nc@gmail.com | https://orcid.org/0000-0002-7783-5001

[2] Universidad Santiago de Cali, Colombia | naydu.acosta00@usc.edu.co | https://orcid.org/0000-0002-6246-560X

Resumen: Introducción. La Morbilidad Materna Extrema (MME) es una problemática de salud pública que repercute tanto en los indicadores de salud poblacionales, como a nivel social, familiar e individual ya que implica para las afectadas una situación de múltiples cambios, donde su percepción de bienestar y calidad de vida se modifican generando una brecha entre lo percibido y lo deseado, mediada por el significado que la mujer le da a su experiencia, paralelo al apoyo social y configuración de acciones institucionales del sector salud. **Objetivos.** Comprender los significados que construyen las sobrevivientes a MME en torno a su experiencia y la influencia de estos en sus procesos de recuperación y reconstrucción de su cotidianidad en una ciudad Colombiana. **Métodos.** Abordaje cualitativo con el enfoque del interaccionismo simbólico y análisis con elementos de la teoría fundamentada para acercarse al entendimiento del fenómeno, empleando entrevistas a profundidad y apoyo en un diario de campo. **Resultados.** Los significados que las mujeres dan a la vivencia, se agrupan en 4 categorías: significados de la MME, significados del sobrevivir, mecanismos de afrontamiento y reconstrucción de la cotidianidad y una categoría emergente relacionada con la percepción de los servicios asistenciales. **Conclusiones**. La percepción de calidad de vida, depende no solo de la vivencia de la MME sino también del soporte familiar y de la pareja, además, de la sobrevivencia del o la bebé. En este último caso se evidencia mayor impacto en la percepción de calidad vida de las mujeres. La relación distante y a veces traumática, con el personal de salud genera efectos negativos en las mujeres, acentuando sentires de estrés, preocupación y soledad. El rol de los servicios de salud en una atención integral y humanizada es fundamental.

Palabras clave: Investigación Cualitativa; Salud Materna.

Perception of Quality of Life in Women Survivors of Extreme Maternal Morbidity in a Colombian City

Abstract: Introduction. Extreme Maternal Morbidity (MME) is a public health problem that affects both population health indicators, as well as at the social, family and individual levels, since it implies a situation of multiple changes for the women affected, where their perception of well-being and quality of life is modified by generating a gap between what is perceived and what is desired, mediated by the meaning that the woman gives to her experience, parallel to the social support and configuration of institutional actions in the health sector. **Goals.** Understand the meanings that MME survivors construct around their experience and the influence of these in their recovery and reconstruction processes of their daily lives in a Colombian city. **Methods.** Qualitative approach with the approach of symbolic interactionism and analysis with elements of grounded theory to approach the understanding of the phenomenon, using in-depth interviews and support in field notes. **Results.** The meanings that women give to the experience are grouped into 4 categories: meanings of the MME, meanings of survival, mechanisms of coping and reconstruction of daily life and an emerging category related to the perception of care services. **Conclusions.** The perception of quality of life depends not only on the experience of MME but also on family and partner support, in addition to the survival of the baby. In the latter case, there is a greater impact on the perception of quality of life of women. The distant and sometimes traumatic relationship with health personnel generates negative effects on women, accentuating feelings of stress, worry and loneliness. The role of health services in comprehensive and humanized care is fundamental.

Keywords: Qualitative Research; Maternal Health.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.61-69

1. Introducción

La Morbilidad Materna Extrema (MME) se reconoce como problemática de salud pública ya que afecta alrededor de 1,7 millones de mujeres anualmente y se constituye como la principal causa de discapacidad y muerte en la edad reproductiva. En Colombia en el 2019 se notificaron 11.173 casos, con 85 que corresponden al municipio de Popayán (INS, 2019).

El aumento de la supervivencia ante eventos obstétricos graves implica incremento de consecuencias a nivel individual, familiar y social, con efectos a corto, mediano y largo plazo que van más allá de la esfera física, describiéndose impactos emocionales y psicológicos como trastornos de estrés post traumático, depresión posparto, aislamiento social, alteración de la dinámica familiar, divorcios, aumento de los gastos familiares e incluso suicidios (Camargo et al, 2011). El impacto de estas situaciones sobre la calidad de vida (CV) de las sobrevivientes estará mediado por el universo simbólico y el trasfondo cultural y social creado a lo largo de su vida. Además, determinarán el significado de la experiencia vivida, las representaciones de su condición actual y la manera de enfrentar y reconstruir su cotidianidad. Así, el mundo de las sobrevivientes a MME y su percepción de CV no se conciben como unívoco sino como producto de la experiencia perceptiva (Zubaran et al, 2009).

Convencionalmente, la CV ha sido abordada desde una orientación epistemológica objetivista con estimaciones cuantitativas que aunque relevantes se considera un enfoque limitado, ya que el estudio de la CV como fenómeno subjetivo requiere un abordaje cualitativo que logre una aproximación a la comprensión de los mecanismos significativos e interpretativos específicos, así como de sus consecuencias en la acción de los sujetos en el orden de la interacción, incorporando la cuestión del significado y de la intencionalidad como inherentes a los actos, a las relaciones y a las estructuras sociales como construcciones humanas significativas (Storeng et al, 2010). Con este marco se planteó el abordaje de la CV en sobrevivientes de MME desde la perspectiva cualitativa, con la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la percepción de calidad de vida que tienen las mujeres que sobreviven a un evento de morbilidad materna extrema?

2. Metodología

Estudio con abordaje cualitativo con el enfoque del interaccionismo simbólico y uso de técnicas de análisis de la teoría fundamentadas para acercarse al entendimiento del constructo de calidad de vida relacionada con la salud en el contexto de las mujeres que sobreviven a Morbilidad Materna Extrema, centrándose en lo que significó para ellas la experiencia de sufrir el evento obstétrico y la de sobrevivir al mismo desde las construcciones de las relaciones que establece con su entorno.

2.1 Fundamentación Teórica

En este estudio se distingue entre la calidad de vida que enfatiza en los aspectos psicosociales del bienestar social y del bienestar subjetivo general, y la calidad de vida relacionada con salud (CVRS) la cual de acuerdo con Schwartzmann (2003), parte de la valoración del individuo de las limitaciones que le generan una enfermedad determinada o sus tratamientos en las áreas biológicas, psicológicas y sociales del desarrollo. Se concibe entonces la MME como un evento que puede incidir en la percepción de bienestar/ malestar en las esferas física, emocional y social de la mujer que sobrevive y su familia. Esta concepción de bienestar/malestar genera una brecha entre la CVRS deseada o considerada adecuada y la percibida por la mujer. La magnitud de la esta brecha esta mediada por los mecanismos de afrontamiento o adaptación formados a partir de los procesos individuales, familiares, sociales y culturales generados a lo largo del tiempo (Figura 1).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.61-69

Con este modelo en esta investigación se propone hacer un análisis desde la subjetividad de la mujer que sobrevive a este evento desde el concepto de calidad de vida, incorporando los mecanismos de afrontamiento / adaptación de los cuales dispone y que influyen en el estado de salud percibido, frente al idealizado.



Fig. 1. Modelo de Calidad de Vida Relacionada con salud en Morbilidad Materna Extrema.

2.2 Recolección de la Información

Las participantes fueron seleccionadas por conveniencia y se empleó la estrategia de saturación teórica para el muestreo final de participantes, tomando como punto de partida las bases de datos de MME de la Secretaria de Salud que integra información del municipio de Popayán (ubicado en el Suroccidente del Colombia), de interés por el relevante número de mujeres con MME en la región.

El enrolamiento de participantes se realizó por convocatoria telefónica, y se incluyeron 5 mujeres que expresaron interés de manera voluntaria, firmaron el consentimiento informado, cumpliendo los criterios de inclusión de ser mayores de 18 años y no presentaban los criterios de exclusión de encontrarse hospitalizada o presentar situación de discapacidad cognitiva o del lenguaje que dificultaran la comunicación.

Se empleó para la recolección de información la técnica de entrevistas a profundidad, desarrollada bajo un modelo de conversación abierta, con actitud de escucha por parte de la investigadora, estimulando el relato, garantizando un ambiente de confianza, confidencialidad y dialogo favorable, por lo cual se procuró que los encuentros se realizaran en lugares y horarios definidos por las participantes.

Las entrevistas fueron grabadas y transcritas totalmente. Para garantizar la confidencialidad en la identidad de las participantes se asignó un pseudónimo. Se empleó también un diario de campo donde se registraron los comentarios de la entrevistadora acerca de interpretaciones, intuiciones y conjeturas emergentes, gestos notables y expresiones no verbales esenciales para comprender el significado de lo dicho por las participantes.

Se contó con aval del comité de ética de la Universidad del Valle (acta de septiembre del 2020). Durante las entrevistas fue necesario retomar la experiencia vivida durante el evento de MME, condición que generó situaciones de estrés y labilidad emocional. En estos casos se proporcionaron los primeros auxilios psicológicos por parte de la

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.61-69

investigadora principal y se generaron mecanismos de canalización hacia el asegurador y/o prestador correspondiente para el manejo adecuado de la situación.

2.3 Codificación y Análisis de Datos

El análisis se realizó de manera simultánea con su recolección, acorde con los principios de la teoría fundamentada, con el apoyo del software Ethnograph v6. Se procuró la transcripción, revisión, edición y codificación de la información de las entrevistas y del diario de campo lo más prontamente posible para evitar pérdida de información. La codificación tuvo como punto de partida las líneas de indagación, según los objetivos del estudio: 1. Significados de la vivencia de MME, 2. Significados de la condición de sobrevivientes, 3. Mecanismos de afrontamiento y reconstrucción de su cotidianidad. Inicialmente estas se abordaron de manera amplia y progresivamente se fueron ajustando a medida que se presentaban en las categorías de la teoría sustantiva del modelo de CVRS las diversas subcategorías emergentes (Tabla 1). En la codificación participó la investigadora principal y fue validado a la luz del modelo teórico mencionado con la directora del trabajo de grado de maestría, en cuyo marco se desarrolló este estudio.

Se utilizó el método de comparación constante de Glaser y Strauss (2009) que contempla la codificación abierta, la codificación axial y la codificación selectiva. Se generaron inicialmente 112 códigos descriptivos y estos se revisaron, agruparon y conceptualizaron de manera más abstracta hasta construir las subcategorías emergentes; estas fueron revisadas nuevamente permitiendo que se transformaran o surgieran unas nuevas. Posteriormente, las subcategorías se fueron relacionando a través de la codificación axial, y confrontadas con la revisión bibliográfica para su desarrollo teórico y generación de núcleos temáticos acorde a la teoría sustantiva.

Tabla 1. Categorías analíticas del estudio.

Líneas de indagación	Categorias	Subcategorias emergentes
Significados de la MME	Funcionamiento social	Ruptura prematura del vínculo madre-hija (o).
	Funcionamiento psicológico/mental	Desplazamiento de emociones: alegría – preocupación
		Apoyo familiar
		Miedo a morir
		Aceptar el embarazo
		Culpa
	Estado funcional	Dificultad para realizar tareas cotidianas
Significados de la condición de sobrevivientes	Relacionados con la Espiritualidad/ religiosidad/existenciales	Segunda oportunidad y crecimiento interno
		Desesperanza y culpa
		Oportunidad de aprendizaje
		Voluntad divina, Desgracia
	Estado funcional	Secuelas físicas
		Alteración del funcionamiento sexual
	Funcionamiento psicológico/mental	Miedo a repetir el evento
	Funcionamiento social	Apoyo familiar
		relación de pareja

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.61-69

Mecanismos de afrontamiento y reconstrucción de la cotidianidad	Funcionamiento social	Sobrevivencia del /la hija (o) apoyo familiar Proyectos futuros Proyectos hacia los hijos
	Relación con los servicios asistenciales en salud	Aceptación de las intervenciones médico –asistenciales Soledad Atención tardía Fallas en la atención Fallas en la comunicación Deshumanización

3. Resultados

La percepción de calidad de vida luego de la vivencia de Morbilidad Materna Extrema depende de los significados dados a la experiencia. En esta construcción de significados es esencial el soporte familiar y de la pareja y la sobrevivencia del bebé, convirtiéndose en factores que posibilitan el afrontamiento de la situación, facilitan la reconstrucción de la cotidianidad y disminuyen la brecha entre la calidad de vida percibida y la deseada.

Los significados que las mujeres dan a la vivencia se agrupan en 4 categorías: significados de la MME, significados del sobrevivir, mecanismos de afrontamiento y reconstrucción de la cotidianidad y una categoría emergente relacionada con la percepción de los servicios asistenciales (Figura 2):



Fig. 6. Categorías de los significados de la vivencia de morbilidad materna extrema. Fuente: Elaboración propia.

3.1 Significados de la Morbilidad Materna Extrema

Durante la experiencia de la MME, la posibilidad de morir se muestra cercana y la sensación de la naturaleza transitoria de la vida favorece sentimientos como el miedo y sufrimiento afectando la percepción de bienestar:

> Diana – "sentía miedo (…) de pronto pues que me muriera o que se complicara más"

La vivencia de la MME representó también la posibilidad de aceptar el embarazo como una realidad:

> Carolina – "Entonces ahí sí (la complicación) ya me empezó a dar duro, porque yo hasta último momento, yo no lo aceptaba (el embarazo)"

El sentimiento de culpa se presenta, en especial, en los casos donde había negación previa del embarazo:

> Carolina – "(...) eso es culpa mía (...), me sentía mal de saber que de pronto le podía estar pasando eso a Sofí por mi culpa"

(cc) BY-NC-ND
DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.61-69

La aparición de complicaciones de la gestación representa para la mujer la separación prematura de su recién nacido (a) lo que implicó para las participantes perder la posibilidad de ser las primeras en establecer contacto con su hija(o):

> Ana – “No me querían pasar a la niña y yo que la niña y el primero que la cargo de por si fue el papá”

Esta situación se vuelve más traumática cuando el/la recién nacido (a) muere:

> Estella - “Yo digo que fue el peor error que pudieron haber hecho [el personal asistencial], no dejármela ver. Así estuviera como estuviera (…) al menos me la hubieran dejado cargar, me la hubieran dejado ver, pero no, nunca me dejaron”

En el caso de Estella fue posible evidenciar, tanto desde la narrativa como desde la observación, cómo la muerte de su hija y la imposibilidad de conocerla o establecer un contacto físico con ella, magnificó el impacto de la vivencia, incluso afectando la elaboración de un duelo efectivo. Estella es la única en quien se evidencia una clara afectación del estado emocional y mental manifestada con una posible sintomatología depresiva.

A pesar del riesgo inminente de muerte de la madre, se presenta un desplazamiento de los sentimientos de miedo y sufrimiento hacia el /la bebe:

> Carolina - " en ese momento (la complicación) me preocupaba era Sofía, porque yo decía no pues yo, pero ¿y la bebé?"

El bienestar y sobrevivencia del o la hija (o) genera una sensación de alivio, tranquilidad y alegría posibilitando la vivencia de la maternidad.

> Diana - " Sentía alegría por mi hijo que, pues ya había nacido (…) cuando ya nació ya me contenté porque ya me había salido bien"

3.2 Significados de la Condición de Sobreviviente

La experiencia de la MME influye significativamente en la decisión de embarazarse nuevamente; las participantes refieren no querer repetir la experiencia a pesar de haber tenido planes anteriores de dos o más hijos:

> Ana – “lo que me pasó, no quiero que me vuelva a pasar, me da miedo. No quiero más hijos, con ella me quedo. (…) yo siempre he dicho que quiero los dos, pero con lo que me pasó no quiero más”

La fe, la espiritual y las creencias religiosas son referida por las participantes como fuente de calma, esperanza y confort y permite la aceptación de la experiencia:

> Ana – “dicen que Dios le pone las cosas a uno y yo las acepto (…) yo le agradezco a Dios porque el médico si cuando salí del quirófano y la presión estaba alta el médico se asustó”

La maternidad motiva un sentimiento de apego hacia el bebé como objeto de su total atención y cuidado, como la esencia misma del ser madre. Es por esto que la sobrevivencia del bebé marca sustancialmente la satisfacción frente a la experiencia, así, para las mujeres cuyo bebé sobrevive, la condición de sobreviviente permite la aceptación de la maternidad, un aprendizaje o una bendición al estar vivos, incluso, la validación del sufrimiento; todo esto ligado estrechamente al nuevo rol de madres:

> Diana - "Gracias a mi Dios así fue, pues fue grave, pero fue una experiencia que tiene que vivir uno (…) si me duele, pero no fue nada. Gracias a mi Dios nació bien, (…) Gracias a Dios, valió la pena el sufrimiento"

En el caso de Estella, quien perdió su bebé a causa de la complicación, su percepción frente a la vivencia muestra sentimientos de desesperanza incluso de culpa hacia el personal de salud:

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.61-69

> Estella - Lo que me duele es saber que estoy sufriendo, que estoy enferma, que estuve a punto de morir y no la tengo (…) estoy sufriendo y sé que tengo que luchar, pero no sé por quién voy a luchar, porque por la persona por la que quería luchar ya no puedo luchar"

Como se evidencia en Estella, la depresión es uno de los efectos a nivel psicológico que se reporta en casos de pérdidas perinatales (factores psicológicos implicados en el duelo perinatal), pese a ello, es notoria la falta de acompañamiento e intervención adecuada desde los servicios asistenciales, reforzando sentimientos de desconfianza y negando la posibilidad de apoyo terapéutico.

Además de la esfera emocional, la física y funcional también se ven afectadas por la experiencia de la MME que afectan el significado que las mujeres dan a la sobrevivencia:

> Estella - "después de eso yo quedé con mucho dolor de cabeza (…) después del parto quedé con piticos en los oídos y por ejemplo me levanto y se me van las luces de una vez, o sea, me mareo"

3.3 Mecanismos de Afrontamiento y Reconstrucción de su Cotidianidad

Al indagar sobre el cómo las mujeres afrontan el puerperio en el contexto de su experiencia, la construcción de significados se centró en la importancia del recién nacido para retomar la cotidianidad.

> Berta - "es una bendición que él haya sobrevivido, una bendición que los dos estemos juntos, qué él esté bien (…) ahora no es mi cuidado sino el de él (…) pienso mucho en la salud de él y que no le vaya a pasar nada"

Nuevamente el apoyo familiar aparece en escena, en este caso es percibido como facilitador de la reconstrucción de cotidianidad:

> Carolina - " Ella [la madre] me ayudaba con Sofía, me la cuidaba mientras Daniel [pareja] y yo íbamos a la universidad)"

La proyección hacia el futuro también representa un mecanismo de afrontamiento de la situación:

> Carolina – "Quiero terminar mi pasantía (…) espero poder graduarme y el papá de la niña vive en Medellín, entonces, mis planes son irme para allá con Sofí a trabajar allá"

3.4 Relación con los Servicios Asistenciales

Como categoría emergente se describe la percepción que las participantes generan de su relación con el personal asistencial y los servicios de salud.

El riesgo inminente de muerte y pérdida del/ la bebé genera en la gestante una sensación de vulnerabilidad, lo que se manifiesta en la aceptación de las intervenciones del equipo de salud, incluso la necesidad de "ponerse en sus manos" con tal de lograr el mejor resultado para ella y su hijo (a). Las mujeres eran conscientes de la necesidad del tratamiento médico, sin embargo, emocionalmente eran difíciles de aceptar:

> Berta – "mi mami les decía (a los médicos), que me ayudaran, que ellos tenían que poder hacer algo, ya cuando nos dijeron que sí, que lo iban a retener y todo pero que yo tenía que estar muy tranquila "

Se refieren problemáticas de atención tardía, fallas en la atención y en la comunicación:

> Estella - "yo duré con la niña dos días muerta (…) entonces él [médico] me devolvió y me hospitalizaron. Pero ¡uf! Como a las seis horas. No, eso no fue inmediato, fue cuando a ellos les dio la gana"

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.61-69

> Ana- "el enfermero jefe de ahí de quirófano me daño una vena de los nervios que él tenía (…) y hasta regañó [el médico] al enfermero jefe que me daño la vena"
>
> Estella - " siempre pregunté y nunca me decían nada (…) nunca me dijeron tienes preclamsia, nunca me dijeron tienes la presión alterada, nunca, nada. Entonces sí sabían y no me ayudaron"

En medio del evento traumático la familia no puede estar acompañando totalmente a la mujer, en consecuencia, se deshumaniza la atención pues la salud del paciente no solo depende de las cuestiones físicas.

Esta interacción conflictiva con el personal asistencial contribuye a que la situación sea vivenciada de manera más compleja. Las mujeres muestran que la desinformación, la ausencia del personal en momentos claves y las conversaciones erráticas con ellos contribuyen a la sensación de soledad, desesperación, preocupación.

> Estella - "entonces me toco con una jefe de enfermería, esa señora fue lo más grosera, patán, irrespetuosa que he podido conocer en la vida (…) ella con uno era la peor persona (…) yo lloraba y ella me escuchaba y pasaba por ahí no más me miraba y me decía que dejara de ser así, que eso no era nada, que yo no era ni la primera ni la última (…) para mí eso fue horrible tener que estar con esa señora"

Es necesario resaltar que Estella por la situación particular de pérdida de su hija es quien refiere, en términos generales una mayor percepción desfavorable y relación negativa con los servicios de salud.

4. Discusión

Cuando una mujer está embarazada se enfrenta a la construcción de una nueva identidad y otro tipo de transformaciones de orden social y económico, además de la elaboración de una representación del niño o niña por nacer y la construcción progresiva del vínculo con él o ella, lo cual coincide con los hallazgos del estudio de Castro (2011). Acorde con Souza et al (2009), la mujer deja de sentirse mujer para comprenderse madre, y la complicación durante el embarazo, parto o puerperio amenaza tanto la nueva identidad como el vínculo formado con el nuevo ser; por ello pese al evento, si el bebé sobrevive se posibilita la vivencia de la maternidad e incluso es percibida como una oportunidad de crecimiento interior, pero si se pierde el objeto del vínculo sobrevienen el rechazo, la apatía y el desespero como se evidencia en el caso de Estella en nuestro estudio. Cuantas más secuelas tenga un evento traumático, en este caso la pérdida del hijo (a), más probable es que se produzca una respuesta que dificulta la aceptación de la vivencia y retrasa la posibilidad de recuperación física, emocional y social haciendo más intensa la experiencia de la complicación. Una mayor implicación emocional, una mayor auto responsabilización por los hechos y un mayor cuestionamiento de valores parece asociarse a peores secuelas a largo plazo.

Acorde con Vázquez (2014), se encuentra que la felicidad y el optimismo pueden moderar el impacto de un trauma o estresores vitales, permitiendo que se evalúen los hechos adversos de modo más benevolente, derivando, incluso consecuencias positivas de las experiencias negativas vividas; además muestran menor rumia de ellos mismos y del impacto de sus circunstancias negativas actuales. En este sentido, el bebé se convierte en generador de felicidad y optimismo, siendo el moderador del impacto de la experiencia. En relación a ello, la mujer se siente completa, pues socialmente es vista como alguien capaz de cumplir con su destino anatómico.

Pese a la abundante literatura que habla sobre la importancia de la buena relación entre paciente y personal de salud, las mujeres en sus narraciones expresan, directa o indirectamente, sus desencuentros con enfermeros, médicos, auxiliares, especialistas, etc. Es decir, en este aspecto, el campo de atención de salud es distante al campo académico. Lo que genera unos efectos negativos en las mujeres, acentuando sentires

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.61-69

de estrés, preocupación y soledad. Furuta et al (2014), refieren que los efectos psicológicos de la MME pueden exacerbarse si la mujer se enfrenta a una actitud hostil o de juicio hacia ellas por parte del personal de salud.

5. Conclusiones

El abordaje cualitativo en un evento como la MME permite incorporar la percepción de las mujeres en la evaluación de resultados en salud desde la subjetividad de la experiencia, con las voces de quien la experimenta, rescatando la esencia idealista de la calidad de vida entendida no como realidad estática independiente del sujeto sino como una construcción de significados y símbolos producto de la interacción social.

Los resultados de este estudio permiten evidenciar la necesidad de fortalecer la atención integral en los servicios de salud, en especial post evento obstétrico, no solo centrada en la vigilancia en salud pública sino en la recuperación y prevención de complicaciones tanto en la esfera física como en la emocional, familiar y social, con la impronta de principios de calidad y humanización en salud.

6. Referencias

Camargo, R.S., Pacagnella, R.C., Cecatti, J.G., Parpinelli, M.A., Souza, J.P. & Sousa, M.H. (2011). Subsequent reproductive outcome in women who have experienced a potentially life-threatening condition or a maternal near-miss during pregnancy. Clinics (Sao Paulo), 66(8),1367-1372.

Castro Franco, B., & Peñaranda Correa, F (2011). La comprensión de los significados de la maternidad: el caso de un programa de cuidado prenatal en un centro de salud en Popayán, Colombia. Salud Colectiva, 7(3).

Furuta, M., Sandall, J., & Bick, D (2014). Women's perceptions and experiences of severe maternal morbidity--a synthesis of qualitative studies using a meta-ethnographic approach. Midwifery; 158-169

Glaser, B.G.& Strauss, A.L.(2009). The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research. Transaction Publishers.

INS (2019). II periodo epidemiológico de 2019. Bogotá: Instituto Nacional de Salud. Available from: http://www.ins.gov.co/boletin- epidemiologico/Paginas/default.aspx.

OMS (2014). ¿Por qué siguen muriendo tantas mujeres durante el embarazo y el parto? Ginebra: Organizacion Mundial de la Salud.Disponible en página web: www.who.int/features/qa/12/es/

Schwartzmann L (2003). Calidad de Vida Relacionada con la Salud: Aspectos Conceptuales. Cienc enferm, 9(2), 09-21.

Souza J CJ, Parpinelli M, Krupa F, Osis M (2009). An Emerging “Maternal Near-Miss Syndrome”: Narratives of Women Who Almost Died During Pregnancy and Childbirth. Birth: Issues in Perinatal Care, 36

Storeng, K.T., Murray, S.F., Akoum, M.S., Ouattara, F. & Filippi V (2010). Beyond body counts: A qualitative study of lives and loss in Burkina Faso after ‘near-miss’ obstetric complications. Social Science & Medicine, 71(10), 1749-1756.

UNICEF (2019). Healthy Mothers, Healthy Babies: Taking stock of maternal health. New York: UNICEF.

Vásquez CL, Acuña GPP (2014). La vivencia de la pree-clampsia: una dura travesía para la cual no se está preparada. Revista Salud UIS, ;46(2).

Zubaran, C., Foresti, K., Schumacher, M.V., Muller, L.C. & Amoretti AL (2009). An assessment of maternal quality of life in the postpartum period in southern Brazil: à comparison of two questionnaires. Clinics (Sao Paulo), 64(8), 751-756.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.61-69

Análise do Processo do Cuidar na Atenção Básica: Deslocando o Olhar do Eu-Trabalhador

Thalita da Rocha Marandola[1], Célia Maria da Rocha Marandola[1], Josiane Vivian Camargo de Lima[1], Katia Santos de Oliveira[1], Maira Sayuri Sakay Bortoletto[1] e Regina Melchior[1]

[1]Universidade Estadual Londrina, Brasil | thalitamarandola@uel.br; celiamarandola@hotmail.com; josivivian@gmail.com; katia.fit@gmail.com; mairuska@gmail.com; reginamelchior@gmail.com | https://orcid.org/0000-0002-5042-6873; https://orcid.org/0000-0002-7426-9729; https://orcid.org/0000-0002-4448-3548; https://orcid.org/0000-0003-3622-7955; https://orcid.org/0000-0002-7458-389X; https://orcid.org/0000-0002-7198-601X;

Resumo: A Atenção Básica (AB) é o principal acesso da população as serviços do Sistema Único de Saúde brasileiro, é neste campo que a Estratégia Saúde da Família (ESF) atua com a promoção, prevenção, reabilitação, produzindo o cuidado com o usuário pertencente a sua área de abrangência. A ESF compõem o território dos usuários e está próximas as famílias e são nestas relações que há produção do cuidado. Conhecendo este contexto, é relevante discutirmos as práticas de cuidado realizadas nestes espaços, de forma a contribuir com o processo de trabalho destas equipes e apoiá-los na produção do cuidado em saúde. Objetivos: analisar a produção do cuidado realizado pelos trabalhadores de uma equipe da Estratégia Saúde Família, de um município de grande porte, no sul do País. Métodos: Trata-se de uma pesquisa interferência, na perspectiva cartográfica, que utilizou-se do usuário cidadão guia e tenda do conto para acessar as formas como o cuidado é produzido. Foi escolhida uma família cidadã guia a partir das indicações da equipe de ESF de uma UBS. O acompanhamento ocorreu no período de 2016 e 2017. Os encontros foram registrados por meio de gravações em áudio e diário de campo. A tenda do conto foi uma ferramenta utilizada em uma das reuniões de equipe como um dispositivo disparador para a reflexão do trabalho. Resultados e conclusão: a complexidade do caso apresentado pela família cidadã guia suscitou a discussão do processo de subjetivação a que estamos sujeitos, e que produzem olhar armado sobre o usuário e suas necessidades em saúde de forma a interferir diretamente na produção do cuidado deste indivíduo/família. Identificamos que uma forma de apoiar o trabalhador em saúde nesta desconstrução do olhar armado é incentivando a reflexão do processo de trabalho diário. E a educação permanente em saúde (EPS) é apresentada como uma alternativa neste processo.

Palavras-chave: Produção do Cuidado; Atenção Básica; Cartografia; Processo de Trabalho; Usuário Cidadão Guia.

Analysis of the Process of Care in Primary Attention: Shifting the I-Worker Look

Abstract: Primary Care (AB) is the main access of the population to the services of the Brazilian Unified Health System, it is in this field that the Family Health Strategy (FHS) works with the promotion, prevention, rehabilitation, producing care with the user belonging to its coverage area. The FHS comprise the territory of the users and the families are close and it is in these relationships that care is produced. Knowing this context, it is relevant to discuss the care practices carried out in these spaces, in order to contribute to the work process of these teams and support them in the production of health care. Objectives: to analyze the production of care provided by workers of a family health strategy team, in a large municipality, in the south of the country. Methods: This is an interference research, from a cartographic perspective, which used the citizen user tale guide and tent to access the ways care is produced. A citizen guide family was chosen based on the indications of the FHS team of a UBS. The monitoring took place between 2016 and 2017. The meetings were recorded through audio recordings and a field diary. The tale tent was a tool used in one of the team meetings as a trigger device for the reflection of the work. Results and conclusion: the complexity of the case presented by the citizen guide family raised the discussion of the subjectification process to which we are subject, and which produce an armed look at the user and his health needs in order to directly interfere in the production of care for this individual/family. We identified that a way to support the health worker in this deconstruction of the armed gaze is to encourage reflection on the daily work process. And permanent health education (EPS) is presented as an alternative in this process.

Keywords: Care Production; Basic Attention; Cartography; Work process; User Citizen Guide.

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.70-77

1. Introdução

No Brasil, a Atenção Básica (AB) tem se configurado como terreno fértil para as diferentes experimentações que conduzem à produção contínua do cuidado – mantendo-se como principal porta de entrada do usuário ao Sistema Único de Saúde (SUS), embora não seja a única (BRASIL, 2012; p. 9).

As equipes de saúde que atuam na AB, seja na Unidade Básica de Saúde (UBS) e/ou na Estratégia Saúde da Família (ESF) são responsáveis pelo acompanhamento do usuário em todo o ciclo vital a partir do desenvolvimento de ações ligadas à promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e recuperação da saúde individual/coletiva - com foco na produção do cuidado (BRASIL, 2012; p.19).

Por sua vez, o cuidado é formado por um leque de ações, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes que se complementam ao mesmo tempo em que se disputam e, embora inerente ao processo de trabalho dos profissionais da saúde, o cuidado é de responsabilidade, também, dos familiares, dos amigos, e do próprio usuário (CECÍLIO, MERHY 2003; FEUERWERKER, 2013).

O processo de trabalho tem como principal objetivo a projeção de resultados que buscam atender as necessidades e expectativas do usuário conforme sua organização social e, se caracteriza pelo conjunto de ações e a maneira como desenvolvemos nossas atividades profissionais buscando transformar o “objeto” em algo melhorado e/ou mais consciente (FARIA, et. al, 2009; p.21).

Para o desenvolvimento do processo de trabalho das equipes de saúde onde o usuário é o principal objeto, o modelo médico-hegemônico de atenção, ainda se constitui em barreiras para este usuário, que busca seu cuidado, sendo comum: *a insatisfação/insegurança dos usuários com o atendimento recebido e com a maneira com que os profissionais de saúde operam os serviços – utilizando-se de práticas histórico-socialmente determinadas pela ação médico-hegemônica* (RODRIGUES; ARAÚJO, 2003).

Neste modelo de atenção, a baixa efetividade das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde interfere diretamente na capacidade de atendimento às demandas por saúde individual e coletiva dos usuários do SUS (RODRIGUES; ARAÚJO, 2003). Sendo necessária uma reflexão das equipes de saúde acerca do processo de trabalho e suas práticas de saúde onde os trabalhadores possam se colocar em análise no intuito de evitar prejuízos para o cuidado em saúde produzido nos encontros entre usuários e trabalhadores de saúde.

Neste sentido, a Educação Permanente em Saúde (EPS) aparece como uma potente estratégia para a modificação das práticas de saúde e pode ser colocada pelos serviços de saúde como estruturante, inclusive, das eventuais necessidades de atualizações técnicas. Pois, muitas vezes por trás de uma pseudo-necessidade de atualização estão outros problemas do processo de trabalho daquela equipe, que vão desde estrutura física até a forma de organização do trabalho e os desafios do trabalho em equipe (MARANDOLA et. al, 2009).

Diante do exposto e tendo como subsídio uma pesquisa na qual os pesquisadores experienciaram os caminhos percorridos pelo usuário em sua busca pelo cuidado em saúde, este artigo tem como objetivo analisar um processo de educação permanente executado a partir dos resultados desta pesquisa.

2. Metodologia

Este artigo é produto da Pesquisa intitulada como Observatório de Práticas de Cuidado em Redes Atenção Domiciliar e Atenção Básica que foi aprovada no comitê de ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina sob o Nº 1.643.145 datado de 20 de julho de 2016, em consonância com as orientações do CNS Nº 466/2012.

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.70-77

Contou com apoio e financiamento da Fundação Araucária para o grupo de pesquisa e com auxílio financeiro ao pesquisador principal por meio da bolsa Capes. A pesquisa em campo foi realizada entre os meses de agosto/2016 a agosto/2017.

Com o objetivo de analisar a produção de cuidado realizado pelos trabalhadores de uma equipe da ESF, de um município de grande porte no sul do País, optou-se pela estratégia cartográfica que possibilita o in-mundizar-se com o processo de trabalho junto com o trabalhador já in-mundizado, desta forma produzirmos juntos a pesquisa em nós, a reflexão de si. Tal modo de pesquisar:

> "Consiste na produção de questionamentos sobre a própria prática do pesquisador, in-mundo. Análise que se amplia no movimento de produção do sujeito em ato e de suas afecções, pertença, referências, motivações, investimentos libidinais, bem como das relações de saber poder sempre produzidas nos encontros entre o pesquisador e seus objetos. Aqui se abre espaço para a experiência, para o exercício de produzir um conhecimento interessado, implicado na transformação de práticas e saberes que, por exemplo, prescrevem formas universais de se andar a vida" (ABRAHÃO et. al, 2013, p. 156).

Este espaço para a experiência produz caminho para a pesquisa de interferência (Moebus, 2016), pois nela consideramos que todos somos pesquisadores, não só a equipe de pesquisa, mas também os trabalhadores de saúde e os próprios usuários. Assim, todos pesquisadores, ao mesmo tempo que experienciam o campo, fazem reflexões e análises sobre o vivido.

A cartografia, perspectiva metodológica utilizada, trata-se de um caminho que se constitui segundo o que é experimentado em ato. Para Deleuze, Guatarri (2000) cartografar é o ato de construir mapas não estáticos: mapa "aberto, conectável em todas as suas dimensões, desmontável, reversível, suscetível de receber modificações constantemente" (p.30). Para Rolnik (2016), a cartografia

> "é diferente do mapa, é inteligibilidade da paisagem em seus acidentes, suas mutações: ela acompanha os movimentos invisíveis e imprevisíveis da terra - aqui movimentos do desejo -, que vão transfigurando, imperceptivelmente, a paisagem vigente" (p.62).

Esta construção é produzida nos encontros, a cada acontecimento em ato, pois, novos atores são envolvidos no processo da pesquisa, e assim, a mesma vai se efetivando e o produto destes encontros são pistas para um novo movimento.

Como dispositivo para o trabalho de campo foi utilizado o usuário cidadão guia, este dispositivo já utilizado em outras pesquisas, nomeado como usuário guia (SILVA, 2007; MERHY, 2011) auxilia na escolha dos caminhos a serem percorridos durante a produção dos dados. O termo usuário guia foi descrito por Merhy et. al, (2011) num estudo sobre Saúde Mental, no qual estes autores se espelharam na metodologia de uma historiadora do campo social e da cultura (SILVA, 2007). Esta autora utilizou e vivenciou a trajetória nômade dos artistas circenses em seu estudo sobre "circo-teatro". Chamados de artistas-guias, estes iam se produzindo a partir da própria trajetória, construindo memórias de vida e possibilitando o mapeamento de lugares, instituições, práticas e saberes (MERHY et. al, 2011; p.14).

Segundo Brasil (2014) mostra que o usuário-guia tem sido utilizado como um relato da produção do cuidado com um usuário que acompanhamos no serviço de saúde. Sendo necessário compreender o usuário-guia como a narrativa de um encontro (SILVA et. al, 2016, p. 252). Contudo este termo desenvolveu-se e agora é reconhecido como usuário cidadão guia (MOEBUS, MERHY, SILVA, 2016; p.52).

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.70-77

> "Deste modo, trazer o usuário e sua narratividade, sua perspectiva para o centro da produção do saber sobre o cuidado, reconstruindo suas trajetórias de vida, seus "inumeráveis estados do ser", é então uma aposta política, ético-estético-política de reafirmar que ele precisa estar no centro da produção do cuidado e do saber"

Nesta pesquisa, pudemos acompanhar uma família toda, sendo assim, a nomearemos como família cidadã guia, emprestando seu conceito do usuário cidadão guia. A seleção para a pesquisa foi realizada a partir das indicações dos profissionais de saúde do serviço no qual a pesquisa foi inserida. Os demais sujeitos foram convidados a produzir a pesquisa conforme eram citados nos encontros e nas narrativas a partir da rede produzida pelo usuário na busca do cuidado.

O cidadão-guia pertencia a uma família assistida pela equipe de estratégia de saúde da família e outros serviços da rede de atenção à saúde do município, residente em um bairro de periferia de alta vulnerabilidade social, em um município de grande porte do sul do País.

Foram incluídos na pesquisa: profissionais da saúde inseridos na atenção básica: enfermeiras, técnicos de enfermagem, assistente social, nutricionista, médicos, agentes comunitários de saúde, auxiliares administrativos, fisioterapeuta e psicóloga. Profissionais do serviço especializado: psicóloga, assistente social, promotor público. E os integrantes do núcleo familiar selecionado: 2 mulheres e 3 homens.

As ferramentas utilizadas no trabalho de campo foram o diário de campo (CECÍLIO; MERHY, 2003) e as narrativas (ONOKO CAMPOS, 2008) (gravadas e transcritas) que associadas aos encontros e aos autores intercessores produziram o movimento de pesquisa. Os autores intercessores são as referências teóricas que impulsionam a análise do movimento da pesquisa de forma a interseccionar com todos os outros elementos.

Durante o processo da pesquisa, observamos a necessidade de trabalharmos, pesquisadores-pesquisadores e pesquisadores-trabalhadores, a reflexão sobre nossas percepções de cuidado e como isto poderia estar relacionado com a nossa prática na atenção básica, desta forma optamos por realizar a tenda do conto com os trabalhadores da equipe da ESF. Para Félix-Silva (2014). A tenda do conto é:

> "É um espaço vivo de exposição de guardados e de experimentação do corpo. Nela, cada participante investe o objeto de desejo por meio da palavra, de maneira que o objeto de afetação ganha vida com as vozes, a narrativa de quem faz o conto e a fala e o silêncio de quem escuta cada participante que se anuncia" (Félix-Silva, 2014, p.16).

Desta forma, foi proposto para a equipe uma oficina reflexiva, utilizando como ferramenta a Tenda do Conto, e este processo será relatado a seguir.

3. Desenvolvimento

A família acompanhada pela equipe de saúde é composta pela mãe e 4 filhos dependentes. Sendo que dois deles apresentam necessidades em saúde de alta demanda relacionada à saúde mental, residem na periferia do município, recebem benefícios de programas sociais do Governo e auxílio de vizinhos, instituições religiosas e filantrópicas. Além das dificuldades locais (como violência, controle social por meio do tráfico e pobreza) a família convive com o histórico de violência contra mulher e abuso sexual. Desta forma sua luta pelo acesso aos serviços de saúde reflete muito mais do que a necessidade gerada pelo corpo biológico.

Na busca pelo cuidado, a mãe teceu sua própria rede, formada por vários profissionais de saúde em diferentes pontos da Rede de Atenção, além de profissionais de outros setores e serviços públicos. Contudo, seu maior vínculo era com a equipe da ESF, pois, já conhecia os trabalhadores e, principalmente, sabia com quem podia contar.

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.70-77

Todavia, o entendimento da equipe era de que nada mais poderia ser feito pela família. A fala frequente dos trabalhadores demonstrava esgotamento da equipe com o caso, que apesar de não ser o mais complexo da área de abrangência, era a situação que mais sensibilizava.

Diante disso, foi proposto à equipe um momento de discussão sobre a família. Em uma das reuniões semanais a equipe discutiu sobre a família cidadã guia, desta vez, a partir das percepções de cuidado e afetações que cada um tinha sobre o caso, sendo utilizada a ferramenta: Tenda do Conto (Félix-Silva, 2014) que, no primeiro momento propôs uma análise das experiências pessoais e no trabalho sobre o cuidado, em seguida permitiu a análise do caso acompanhado.

O processo auxiliou no deslocamento da forma como o trabalhador enxergava a família. Este momento vivenciado com a equipe promoveu lágrimas, soluços, abraços e empatia que expressavam como cada um estava se sentindo naquele momento, mostrando o modo como compartilhavam o cuidado. Ao final conversamos sobre processo de trabalho e como as ações de cada um interferem na construção do cuidado do outro, e juntos perceberam que nesta família não havia algozes ou vítimas, mas que pessoas que lutam diariamente na tentativa de buscar o melhor para si, de pessoas que querem, assim como nós, se sentirem cuidadas.”

4. Discussão

O momento da reunião de equipe é um espaço formalmente instituído para que os trabalhadores possam discutir os casos que estão acompanhando. Observou-se neste processo de trabalho que a escolha dos casos a serem visitados em determinado dia é realizada de acordo com a demanda ou com a programação da equipe. São discutidos aspectos relacionados a pedido ou resultados de exames, renovação de receitas e demandas ou desdobramentos da assistência daquela visita. Os atores deste processo executam suas ações de acordo com o que há de instituído e, também, com o que acreditam que seja o ideal de cuidado.

No momento em que realizamos a tenda do conto, durante a reunião, a equipe conversou sobre a concepção de cuidado para cada trabalhador sendo que as significações apresentadas remetiam ao cuidado e às ações relacionadas às figuras maternas (avós/tias) que produziam o cuidado familiar ou, que na percepção de uma trabalhadora, são as responsáveis pela falta de cuidado ou culpadas por problemas familiares. Aqui, observamos uma pista dos fluxos que atravessam e que constituíram o processo de subjetivação dos trabalhadores de saúde, como o Cuidar direcionado a figura materna.

A subjetivação são frutos de experiências individuais, mas sofrem influência de concepções de verdade de um coletivo. Pode-se dizer da subjetividade como aquilo que concorre para a produção de um “si”, um modo de existir, um estilo de existência (SOARES, MIRANDA; 2009, p.1). Ou seja, se na minha experiência familiar o cuidado dos filhos é exclusividade da mulher, a sociedade re-afirma que a mulher é quem tem o papel de cuidar, o meu encontro com uma mulher que sugere ausência de produção de cuidado da forma como eu entendo, será ruidoso. Guattari e Rolnik (1996) discutem como o processo de subjetivação, por eles nomeada com subjetivação capitalística, influência em nossas práticas:

> Tudo o que é produzido pela subjetivação capitalística - tudo o que nos chega pela linguagem, pela família e pelos equipamentos que nos rodeiam - não é apenas uma questão de ideia, seria uma transmissão de significações por meio de enunciados significantes. Tampouco se reduz a modelos de identidade, ou a identificações com polos maternos, paternos, etc. Trata-se de sistemas de conexão direta entre as grandes máquinas produtivas, as grandes máquinas de controle social, e as instâncias psíquicas que definem a maneira de perceber o mundo (GUATARRI, ROLNIK; 1996, p.27).

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.70-77

É como se vetores atravessassem indivíduo (de forma sutil), produzindo deslocamentos e influenciando diretamente em suas ações, mas sem que essas ações sejam percebidas como frutos de um processo de subjetivação capitalística, pois uma característica deste processo é influência discreta, mas intensa.

Os atores da produção do cuidado trazem em si processos de subjetivação que direcionam suas práticas a partir do que aprenderam enquanto experiência individual e coletiva. E a depender do encontro com o usuário, poderá produzir um olhar de empatia ou um olhar armado para as necessidades do outro.

Se os atravessamentos do encontro com o usuário produzir empatia, o trabalhador da saúde poderá caminhar ao lado deste usuário e tecnologias leves e duras (Merhy; Feuerwerker, 2009) serão utilizadas, instintivamente, neste encontro; mas se este processo de subjetivação produzir um olhar armado, ou seja, um olhar desconfiado das necessidades do outro, um ponto de vista que não considera o usuário como interlocutor (Slomp Júnior, et. al, 2015) válido do seu processo de cuidado, então este olhar produzirá cegueira sobre as necessidades do usuário.

O não reconhecimento da necessidade do outro é uma construção contínua, com sucessivas aproximações e compõe o nosso cotidiano enquanto trabalhadores da saúde. Pois, a partir de alguns aspectos da vida do usuário, são construídos um enquadramento do usuário, como se fosse uma fotografia, e como apontam Baduy et. al, (2015):

> Esta fotografia, como uma imagem em duas dimensões, foi capaz de revelar apenas alguns aspectos da sua vida e da sua saúde, mas também produziu uma certa “verdade” sobre ela – seu diagnóstico – como se este incluísse sua vida-multidão, como se ambos coubessem na mesma fotografia e pudessem se resumir a uma imagem imutável (p.222).

Discussões como estas nos permite revisitar nossas práticas e analisar o quanto subjetivações estão operando enquanto compomos o processo de cuidado do outro. Regimes de verdades (FOUCAULT, 1985a; p. 11) que vem sob forma de condutas morais ou até mesmo éticas, mas que pouco enxerga a vida que há do outro lado, e que dependendo de sua rotulação ou classificação, pouco vale a pena.

Bertoluci, et. al, (p. 2016) corroboram ao afirmar que:

> Este lugar de portador da verdade abre certas visibilidades e não outras, muitas vezes causando cegueiras e diminuindo as possibilidades de acessar outros territórios existenciais daqueles com quem nos encontramos no dia a dia do cuidado em saúde (p.191).

Reconhecer que há processo de subjetivação em nossa prática do cuidar apoia o deslocamento do olhar armado (Merhy et. al, 2019) do trabalhador da saúde para um olhar centrado no usuário e suas necessidades. Espaços de conversa já instituídos, como nas reuniões, permitem que a equipe realize o processamento e análise da produção do cuidado. É válido pontuar que a utilização de ferramentas disparadoras da reflexão do trabalho são elementos estratégicos na rotina do serviço. Utilizamos neste caso a Tenda do Conto, trata-se de um processo colaborativo de metodologias participativas, realizada em grupos, que permite ao usuário ou o trabalhador, ser protagonista de sua própria história, a partir do momento que narra suas experimentações e dá voz às suas afecções, é uma prática integrativa de cuidado em saúde (Félix-Silva, 2014).

Trabalhadores que não têm um espaço de reflexão do processo de trabalho, não produzem análise, logo vivem o plano de ação dos outros atores repetindo prática já instituídas com pouco espaço para criatividade, centrada em reprodução de protocolos com prevalência na utilização de tecnologias duras e leve duras, muitas vezes não indo ao encontro às necessidades singulares do usuário, em especial dos usuários complexos, como neste caso. O diálogo entre os integrantes das equipes e entre as equipes de saúde de diferentes estações da rede favorecem a produção do cuidado da família e a continuidade da mesma, pois assim as ações se complementam.

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.70-77

5. Considerações Finais

A pesquisa interferência é uma proposta que permite o caminhar do pesquisador e trabalhador da saúde lado a lado, ambos compartilham seus papéis possibilitando a análise das práticas no cotidiano institucional, constituindo novos territórios e incentivando a construção de novas práticas. Tal estratégia metodológica provoca questionamentos no que já está instituído e convida os trabalhadores (agora pesquisadores) a realizar reflexão dos processos de trabalho até então não questionados, se mostrando uma potente ferramenta de Educação Permanente.

As interferências são produzidas no e pelo trabalhador e abre possibilidades para utilizar ferramentas conforme a necessidade que o território da pesquisa exigir. Na construção da pesquisa com os trabalhadores da ESF, a família cidadã guia deu pistas de como esta equipe produziu o cuidado em saúde no encontro com ela. A partir de então a utilização da ferramenta Tenda do Conto possibilitou auto análise dos modos de cuidar destes trabalhadores, que além de observarem a necessidade de darem vazão ao seus afetos perceberam que realizar a educação permanente em saúde seria um caminho para a prática da reflexão do processo do cuidar. A pesquisa produz conhecimento ao mesmo tempo que produz reflexão e mudança da prática em ato.

6. Referências

Abrahão, A.L. et al. O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. Lugar Comum (UFRJ), Rio de Janeiro, v. 39, p. 133-144, 2013.

Baduy, R.S; et al. “Mas ele não adere!” – O desafio de acolher o outro que é complexo para mim. In: Merhy, E.E.; Baduy, R.S.; Seixas, C.T.; Almeida, D.E.S.; Slomp Júnior, H. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde. Surpreendendo o instituído nas redes. Políticas e Cuidados em Saúde: livro 1. Rio de Janeiro: Hexis; 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Cecílio, L.C.O.; Merhy, E.E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A. (Org.). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, v. 1, 2003, p. 197-210.

Deleuze, G.; Guattari, F. Introdução: Rizoma. In: Deleuze, G.; Guattari, F. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1ª edição 1995 e 2ª Reimpressão em 2000. v.1, p.10-37.

Eps Em Movimento. Refletindo sobre ferramentas analisadoras. 2014. Disponível em: file:///C:/Users/usuario/Downloads/Refletindo%20sobre%20ferramentas%20analisadoras.pdf. Acesso em: 27 jun. 2018.

Faria, H.P.; Werneck, M.A.F.; Santos, M.A.; Teixeira, P.F. O processo de trabalho em seus componentes. In: Processo de trabalho em saúde/Horácio Faria, Marcos Werneck, Max André dos santos. -2ª ed. – Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed., 2009. 68p.: il., 22x27cm. Disponível em: file:///C:/Users/usuario/Downloads/processo-trabalho-saude-2009.pdf. Acesso em: 16 mar. 2021.

Félix-Silva, A. V. et al. A tenda do conto como prática integrativa de cuidado na atenção básica / – Natal: Edunp, 2014.78p. ISBN: 978-85-8257-014-2.

Guatarri, F.; Rolnik, S. Micropolítica - Cartografia do Desejo. 4ª Edição Petrópolis: Editora Vozes. 1996. 327p.

Marandola, T.R; Marandola, C.M.R; Melchior,R. et al. Educação Permanente em Saúde: Conhecer para Compreender. Disponível em: http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v10n2/Artigo8.pdf

Moebus, R. L. N. Pesquisa interferência desde Heisenberg. In: Merhy, E.E; Baduy, R.S; SEIXAS, C.T; ALMEIDA, D.E.S.; SLOMP JÚNIOR, H. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde. Surpreendendo o instituído nas redes. Políticas e Cuidados em Saúde: livro 1. Rio de Janeiro: Hexis; 2016.

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.70-77

Moebus, R. L. N; Merhy, E.E; Silva, E. O usuário-cidadão como guia.Como pode a onda elevar-se acima da montanha? In: Merhy, E.E; Baduy, R.S; Seixas, C.T; Almeida, D.E.S.; Slomp Júnior, H. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde. Surpreendendo o instituído nas redes. Políticas e Cuidados em Saúde: livro 1. Rio de Janeiro: Hexis; 2016.

Merhy, E.E. et al. Diálogos pertinentes: micropolítica do trabalho vivo em ato e o trabalho imaterial: novas subjetivações e disputas por uma autopoiese anticapitalística no mundo da saúde. Lugar Comum: Estudos de Mídia, Cultura e Democracia, Rio de Janeiro, n. 33-34, p. 89-103, jan./ago., 2011.

Merhy, E.E. et al. Rede Básica, Campos de força, Micropolitica: implicações para gestão e cuidado em saúde. Saúde debate 43 (spe6) 10 Jul 20202019 Disponivel em: https://www.scielosp.org/article/sdeb/2019.v43nspe6/70-83/

Onocko Campos, R.T.; Furtado, J.P. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 42, n. 6, p. 1090-1096, Dec. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php. Acesso em: 08 out. 2017.

Rodrigues, M.P.; Araújo, M.S.S. O fazer em saúde: um novo olhar sobre o processo de trabalho na estratégia saúde da família. Natal: UFRN/UFPE, 2003.

Rolnik, S. Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo / Suely Rolnik – 2ª edição, Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2016. 248 p.

Silva, E. Circo-teatro: Benjamim de Oliveira e a teatralidade circense no Brasil. São Paulo: Altana, 2007.

Slomp Junior, H.; Feuerwerker, L.C.M.; Land, M.G.P. Educação em saúde ou projeto terapêutico compartilhado? O cuidado extravasa a dimensão pedagógica. Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 537-546, Fev. 2015. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.00512014. Acesso em: 17 mar. 2021.

Soares, L.B.; Miranda, L. L. Produzir subjetividades: o que significa? Estudos e Pesquisa em Psicologia, Rio de Janeiro, v. 9, n 2, p.408-424. 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php. Acesso em: 24 jun. 2018.

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.70-77

Facebook e pandemia da COVID-19: Um estudo sobre o compartilhamento de crenças online

Sheyla Fernandes[1], Marcikele Nascimento[1],Jennyfer Chagas[1], Jasielle Angelo[1],Anna Rocha[1] e Vagner Sousa[2]

[1]Universidade Federal de Alagoas, Brasil | sheyla.fernandes@ip.ufal.br;nascimentomarcikele@gmail.com;jennymanda.ja@gmail.com; jassielle.angelo@gmail.com;annarochac140@gmail.com |https://orcid.org/0000-0003-4759-1314; https://orcid.org/0000-0002-4844-743X; https://orcid.org/0000-0003-3077-9871; https://orcid.org/0000-0000-0000-0000; https://orcid.org/0000-0001-7849-589X

[2]Universidade de São Paulo, Brasil |vagner_souza@usp.br | https://orcid.org/0000-0000-0000-0000

Resumo: Introdução: A Síndrome Respiratória Aguda Grave por Coronavírus 2 (SARS-CoV-2), apresentou-se como uma doença de alto potencial de contágio e que rapidamente se tornou uma emergência de saúde pública, sendo necessária a adoção de medidas sanitárias com a finalidade de conter seu avanço. As mudanças e incertezas comuns a esse período de crise promoveram impactos severos à saúde emocional da população. Com isso, as Redes Sociais Online (RSO) se tornaram facilitadoras da comunicação e compartilhamento de informações, promovendo uma rede de apoio, externalização das preocupações e estratégias de enfrentamento. **Objetivos**: Objetivou-se analisar a manifestação de crenças sobre a pandemia da COVID-19 entre usuários do Facebook no país. **Métodos**: Este estudo obteve seus dados através da busca com os descritores “COVID-19”, “coronavírus” e “quarentena” em páginas e grupos abertos, que abordassem os assuntos em questão e apresentassem um número mínimo de 50 mil curtidas/membros/seguidores no site Facebook (http://facebook.com.br). Os comentários foram coletados e transformados em dois *corpus* textuais analisados a partir do software Iramuteq pelo método da análise de similitude, tornando-se possível verificar a conexidade entre as palavras presentes. **Resultados**: Com a análise de similitude o primeiro *corpus* denominado “Humor” apresentou os termos: pai, amigo e quarentena como palavras centrais e em conexão. O segundo *corpus* denominado “Informação” apresentou os vocábulos centrais: deus, filho e pessoa. **Conclusão**: Através da análise das manifestações de crenças nas redes de apoio online diante da pandemia da COVID-19 no Brasil, foi possível traçar um olhar à luz do comportamento social diante de um período de crise sanitária de proporção global.

Palavras-chave: Covid-19; Quarentena; Coronavírus; Facebook.

Analysis of the Beliefs Manifested by Individuals on Facebook in Face of COVID-19

Abstract: Introduction: Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2), presented itself as a disease with high potential for contagion and that quickly became a public health emergency, requiring the adoption of some circulation and sanitary measures in order to contain the progress of the disease. These changes and uncertainties of the disease promote great psychological pressure, which can trigger psychological problems. With this, Online Social Networks (RSO) proved to be facilitators of communication and information sharing, promoting a support network, externalizing the beliefs of individuals and coping strategies. **Objectives**: The objective was to analyze the manifestation of beliefs about the pandemic of COVID-19 among Facebook users in the country. **Methods**: This study obtained its data through the search with the descriptors "COVID-19", "coronavirus" and "quarantine" in open pages and groups, which addressed the issues in question and presented a minimum number of 50 thousand likes / members / followers on the Facebook site (http://facebook.com.br). The comments were collected and transformed into two textual *corpus* analyzed using the Iramuteq software using the similarity analysis method, making it possible to verify the connection between the words present. **Results**: With the similitude analysis, the first *corpus* called “Humor” presented the terms: father, friend and quarantine as central and connected words. The second *corpus* called "Information" presented the central words: god, son and person. **Conclusion**: Through this analysis of the manifestations of beliefs in Online Social Networks in face of the pandemic of COVID-19 in Brazil, it was possible to draw a look in the light of social behavior in the face of a period of global health crisis.

Keywords: Covid-19; Quarantine; Coronavirus; Facebook.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.78-87

1. Introdução

Em dezembro de 2019 o mundo se deparou com o primeiro caso de Síndrome Respiratória Aguda Grave por Coronavírus 2 (SARS-CoV-2), uma doença que apresentou alto potencial de contágio e rapidamente se tornou emergência de saúde pública (Ornell, Schuch, Sordi, & Kessler, 2020; Ferguson et al., 2020; Rafaell et al., 2020).

O novo coronavírus espalhou-se pelo mundo e foi categorizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma pandemia global (Ornell, Schuch, Sordi, & Kessler, 2020; Singh, 2020).

De acordo com dados divulgados pelo Painel de Coronavírus (2020), o primeiro caso confirmado da COVID-19 ocorreu em 26 de fevereiro de 2020 e a primeira morte ocorreu no dia 12 de março do mesmo ano. Ainda de acordo com informações divulgadas pelo Ministério da Saúde, até o dia 10 de março de 2021 o país contabilizava mais de 260.000 óbitos e mais de 11 milhões de casos confirmados (Brasil, 2021).

Com a finalidade de conter o avanço da doença, os governos adotaram 4 intervenções que combinadas tendem a trazer efeitos, são elas: distanciamento social, isolamento dos casos confirmados, fechamento de algumas instituições e quarentena familiar (Ferguson et al., 2020). O Governo chinês foi o primeiro a adotar essas medidas por ter sido o primeiro a ter contato com a doença (Xiao, 2020).

Os termos quarentena, distanciamento e isolamento social passaram a fazer parte da rotina das pessoas em todo o mundo e, mesmo apresentando significados e objetivos diferentes, aparecem como sinônimos em algumas situações (Brooks et al., 2020). Quarentena é o termo utilizado para designar a separação e limitação ao movimento de pessoas que por algum motivo foram potencialmente expostas a uma doença contagiosa, como é o caso da COVID-19 (Brooks et al., 2020). Ela é uma estratégia de saúde pública que visa reduzir os efeitos negativos associados a uma doença contagiosa. O distanciamento tem como objetivo diminuir a velocidade de transmissão do vírus reduzindo a interação entre pessoas. Já o isolamento social diz respeito à medida de separação de pessoas que foram infectadas para que elas não contaminem outras pessoas, seja em casa ou no hospital, de acordo com o nível de gravidade do caso (Wilder-Smith & Freedman, 2020).

Por outro lado, estudos apontam que a quarentena é um processo desagradável: diante da separação dos entes queridos, ausência da comunicação interpessoal, incerteza sobre estar ou não infectado, perda da liberdade e tédio, há uma eclosão de grande pressão psicológica, podendo desencadear problemas para a saúde mental, como casos de depressão e ansiedade (Xiao, 2020; Brooks et al, 2020). Atrelado a isso, as contradições e incertezas que envolvem o novo coronavírus acerca de sua transmissibilidade, período de incubação, alcance geográfico, quantitativo de infectados e taxa de mortalidade constroem espaço para um sentimento de impotência e insegurança na população (Ornell, Schuch, Sordi, & Kessler, 2020; Shimizu, 2020).

A insuficiência das medidas de controle e a escassez de mecanismos terapêuticos eficazes também são elementos estruturantes para modificações diretas no cotidiano e na saúde mental dos indivíduos (Ornell, Schuch, Sordi, & Kessler, 2020). Diante do sofrimento psíquico instaurado pelo afastamento social, as Redes Sociais Online (RSO) tiveram sua função intensificada enquanto facilitadoras da comunicação e compartilhamento de informações, maior aproximação entre pessoas, tornando a comunicação mais acessível (Carvalho, 2011). Nesse viés, o cenário da quarentena abriu espaço para que as RSO ganhassem ainda mais força por funcionarem como rede de apoio e externalização das crenças dos indivíduos.

A pesquisa da Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) destaca que, no Brasil, 69,8% da população possui acesso à internet, contribuindo para que os vínculos relacionais entre os indivíduos, através da comunicação pelas RSO, não sejam quebrados (IBGE, 2018).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.78-87

Além disso, por meio dessas manifestações pessoais, histórias são compartilhadas e formas de apoio são desencadeadas diante das incertezas acerca do vírus. Por isso, objetivou-se analisar a manifestação de crenças sobre a pandemia da COVID-19 entre usuários do *Facebook* no país.

2. Metodologia

Inicialmente foi realizado no site *Facebook* (http://facebook.com.br/) um levantamento no período compreendido entre maio e junho de 2020 de grupos e páginas referentes à temática investigada utilizando os descritores: COVID-19, coronavírus e quarentena na aba de pesquisa da rede social. Na oportunidade, elaborou-se os seguintes critérios de inclusão: a) ser aberto; b) abordar assuntos referentes ao eixo do estudo; c) não estar atrelado a organizações governamentais; e d) apresentar um número mínimo de 50 mil curtidas/membros/seguidores. Após esta etapa, selecionou-se um grupo e uma página, sendo estes os mais relevantes. O grupo correspondeu a um sítio de informações compartilhadas durante a pandemia sobre o período da quarentena vivenciado no país e a página retrata uma leitura humorística das incertezas experienciadas na quarentena decorrente da pandemia.

A análise dos sítios escolhidos examinou as publicações realizadas entre 26 de fevereiro e 30 de abril de 2020, período em que as primeiras postagens relativas à COVID-19 foram publicadas e o momento de finalização das buscas. Foram selecionadas as 5 publicações mais relevantes (visualizadas, compartilhadas e/ou curtidas), sendo as mesmas compartilhadas no período temporal compreendido entre 21 de março e 16 de abril. Com a seleção das publicações foram colhidos os comentários destas, resultando em dois *corpus* textuais. Para analisar os dados foi utilizado *software Iramuteq (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*).

Para a construção do *corpus*, resguardou-se o anonimato de todos os indivíduos responsáveis pelos comentários. Os dados foram coletados e transcritos com o auxílio do *software OpenOffice Writer* (Afonso, 2010). Na sequência, realizou-se uma revisão dos dados transcritos e os produtos que não apresentavam qualquer relação com o objetivo deste estudo foram excluídos. Após a formatação e organização dos *corpus*, foi realizada a técnica da análise de similitude. A análise de similitude consiste em um método em que é possível identificar as coocorrências entre as palavras e seus resultados de forma a trazer indicações da conexidade do *corpus* textual (Camargo & Justo, 2016).

Com a análise da conexão estabelecida entre as palavras foi possível identificar os termos com maior frequência e próximos a eles, além da visualização das coocorrências no *corpus*. O tamanho de cada palavra indica sua importância no corpus e a espessura das linhas que ligam cada termo indicam o grau de associação entre eles, de modo que quanto mais espessa a linha, maior será a associação. Este tipo de análise permite também a identificação de partes comuns e de especificidades entre os vocábulos a partir do agrupamentos observado na imagem (Camargo & Justo, 2016).

3. Resultados

Inicialmente, realizou-se um levantamento no *Facebook* considerando grupos e páginas abertos que tratassem de conteúdos referentes às estratégias de compartilhamento de crenças entre os brasileiros diante das incertezas trazidas pela pandemia da COVID-19 (Tabela 1).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.78-87

Tabela 1. Sítios selecionados para a composição da amostra.

Característica	Tipologia	Seguidores/ membros	Período das publicações analisadas
Publicações humorísticas	Página	136.425 mil	19 de março de 2020 até 30 de abril
Publicações informativas	Grupo	51 mil	26 de fevereiro de 2020 até 30 de abril

As 5 publicações extraídas do sítio humorístico abordavam os seguintes aspectos: 1) Problemas relacionados à assistir televisão durante a pandemia; 2) Técnicas para aprender a tocar um instrumento musical na pandemia; 3) Discussão de pessoas embriagadas que não se tocam por conta do distanciamento social; 4) Pescaria durante a quarentena e 5) Pedido de ajuda durante a pandemia. As 5 publicações do sítio de cunho informativo são: 1) Relato de experiência na quarentena; 2) Discussão sobre o recebimento de visitas em casa nesse período; 3) Idoso que faleceu por COVID-19; 4) Relato de uma mãe sobre a preocupação com a saúde de seu filho e 5) Posicionamento do presidente do Brasil a favor da reabertura de escolas no país.

Tabela 2. Caracterização das postagens.

Categoria	Total de curtidas	Total de comentários	Data de publicação
Humor	11 mil	806	23 de março
Humor	7,1 mil	1,3 mil	21 de março
Humor	6,4 mil	706	2 de abril
Humor	5,7 mil	13 mil	21 de março
Humor	4,6 mil	1,1 mil	31 de março
Informação	1,7 mil	286	26 de março
Informação	1,2 mil	201	1 de abril
Informação	1 mil	468	27 de março
Informação	1 mil	101	10 de abril
Informação	976	1,366 mil	16 de abril

Foi possível observar que o número de curtidas e comentários demonstram uma maior participação dos usuários das RSO em conteúdos voltados para o humor. As informações compartilhadas entre os indivíduos também ganham força nesse período, principalmente por se tratar de um momento de incertezas a respeito dos sintomas e transmissão do vírus, fator que fica evidente nos comentários de relato de pessoas que enfrentaram a doença ou de conhecidos.

Em seguida, realizou-se uma análise de similitude com o conteúdo das 5 postagens referentes à página selecionada. A árvore foi disposta através da interface dos resultados da análise do *corpus* “Humor” (Figura 1). A identificação das simultaneidades e conexão entre os termos pai, amigo e quarentena, são aspectos que possibilitam a compreensão dos fatores associados às crenças referentes ao enfrentamento da COVID-19.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.78-87

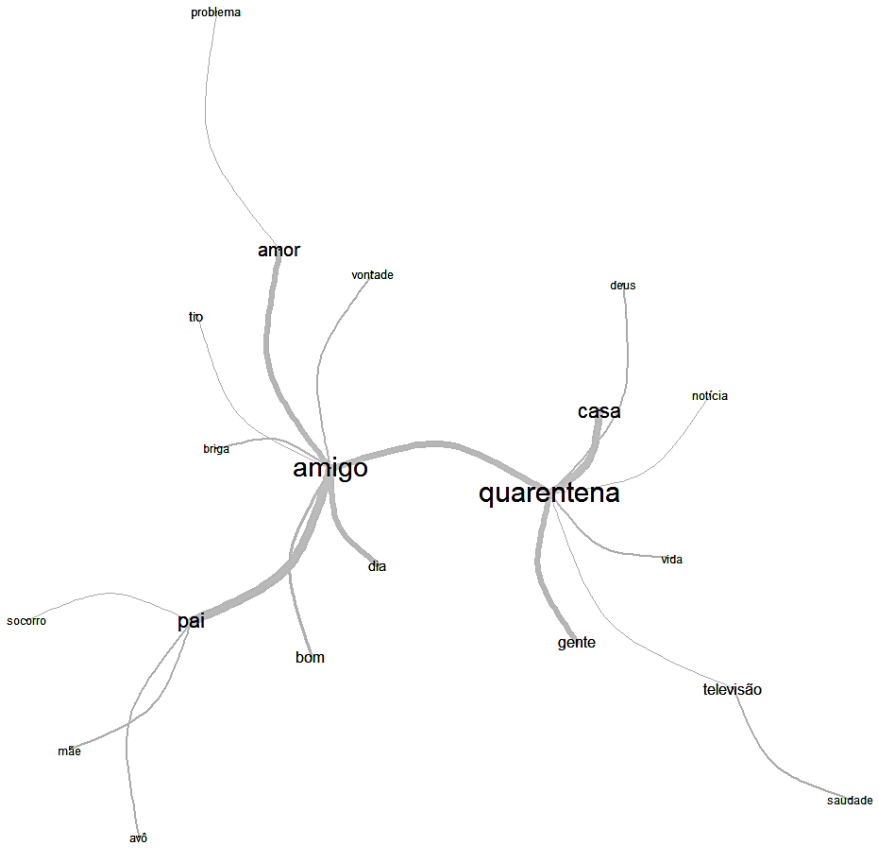


Fig. 1. Resultado da análise de similitude do *corpus* Humor.

De acordo com a árvore de coocorrência, os resultados apontam para a existência de dois eixos nas estratégias de enfrentamento utilizadas pelos usuários da página de humor analisada, um eixo de estratégias positivas, e o segundo eixo referente a estratégias negativas. A saber: 1) Rede de apoio social e afetiva e 2) Compartilhamento de aspectos negativos da quarentena.

O conjunto de estratégias de enfrentamento positivas referentes à construção de uma rede de apoio é utilizado enquanto uma ferramenta de proteção. A palavra central deste eixo é “amigo”, vocábulo este que se liga ao termo secundário “pai” que se apresenta como uma importante palavra que desencadeia outras conexões. A presença dos vocábulos “tio”, “amor”, “mãe” e “avô” sustentam essa afirmativa, os seguintes trechos dos comentários contribuem para essa interpretação: *“Olha que ótima saída pra nós que não temos o que fazer na quarentena amor, sogra e amigo”, “Fala para o nosso amigo fazer isso durante a quarentena”.*

Já o segundo eixo, que se relaciona com o compartilhamento de aspectos negativos da quarentena é apreendido como uma estratégia negativa de enfrentamento ao contexto de incertezas. O vocábulo central deste eixo é “quarentena”, que apresenta conexões com palavras secundárias como “casa” e “gente”, outras palavras ocupam destaque nesse eixo, como por exemplo “televisão” e “notícia”. É possível observar em: *“Uma coisa é certa, o isolamento social e a quarentena são inúteis porque quando chega o momento de você morrer, ninguém sabe a hora ou o local, pode ser fora ou dentro de casa”.*

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.78-87

A árvore do *corpus* “Informação” (Figura 2), por sua vez, apresenta os elementos centrais: “deus”, “filho” e “pessoa”. Assim, esse método permite a identificação da estrutura do *corpus* auxiliando na associação das crenças que emergem a partir das informações e discussões sobre a COVID-19 entre usuários do *Facebook*.

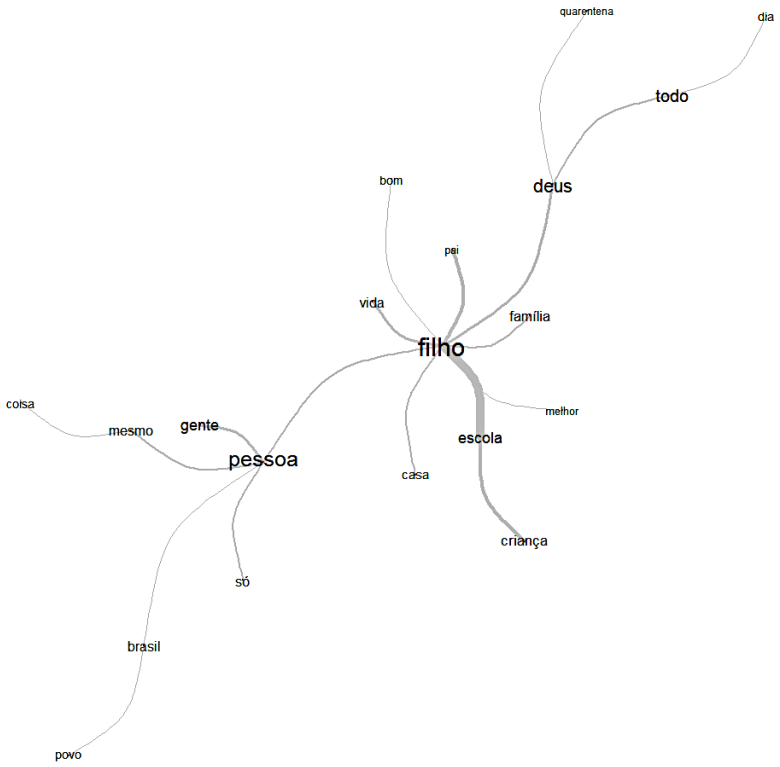


Fig. 2. Resultado da análise de similitude do *corpus* “Informação”.

Diante da árvore de coocorrências, nota-se que os resultados demonstram que uma das formas de dialogar dos usuários do grupo analisado remete ao compartilhamento de notícias e informações com foco no: 1) Auxílio religioso; 2) Cuidado com a família e 3) Condição física e mental das pessoas.

O auxílio religioso se relaciona ao apego à figura religiosa como forma de lidar diariamente com as diversas notícias de casos e óbitos ocasionados pela COVID-19. Assim, as palavras em destaque na árvore e seus segmentos de texto refletem isso: *“Vamos nos prevenir e fazer o certo, tá nas mãos de Deus o nosso destino mas se não nos cuidarmos aí fica difícil mais ainda, eu estou aproveitando para refletir, vejo que se ficarmos vendo tv piraremos mais ainda, estou seguindo as orientações devidas e agradecendo a Deus por estar equilibrada pois sei que abala o emocional com toda certeza…”.*

O cuidado com a família encontrado nos termos “filho”, “família” e “pai” apresenta-se como uma forma de buscar a segurança (“vida” e “casa”) e encontrar o controle diante da situação de calamidade pública e das notícias de retorno às atividades cotidianas como o retorno de “crianças” à escola, mesmo diante dos casos de crianças que contraíram o Vírus: *“...vamos lutar contra a volta das crianças pra escola e a quem não quer arriscar a vida no trabalho temos que cada um fazer a sua parte com o povo, ele não vai perder, e nós orar e colocar Deus na frente e nos cuidar.”*

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.78-87

Diante do contexto da palavra central “pessoa” verifica-se a preocupação e o cuidado com o estado físico e mental da população: *“Torça para não ter conhecidos ou familiares fazendo parte das estatísticas que estão por vir pois tem pessoas que mesmo não fazendo parte do grupo de risco foram infectados e morreram e você vai ser um número para o governo do Brasil”*.

4. Discussão

O excesso de informações enganosas, o medo da doença e de suas consequências pode causar um efeito psicológico considerável (Đogaš et. al, 2020). Esses impactos psicológicos podem fazer com que essas consequências sejam duradouras e substanciais (Brooks et. al, 2020). Dentre as reações mais frequentes se observa a angústia emocional, comportamentos inadequados e respostas defensivas como a ansiedade, a frustração, a depressão e os comportamentos de evitação (Talevi, 2020). Estudos apontam a existência de três estratégias de enfrentamento a situações estressantes: 1) resolução de problemas, 2) evitação de problemas e 3) respostas emocionais (Amici, 2020).

A utilização das tecnologias e a divulgação rápida de informações intensifica o pânico e a ansiedade da população (Dong & Zheng, 2020). Entretanto, as notícias podem ser apresentadas através de duas formas distintas: informação e humor (Rosenberg, Syed & Rezaie, 2020). As informações que são compartilhadas não devem ser apreendidas considerando sua total veracidade, nem toda a população recebe informações adequadas sobre os problemas de saúde que as afetam, e essa desinformação pode ter um impacto severo na sensação de segurança das pessoas, principalmente no contexto pandêmico, gerando agravos à saúde mental (Henriques, 2018; Laato, Islam, Islam & Whelan, 2020).

O empenho em práticas religiosas possibilita uma percepção de controle sobre a situação, pois auxilia na ressignificação do evento problemático e estressante (Kowalczyk et. al, 2020). Com o poder de difusão de informações quase que instantâneo da internet, além das informações provenientes de fontes confiáveis, as notícias falsas também rapidamente se espalham (Galhardi, Freire, Minayo & Fagundes, 2020). Abre-se espaço para que informações sem embasamento científico disseminem inverdades e acarretem um aumento dos casos da doença (Avaaz, 2020). Esse excesso de informação sobre um mesmo tema tem sido denominado pela literatura como Infodemia (OPAS, 2020). Nesse viés, causa uma desorientação nas pessoas, prejudicando a percepção sobre a confiabilidade das fontes e conteúdos, e propiciando a aceitação como verdade daquilo que convém às suas crenças e valores (Henriques, 2020).

Apesar dessa desorganização social forjada pela pandemia e todos os aspectos negativos a ela atrelados, há também influências positivas exercidas pelas redes sociais. O compartilhamento de apoio através de informações positivas é um elemento importante em um esforço para quebrar a cadeia de desesperança produzida pelo vírus (Sulistyaningtyas, Jaelani & Suryani, 2020). Na perspectiva positiva do compartilhamento de informações, o humor se apresenta como uma estratégia de combate ao isolamento social e de promoção ao bem-estar psicológico durante esse cenário pandêmico nas RSO. Essa categoria construída é denominada de humor benigno podendo ser tomada como um mecanismo de enfrentamento que pode auxiliar no aumento do companheirismo (Chiodo, Broughton & Michalski, 2020).

A utilização do humor em um contexto pandêmico possibilita a ressignificação de uma rede de apoio, sendo os laços presenciais transpostos para o meio digital (Amici, 2020). A mobilização da rede social é um fator de proteção à exposição de eventos estressantes, uma vez que o apoio dos indivíduos pode auxiliar na redução das consequências negativas do estresse na saúde (Costa & Leite, 2009). Apesar do humor geralmente ser generalizado e classificado como facilitador físico e mental, ele é erroneamente colocado em uma posição de somente conceder benefícios, também existe a faceta prejudicial de sua utilização (Chiodo, Broughton & Michalski, 2020; Kuiper, Grimshaw, Leite & Kirsh, 2004).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.78-87

Seus efeitos negativos são decorrentes de um humor autodestrutivo, estando associado com maiores níveis de distúrbios na saúde mental, podendo aumentar o estresse, a ansiedade e diminuir a autoestima (Kuiper, Grimshaw, Leite & Kirsh, 2004).

5. Conclusões

A análise das manifestações de crenças compartilhadas entre usuários do *Facebook* diante da pandemia da COVID-19 no país nos possibilitou traçar um olhar à luz do comportamento social em um período de crise sanitária de proporção global. Apesar da humanidade ter enfrentado outros árduos e dolorosos processos pandêmicos, ainda não havia uma ferramenta de comunicação social capaz de disseminar uma informação de forma instantânea como possibilitada hoje por meio da rede de internet.

No contexto da pandemia da COVID-19, as premissas de afastamento social e demais medidas preventivas, tiveram o *Facebook* como um importante canal de comunicação, compartilhamento, engajamento, apoio social e estratégias de enfrentamento baseadas em dois eixos aqui analisados: humor e informação frente à COVID-19 na modalidade virtual. Porém, faz-se importante destacar o quanto é desafiador lidar com um conjunto de informações e condições adversas resultantes das incertezas dos impactos decorrentes da pandemia. Algo que não pode ser esquecido é o papel dos impactos biopsicossociais sofridos pela população que possivelmente desencadearam a necessidade de novas estratégias, possivelmente em uma sociedade com maiores incidências psicopatológicas.

É preciso ponderar alguns aspectos que podem ser limitantes das conclusões levantadas neste estudo. Ao investigar apenas uma rede social, é necessário reconhecer a possibilidade de haver um viés disparado pela utilização de robôs e a disseminação de *fake news*, sendo interessante a ampliação das análises para outras redes sociais e canais de comunicação, a exemplo do *Instagram*, *Twitter* ou *WhatsApp.* Importante também considerar a análise das crenças em outras fases da pandemia, em especial nos períodos em que os governos estaduais e municipais assumem distintamente a decisão de fechamento de bares, restaurantes, escolas e implantam as atividades de estudo e trabalho remoto.

6. Referências

Afonso, P. (2020). The Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health. Acta Médica Portuguesa, 33(5), 356–357.

Amici, P. (2020). Humor in the age of Covid-19 Lockdown: An explorative qualitative study. Psychiatria Danubina, 32, S15–S20.

Avaaz. (2020). O Brasil está sofrendo uma infodemia de Covid-19. In Avaaz. Disponível em: https://avaazimages.avaaz.org/brasil_infodemia_coronavirus.pdf

Brasil. (2021). COVID19 Painel Coronavírus. Disponível em: https://covid.saude.gov.br

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., S Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. The Lancet, 395, 912-20.

Camargo, B. V.; Justo, A. M. (2016) Tutorial para uso do software IRAMUTEQ. Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição: Universidade Federal de Santa Catarina.

Carvalho, J. H. D. (2011). A publicidade nas redes sociais e a Geração Y: A emergência de novas formas de comunicação publicitária. Revista Negócios Em Projeção, 2(2), 91–105.

Chiodo, C. P., Broughton, K. K., & Michalski, M. P. (2020). Caution: Wit and Humor During the COVID-19 Pandemic. Foot and Ankle International, 41(6), 763–764.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.78-87

Costa, P., & Leite, R. C. B. O. (2009). Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes oncológicos submetidos a cirurgias mutiladoras. Revista Brasileira de Cancerologia, 55(4), 355–364.

Đogaš, Z., Kalcina, L. L., Dodig, I. P., Demirović, S., Madirazza, K., Valić, M., & Pecotić, R. (2020). The effect of COVID-19 lockdown on lifestyle and mood in Croatian general population: A cross-sectional study. Croatian Medical Journal, 61(4), 309–318.

Dong, M., & Zheng, J. (2020). Letter to the editor: Headline stress disorder caused by Netnews during the outbreak of COVID-19. Health Expectations, 23(2), 259–260.

Ferguson, N. M., Laydon, D., Nedjati-Gilani, G., Imai, N., Kylie, A., Baguelin, M., Bhatia, S., Boonyasiri, A., Cucunubá, Z., Gina, C.-D., Amy, D., Ilaria, D., Han, F., Katy, G., Will, G., Arran, H., Wes, H., Okell, L. C., Sabine, van E., … Azra C, G. (2020). Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand. Imperial College COVID-19 Response Team, March.

Galhardi, C. P., Freire, N. P., Minayo, M. C. D. S., & Fagundes, M. C. M. (2020). Fato ou Fake? Uma análise da desinformação frente à pandemia da Covid-19 no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 25, 4201-4210.

Henriques, C. M. P. (2018). A dupla epidemia: febre amarela e desinformação TT - Two epidemics: the yellow fever and a lack of information TT - La dupla epidemia: la fiebre amarilla y la falta de información. RECIIS (Online), 12(1), 1–5.

Henriques, C. M. P., & Vasconcelos, W. (2020). Crises dentro da crise: Respostas, incertezas e desencontros no combate a pandemia da Covid-19 no Brasil. Estudos Avancados, 34(99), 25–44.

IBGE. (2018). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. In IBGE (p. 132). https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/81c9b2749a7b8e5b67f9a7361f839a3d.pdf

Kowalczyk, O., Roszkowski, K., Montane, X., Pawliszak, W., Tylkowski, B., & Bajek, A. (2020). Religion and Faith Perception in a Pandemic of COVID-19. Journal of Religion and Health, 59(6), 2671–2677.

Kuiper, N. A., Grimshaw, M., Leite, C., & Kirsh, G. (2004). Humor is not always the best medicine: Specific components of sense of humor and psychological well-being. Humor: International Journal of Humor Research, 17(1-2), 135–168.

Laato, S., Islam, A. K. M. N., Islam, M. N., & Whelan, E. (2020). What drives unverified information sharing and cyberchondria during the COVID-19 pandemic? European Journal of Information Systems, 29(3), 288–305.

Li, L., Zhang, Q., Wang, X., Zhang, J., Wang, T., Gao, T. L., Duan, W., Tsoi, K. K. F., & Wang, F. Y. (2020). Characterizing the Propagation of Situational Information in Social Media during COVID-19 Epidemic: A Case Study on Weibo. IEEE Transactions on Computational Social Systems, 7(2), 556–562.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde (2020). Repositório Institucional para Troca de Informações – Iris. Fichas Informativas COVID-19: entenda a infodemia e a desinformação na luta contra a COVID-19 [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Disponível em: https://iris.paho.org/handle/10665.2/52054?locale-attribute=pt

Ornell, F., Schuch, J. B., Sordi, A. O., & Kessler, F. H. P. (2020). “Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies. Brazilian Journal of Psychiatry, 42(3), 232–235.

Rafaell, R. de M. R., Neto, M., Carvalho, M. M. B. de, David, H. M. S. L., Acioli, S., & Faria, M. G. de A. (2020). Epidemiologia, políticas públicas e pandemia de Covid-19: o que esperar no Brasil? Rev. Enferm. UERJ, 2–7.

Rosenberg, H., Syed, S., & Rezaie, S. (2020). The Twitter pandemic: The critical role of Twitter in the dissemination of medical information and misinformation during the COVID-19 pandemic. Canadian Journal of Emergency Medicine, 22(4), 418–421.

Shimizu, K. (2020). 2019-nCoV, fake news, and racism. The Lancet, 395(10225), 685–686.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.78-87

Singh, R. K., Rani, M., Bhagavathula, A. S., Sah, R., Rodriguez-Morales, A. J., Kalita, H., Nanda, C., Sharma, S., Sharma, Y. D., Rabaan, A. A., Rahmani, J., & Kumar, P. (2020). Prediction of the COVID-19 pandemic for the top 15 affected countries: Advanced autoregressive integrated moving average (ARIMA) model. JMIR Public Health and Surveillance, 6(2), 1–10.

Sulistyaningtyas, T., Jaelani, J., & Suryani, Y. (2020). Power of Knowledge and Community Social Class above Covid-19 Pandemic Information on Social Media. Jurnal Komunikasi Ikatan Sarjana Komunikasi Indonesia, 5(1), 52–62.

Talevi, D., Socci, V., Carai, M., Carnaghi, G., Faleri, S., Trebbi, E., Bernardo, A. D. I., Capelli, F., & Pacitti, F. (2020). Mental health outcomes of the CoViD-19 pandemic Gli esiti di salute mentale della pandemia di CoViD-19. Riv Psichiatr, 55(3), 137–144.

Wilder-Smith, A., & Freedman, D. O. (2020). Isolation, quarantine, social distancing and community containment: Pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. Journal of Travel Medicine, 27(2), 1–4.

Xiao, C. (2020). A novel approach of consultation on 2019 novel coronavirus (COVID-19)-related psychological and mental problems: Structured letter therapy. Psychiatry Investigation, 17(2), 175–176.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.78-87

Intervenções educativas para ajudantes de ação direta de estruturas residenciais para pessoas idosas durante a pandemia: Uma revisão integrativa

Diana Sousa[1], Joana Pinto[1], José Faria[1], Isabel Pereira[1], Adriana Henriques[2], Helga Rafael Henriques[1]

[1] eduCOVID Project | Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR). Lisboa, Portugal | diana.sousa@esel.pt; joanapinto@esel.pt; jose.faria@esel.pt; ipereira@esel.pt; hrafael@esel.pt | https://orcid.org/0000-0003-2946-4485; https://orcid.org/0000-0002-3350-2512; https://orcid.org/0000-0001-7346-9086; https://orcid.org/0000-0003-3394-323; https://orcid.org/0000-0003-2946-4485

[2] eduCOVID Project | Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR). Lisboa, Portugal | | ahenriques@esel.pt | https://orcid.org/0000-0003-0288-6653

Resumo: Introdução. A atual pandemia de COVID-19, provocada pela circulação do vírus SARS-CoV-2, coloca a população em geral, e os idosos em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) em particular, numa situação de grande vulnerabilidade, com um risco elevado de morbilidade e mortalidade. Nestes contextos, as intervenções educativas junto dos profissionais demonstraram estar associadas a mudanças de práticas. Contudo, são ainda escassos os dados sobre as intervenções educativas realizadas em situação pandémica nestes contextos, bem como o seu conteúdo e/ou metodologias utilizadas. Objetivo. Foi nosso objetivo descrever as intervenções educativas para Auxiliares de Ação Direta de ERPI durante a pandemia de COVID-19. Métodos. Realizou-se uma revisão integrativa da literatura. Resultados. Dos 349 artigos identificados, 4 integraram a amostra final. Os resultados mostram que os programas educativos dirigidos aos profissionais das ERPI, onde se incluem as Ajudantes de Ação Direta, apresentam uma grande variabilidade em termos de intervenção, público-alvo, conteúdos, duração, forma como é disponibilizado e área disciplinar dos formadores. Parece existir uma associação entre a educação disponibilizada e a redução da transmissão do vírus. Conclusões. Esta revisão integrativa vem apontar para a importância das intervenções educativas, ministradas por profissionais de saúde, junto das AAD, como forma de prevenir a transmissão do SARS-CoV-2 em ERPI e reduzir as taxas de morbilidade e mortalidade. O ensino à distância revela-se uma oportunidade de educação para as pessoas em locais remotos, com dificuldades no acesso presencial. A formação presencial mostrou-se também como essencial na demonstração e treino de práticas de cuidados seguros. Recomenda-se a realização de investigação no futuro para obter uma maior consistência nas conclusões.

Palavras-chave: Estruturas Residenciais para pessoas idosas; Ajudantes de ação direta;Educação; COVID-19; Pessoa idosa.

Educational Interventions for Nursing Homes Support Workers During the Pandemic: an Integrative Review

Abstract: Introduction: The current pandemic caused by the circulation of the SARS-CoV-2 virus places the population in general, and aging people living in nursing homes in particular, in a situation of great vulnerability, with a high risk of morbidity and mortality. In these contexts, educational interventions with professionals have shown to be associated with changes in practices. However, data on educational interventions carried out in a pandemic situation in these contexts are still scarce, as well as their content and/or methodologies used. **Goal:** We aimed to describe educational interventions for nursing home support workers during the COVID-19 pandemic. **Methods:** An integrative literature review was carried out. **Results:** Of the 349 articles identified, 4 were included in the final sample. The results show that the educational programs aimed at nursing home employees, including support workers, have great variability in terms of intervention, target audience, content, duration, how it is made available, and the scientific area of the trainers. There seems to be an association between the education provided and the reduction of virus transmission. **Conclusions:** This integrative review points to the importance of educational interventions, taught by health professionals, with support workers, as a way of preventing the transmission of SARS-CoV-2 in nursing homes and reducing morbidity and mortality rates. Distance learning proves to be an educational opportunity for people in remote locations. Face-to-face training was also shown to be essential in demonstrating and training safe care practices. We recommend future research to achieve greater consistency in the conclusions.

Keywords: Nursing Homes; Support Workers; Education; COVID-19; Aged People.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.88-96

1. Introdução

A atual pandemia provocada pela circulação do vírus SARS-CoV-2 coloca a população em geral, e os idosos em particular, em situação de grande vulnerabilidade, com um risco elevado de morbilidade e mortalidade.

A pandemia de COVID-19 apresenta-se como uma emergência de saúde pública de importância mundial, com alto grau de mortalidade entre os idosos, pela progressão muito rápida da infeção neste grupo de pessoas (Wang W, 2019). Este problema de saúde pública, requer intervenções adequadas às diferentes fases de propagação da infeção, desde a preparação, vigilância, controle e mitigação. Os recursos humanos devem ser preparados para disponibilizarem cuidados específicos, seguros e de qualidade, baseados na melhor evidencia disponível, em cada fase da pandemia. Só deste modo os profissionais se poderão proteger a si e aos outros dos riscos que enfrentam.

A progressiva utilização de Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), decorrente do aumento da esperança média de vida, do surgimento de pessoas com dependência e/ou situações crónicas, mais acentuadas nos últimos anos de vida, exige recursos humanos preparados, para dar resposta a problemáticas não apenas da área social, mas também da área da saúde. Esta é uma situação evidente, crescente nos últimos anos, que se agravou com a pandemia, sendo necessário ações concertadas para mitigar o impacto da COVID-19, aumentando as medidas de prevenção e controle da infeção nas ERPI.

Nestas organizações, uma boa parte dos recursos humanos, as Ajudantes de Ação Direta (AAD), têm necessidade de desenvolver competências que lhes permitam garantir ações seguras e de qualidade em contexto de cuidados a pessoas idosas com necessidades de saúde (Fallon, Dukelow, Kennelly & O'Neill, 2020; McGilton et al., 2020).

A educação tem-se mostrado uma estratégia importante para efetuar mudanças no desempenho e promover a translação do conhecimento para a prática (Davis & Davis, 2010). Nas ERPI, em particular as intervenções educativas breves, demonstararam modificar práticas com vista à melhoria da qualidade dos cuidados e da capacidade funcional dos residentes (Bauer et al., 2018; Di Giulio et al., 2019).

No que respeita à implementação de medidas de controlo de infeção, o treino e a monitorização da competência dos recursos humanos são aspetos essenciais. Contudo, há uma escassez de dados sobre o conteúdo e/ou tipo de intervenções educativas a implementar (Barratt &Gilbert, 2020; Barratt, Shaban &Gilbert, 2020).

Importa, portanto, identificar e descrever intervenções educativas para AAD, em ERPI, que promovam a incorporação da melhor evidência nas práticas de prevenção e controlo de infeção por COVID-19.

O objetivo desta revisão integrativa foi descrever as intervenções educativas para AAD de ERPI durante a pandemia por COVID-19. Este estudo integra um projeto mais amplo, *Know4Care: Mobile application for an integrated response to Covid-19 and beyond in nursing homes*.

2. Metodologia

Nesta revisão integrativa começamos por definir a questão de partida, seguindo-se a determinação dos critérios de inclusão e exclusão, a definição da informação a extrair dos estudos, a avaliação da qualidade dos estudos, a interpretação dos resultados e, por fim, a síntese do conhecimento (Whittemore & Knafl, 2005).

Partimos da identificação do problema, formulando a seguinte questão: Quais as características das intervenções educativas para AAD de ERPI durante a pandemia por COVID-19, promotoras da incorporação da melhor evidência nas práticas de prevenção e controlo de infeção?

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.88-96

Esta foi desenhada de acordo com a estratégia PICOT (População, Intervenção, Comparador, Outcome, Tempo) (Stern, Jordan & McArthur, 2014), sendo P – AAD de ERPI, I – Intervenções educativas, O – Prevenção e controlo de infeção, T – Durante a pandemia por COVID-19.

Em março de 2021 conduzimos a pesquisa nas bases de dados Academic Search Complete, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Psychology and Behavioral Sciences Collection, US National Library of Medicine (Pubmed), SCOPUS e Web of Science. Foram considerados os artigos publicados entre 2019 e 2021, não tendo sido feita quaisquer restrições à língua utilizada no artigo. Considerou-se todos os artigos que apresentassem intervenções educativas dirigidas AAD de ERPI durante o período de pandemia por COVID-19 (Tabela 1).

Tabela 1. Critérios de elegibilidade dos estudos, 2021.

	Critérios de Inclusão	**Critérios de Exclusão**
População	AAD de ERPI	Outros profissionais pertencentes ao Profissionais das ERPI, que não as ADD. ADD a operar em outro contexto de cuidados, como hospital ou cuidados em casa. Crianças, jovens, adultos ou idosos no papel de residente de ERPI ou de doente.
Intervenção	Intervenções educativas estruturadas.	Estudos que mencionem intervenções educativas, sem explicitar claramente os seus componentes.
Comparador	Referência à intervenção educativa vs outro tipo de intervenção/grupo controle.	
Outcome	Prevenção e controlo de infeção.	
Tempo	Durante a pandemia por COVID-19.	Estudos desenvolvidos em outros períodos temporais.
Estudos	Estudos primários (quantitativos e qualitativos), disponíveis em texto-completo, sem restrições de data de publicação ou de idioma.	Estudos secundários, como artigos de opinião, editoriais, cartas ao editor ou artigos de revisão.

Foram utlizados descritores Medical Subject Headings (Mesh) e/ou palavras-chave, associadas a cada dimensão da questão de partida. Para a população recorremos aos termos relacionadas com a designação AAD, como *staff, worker, Health Care Professionals, HCP, Health Personnel, Health Care Provider, Healthcare Providers, Healthcare Provider, Healthcare Workers, Healthcare Worker, Health Care Professional, Nursing Assistants, Nursing Assistant, Nurses' Aides, Nurse Aides, Nurse's Aides, Nurses Aides, Nurses' Aide, Nursing Auxiliaries, Nursing Auxiliary, support worker, Allied Health Personnel, Healthcare Assistants, Healthcare Assistant, Assistant, Healthcare Support Workers, Healthcare Support Worker*. A estas juntámos expressões que se relacionavam com ERPI, como *Residential Facilities, Assisted Living Facilities, Homes for the Aged, Nursing Homes, Long-Term Care, residential aged care, Long-Term Care Facilities*.

Para a dimensão intervenção, utilizámos os termos que se relacionavam com uma intervenção educativa, como *Educational Program, Teaching, training program, Educat*, Continuing Education, Traing*, learning, educational intervention*.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.88-96

Para a dimensão Outcome, utilizámos os termos *Infection Control, Containment strategy, Containment of Biohazards, Disease Transmission, Disease Transmission Infectious, Infectious Disease Transmission Professional-to-Patient, Infectious Disease Transmission Patient-to-Professional, Disease Transmission Patient-to-Professional, Disease Transmission Professional-to- Patient, Risk Factors, Risk reduction behaviour, Harm reduction*. E, por fim, para a dimensão tempo, utilizámos os termos COVID-19, 2019-nCoV, SARS-Cov-2.

A identificação e seleção dos estudos foi realizada por dois investigadores, combinando os termos acima apresentados com os operadores boleanos OR ou AND. Identificámos 349 artigos, 9 na Academic Search Complete, 12 na CINAHL, 11 na MEDLINE, *1 na Psychology and Behavioral Sciences Collection, 13* na Pubmed, 299 na SCOPUS e 4 na Web of Science. Após removidos os duplicados, procedeu-se à análise do título e do resumo de 316 artigos. Destes selecionámos 21 para análise do texto integral. A nossa amostra final foi composta por 4 artigos.

Estes foram sujeitos à avaliação da qualidade, com avaliações independentes entre dois dos investigadores, de acordo com a Joanna Briggs International (Lockwood et al, 2015), tendo-se verificado que todos os artigos integrados na amostra afinal cumprem critérios de qualidade.

A pesquisa e seleção de artigos seguiu o fluxograma PRISMA recomendado pela *Preferred Reporting Items for Transparent Reporting of Systematic Reviews and Meta-Analyses* (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, 2009) (Figura 1).

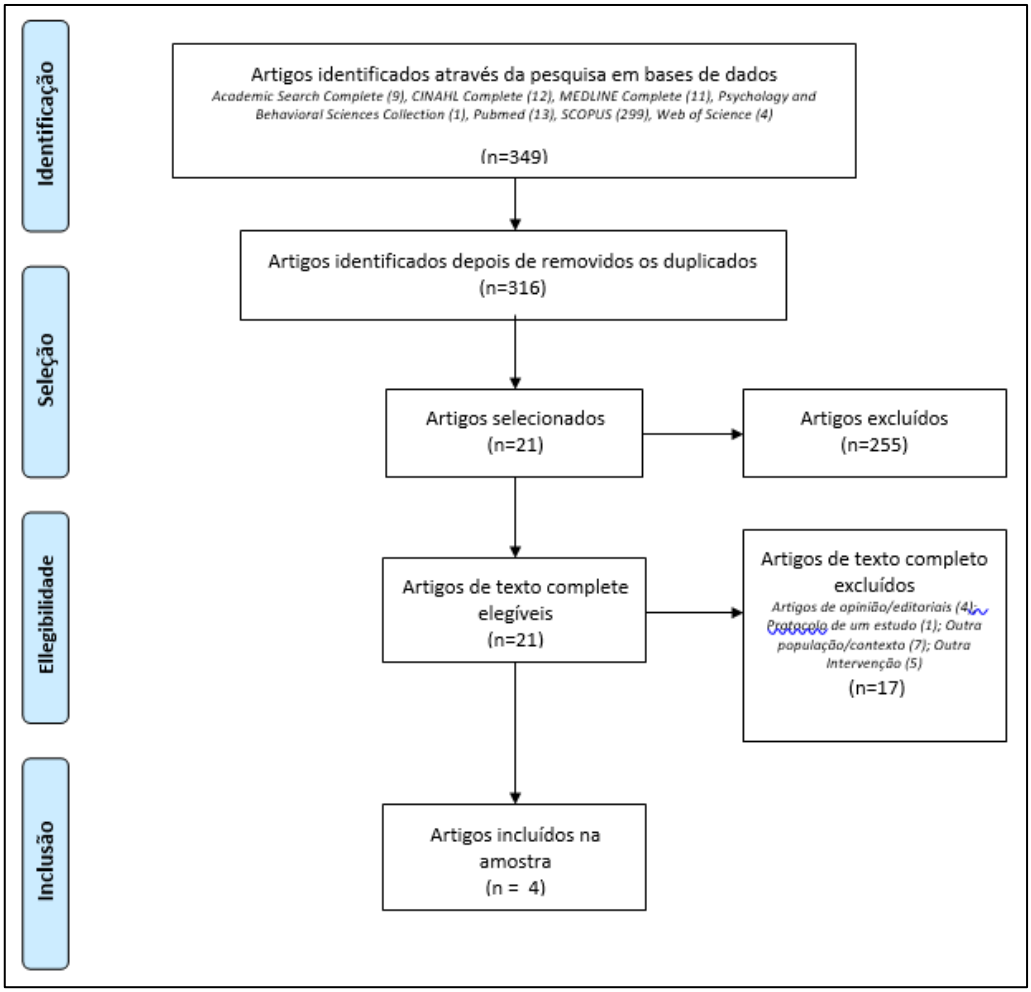


Fig. 1. Fluxograma do processo de seleção e identificação dos estudos para a revisão integrativa, 2021.

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.88-96

3. Resultados

No período temporal estabelecido – durante a pandemia por COVID-19 – identificámos quatro estudos publicados em 2020. Estes abordam intervenções educativas dirigidas ao pessoal das ERPI, onde se incluem as AAD. Não se encontraram estudos dirigidos exclusivamente a AAD. Todos os estudos são oriundos do continente americano, com um desenho de estudo de corte longitudinal (1), relato de caso (2) e quase-experimental (1) (Tabela 2).

Tabela 2. Características dos estudos selecionados, 2021.

Autor /ano	País/ Participantes	Desenho do estudo	Objetivo	Intervenção	Outcome
Kim et al., 2020	USA (profissionais de ERPI, onde inclui AAD)	Relato de caso	Apresentar um Plano de Resposta Trifásico COVID-19	A segunda fase deste Plano consiste em fornecer educação, consistente e regular, sobre práticas de prevenção e controle de infeção para todos os profissionais das ERPI. Conteúdo: noções básicas de controle de infeção, treino e colocação de EPI e sinais e sintomas de COVID-19. Duração: intervenções semanais. Meio de disponibilizar: videoconferência. Área disciplinar do formador: medicina.	A adesão às práticas de controle de infeção, especialmente e o uso adequado de EPI e isolamento, foi significativamente associada a declínios nas taxas de infeção e mortalidade semanais.
Lipsitz et al., 2020	USA (360 ERPI)	Estudo coorte longitudinal	Apresentar o Plano estadual de Massachusetts de contingência para ERPI e os seus resultados.	O Plano é abrangente e tem uma componente educativa. Webinars semanais e respostas a perguntas sobre procedimentos de controle de infeção. Consultoria presencial e online sobre controle de infeção. Conteúdo: práticas de coorte, uso adequado de EPI, o papel do treinador de PPE, como envolver a liderança e responsabilizar a equipa e como manter a infeção controlada? Duração: semanal, durante 9 semanas Meio de disponibilizar: videoconferência. Área disciplinar do formador: membros da comissão de Controlo de infeção e Consultores em saúde	As taxas de infeção de residentes e profissionais começaram mais altas e depois diminuíram rapidamente.

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.88-96

Autor /ano	País/ Participantes	Desenho do estudo	Objetivo	Intervenção	Outcome
Archbald-Pannone et al., 2020	USA (55 ERPI, dirigido a todo o pessoal, incluindo AAD)	Relato de caso	Apresentar o programa de Envolvimento Geriátrico e Integração de Recursos de Instituições de Assistência Pós-Aguda e de Longo Prazo (GERI-PaL)	Programa multidimensional, que inclui a expansão dos cuidados de enfermagem e uma rápida implementação do serviço de consulta de telemedicina, com rondas clínicas diárias e reunião de equipa. Integra uma componente educativa aos AAD. Conteúdo: equipamento de proteção individual, coordenação de cuidados, e suporte para otimização da consulta de telemedicina Duração: não especificado Meio de disponibilizar: diariamente em presença. Área disciplinar do formador: enfermagem (integrado numa equipa interprofissional, médico, pneumologista, gestor).	O programa teve uma boa aceitabilidade, melhorando o acesso, a coordenação e a qualidade de cuidados. Parece estar associado a menores taxas de mortalidade por COVID-19, comparativamente com as taxas de mortalidade comunitárias.
Vijh et al., 2020	Canada (1298 profissionais, incluindo AAD)	Quase experimental	Avaliar a eficácia da intervenção multissetorial (um pacote de medidas de controle de surto) projetada para controlar a transmissão do SARS-CoV-2 durante surtos em instituições de longa permanência.	Intervenção multissectorial que integra as categorias: gestão de casos e contatos, deteção proativa de casos, priorização e administração de recursos e práticas rigorosas de controle de infeção. Esta última categoria contempla a dimensão educativa, com a criação de uma equipa móvel dedicada à COVID-19, para locais de surto para garantir que a ERPI seja treinada e adira às recomendações. Conteúdo: recomendações para a implementação de medidas de isolamento e utilização de equipamentos de proteção individual. Duração: não especificado Meio de disponibilizar: presencial Área disciplinar do formador: equipa de Prevenção e Controle de infeção (Saúde pública).	Os profissionais tiveram uma diminuição de 70% na taxa média de COVID-19 durante o período pós-intervenção do que os residentes (RR, 0,30; IC de 95%, 0,10-0,88; P <0,05). O estudo fornece evidências da eficácia desta intervenção para reduzir a transmissão de COVID-19 em ERPI.

Os programas educativos dirigidos aos profissionais das ERPI, onde se incluem as AAD, apresentam uma grande variabilidade em termos de intervenção, público-alvo, conteúdos, duração, forma como é disponibilizado e área disciplinar dos formadores. Parece existir uma associação entre a educação disponibilizada e a redução da transmissão do vírus.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.88-96

4. Discussão

Os estudos em análise descrevem intervenções educativas dirigidas aos profissionais das ERPI. Pese embora nenhum seja específico para as AAD, na sua estrutura, a conceção e organização das intervenções educativas pressupõem conteúdos formativos cujo core recaí em noções básicas de controle de infeção: colocação e remoção segura de EPI (Kim et al., 2020; Lipsitz et al., 2020; Archbald-Pannone et al., 2020; Vijh et al.,2020); identificação de sinais e sintomas de COVID-19 (Kim et al, 2020), medidas de isolamento (Lipsitz et al., 2020; Vijh et al., 2020) e dinamização de consulta de telemedicina (Archbald-Pannone et al., 2020). Acresce a estes conteúdos as questões relacionadas com a coordenação de cuidados de saúde (Archbald-Pannone et al., 2020), liderança e responsabilização das equipas de saúde (Lipsitz et al., 2020). Estes resultados são consistentes com as principais orientações internacionais, que recomendam que a dinamização de intervenções educativas deve promover o treino dos profissionais nas medidas de controlo de infeção, colocação e remoção de EPI, minimizando o risco da disseminação nos contextos de trabalho e comunidade (WHO, 2020a; WHO, 2020b). São também alinhadas com as recomendações que apontam para a necessidade da existência de um líder, que possa coordenar a preparação dos profissionais, garantindo a correta implementação das medidas de controle de infeção (ECDC, 2020).

Nos estudos da nossa amostra, todos os formadores são da área da saúde (medicina, enfermagem e saúde publica) (Kim et al., 2020; Lipsitz et al., 2020; Archbald-Pannone et al., 2020; Vijh et al., 2020). Os profissionais de saúde podem, neste campo, constituir-se como agente ativo de formação (Davis & Davis, 2010), contribuindo para a implementação de medidas de prevenção e controlo da infeção.

Os quatro estudos em análise são pouco pormenorizados quanto à metodologia e estratégias pedagógicas utilizadas. Podemos apurar que dois deles utilizaram um método de ensino presencial (Archbald-Pannone et al., 2020; Vijh et al., 2020), enquanto os restantes utilizaram a videoconferência como ferramenta de comunicação (Kim et al., 2020; Lipsitz et al., 2020).

Apesar dos constrangimentos impostos pela pandemia de COVID-19, verificou-se a reformulação das metodologias tradicionais de formação de adultos. A crise sanitária vigente proporcionou, ao nível do ensino, o desenvolvimento de inovações e ferramentas pedagógicas, iniciando um novo capítulo no acesso à formação e ao desenvolvimento profissional (Bruyneel et al., 2020; Seymour-Walsh, Weber, & Bell, 2020; Seymour-Walsh, Weber, Bell, & Smith, 2020). Nos estudos da amostra verificou-se que formação profissional continuou a ser profícua, sendo observado nos outcomes, a clara diminuição das taxas de infeção, e por inerência a diminuição da taxa de mortalidade, nas instituições que desenvolveram a capacitação dos seus profissionais (Kim et al., 2020; Lipsitz et al., 2020; Archbald-Pannone et al., 2020; Vijh et al., 2020).

Apesar do ensino à distância não permitir o contacto físico entre os seus atores, esta modalidade de ensino pode constituir-se num recurso para a preservação do relacionamento entre os formandos e os formadores, evitando o isolamento social (Prata et al., 2020; Bruyneel et al., 2020). É, contudo, importante salientar que se devem criar mecanismos para a interação direta e feedback entre formandos e formadores (Grzych & Schraen-Maschke, 2020). O diálogo e a estrutura pedagógica são essenciais para uma aprendizagem eficaz e bem-sucedida, podendo desprezar-se o contributo negativo do distanciamento físico (Rhim & Han, 2020).

A SARS-CoV-2 é responsável por uma doença com características particulares que se materializou num grande problema de saúde pública. Este fenómeno exigiu medidas musculadas de combate à infeção em todo o mundo, sendo a formação dos profissionais, em contacto com populações vulneráveis, um dos aspetos mais relevantes destas medidas.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.88-96

5. Conclusões

São muitos os desafios que a atual pandemia de COVID-19 coloca à sociedade em geral e aos administradores e grupos profissionais que cuidam de pessoas idosas institucionalizadas. De modo a garantir a proteção contra a infeção por SARS-Cov-2 nesta população particularmente vulnerável, as ERPI levaram a cabo intervenções educativas dirigidas ao seu pessoal, com a preocupação de considerar não apenas as AAD, mas toda a equipa multidisciplinar.

A investigação sobre as metodologias e estratégias de aprendizagem aplicadas aos profissionais das ERPI (e, por consequência, dirigida às AAD) é, contudo, ainda muito parca, o que é demonstrado pela composição de apenas quatro estudos na amostra final desta revisão integrativa.

Os resultados permitem concluir que houve preocupação em desenvolver planos de resposta à pandemia, consistentes e sistematizados, que fornecessem intervenções educativas sobre práticas de prevenção e controle de infeção para os profissionais das ERPI. Os profissionais de saúde que dinamizaram estes programas formativos centraram-se na necessidade de implementar medidas de isolamento e utilização de equipamentos de proteção individual, nomeadamente, o uso adequado de equipamentos de proteção individual, obtendo resultados significativos no declínio das taxas de infeção e mortalidade nestas instituições. Recorreu-se ao ensino à distância ou ao ensino presencial, como estratégias pedagógicas de disponibilização dos conteúdos planeados.

Esta revisão integrativa vem apontar para a importância das intervenções educativas junto das AAD como forma de prevenir a transmissão do SARS-Cov-2 em ERPI e reduzir as taxas de morbilidade e mortalidade. O ensino à distância revela-se uma oportunidade de educação para as pessoas em locais remotos, com dificuldades no acesso presencial. A formação presencial mostrou-se também como essencial na demonstração e treino de práticas de cuidados seguros. Recomenda-se a realização de investigação no futuro para obter uma maior consistência nas conclusões.

6. Referências

Archbald-Pannone, L. R., Harris, D. A., Albero, K., Steele, R. L., Pannone, A. F., & Mutter, J. B. (2020). COVID-19 collaborative model for an academic hospital and long-term care facilities. Journal of the American Medical Directors Association, 21(7), 939-942.

Barratt, R.& Gilbert G.L., Education and training in infection prevention and control: Exploring support for national standards, Infection, Disease & Health, https://doi.org/10.1016/j.idh.2020.12.002

Barratt,R, Shaban, R. Z., Gilbert, G. L.(2020) Characteristics of personal protective equipment training programs in Australia and New Zealand hospitals: A survey. Infect Dis Health. 25(4): 253–261. doi: 10.1016/j.idh.2020.05.005

Bauer, M., Fetherstonhaugh, D., Haesler, E., Beattie, E., Hill, K. D., & Poulos, C. J. (2018). The impact of nurse and care staff education on the functional ability and quality of life of people living with dementia in aged care: A systematic review. Nurse Education Today, 67, 27-45.

Bruyneel, A. V., Beauviche, J., Caussé, B., & Walters, K. (2020). Curriculum Development, Implementation, and Evaluation During the COVID-19 Confinement Period in France. Journal of dance medicine & science : official publication of the International Association for Dance Medicine & Science, 24(4), 147–152. https://doi.org/10.12678/1089-313X.24.4.147

Davis, D., & Davis, N. (2010). Selecting educational interventions for knowledge translation. Cmaj, 182(2), E89-E93.

Di Giulio, P., Finetti, S., Giunco, F., Basso, I., Rosa, D., Pettenati, F., ... & Toscani, F. (2019). The impact of nursing homes staff education on end-of-life care in residents with advanced dementia: a quality improvement study. Journal of pain and symptom management, 57(1), 93-99.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.88-96

European Centre for Disease prevention and Control (ECDC) (2020). Infection prevention and control and preparedness for COVID-19 in healthcare settings - fourth update Stockholm: ECDC; 2020. Available from: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Infection-prevention-and-control-inhealthcare-settings-COVID-19_4th_update.pdf

Fallon, A., Dukelow, T., Kennelly, S. P., & O'Neill, D. (2020). COVID-19 in nursing homes. QJM: An International Journal of Medicine, 113(6), 391-392.

Grzych, G., & Schraen-Maschke, S. (2020). Interactive pedagogical tools could be helpful for medical education continuity during COVID-19 outbreak. Annales de biologie clinique, 78(4), 446–448. https://doi.org/10.1684/abc.2020.1576.

Kim, G., Wang, M., Pan, H., H. Davidson, G., Roxby, A. C., Neukirch, J., ... & D. Ong, T. (2020). A health system response to COVID-19 in long-term care and post-acute care: a three-phase approach. Journal of the American Geriatrics Society, 68(6), 1155-1161.

Lipsitz, L. A., Lujan, A. M., Dufour, A., Abrahams, G., Magliozzi, H., Herndon, L., & Dar, M. (2020). Stemming the Tide of COVID-19 Infections in Massachusetts Nursing Homes. Journal of the American Geriatrics Society, 68(11), 2447-2453.

Lockwood, C., Munn, Z., & Porritt, K. (2015). Qualitative research synthesis: methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. International Journal of Evidence-Based Healthcare, 13(3), 179–187. https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000062

McGilton, K. S., Escrig-Pinol, A., Gordon, A., Chu, C. H., Zúñiga, F., Sanchez, M. G., ... & Bowers, B. (2020). Uncovering the devaluation of nursing home staff during COVID-19: are we fuelling the next health care crisis?. Journal of the American Medical Directors Association, 21(7), 962-965.

Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. (2009). The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: the PRISMA Statement. PLoS Med. 2009,6(7):e1000097. doi: 10.1371/journal.pmed.1000097

Prata, J. A., Mello, A. S., Costa E Silva, F. V., & Faria, M. (2020). Pedagogical mediations for non-formal nursing teaching during the COVID-19 pandemic. Revista brasileira de enfermagem, 73(Suppl 2), e20200499. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0499

Rhim, H. C., & Han, H. (2020). Teaching online: foundational concepts of online learning and practical guidelines. Korean journal of medical education, 32(3), 175–183. https://doi.org/10.3946/kjme.2020.171

Seymour-Walsh, A. E., Weber, A., & Bell, A. (2020). Practical approaches to pedagogically rich online tutorials in health professions education. Rural and remote health, 20(2), 6045. https://doi.org/10.22605/RRH6045

Seymour-Walsh, A. E., Weber, A., Bell, A., & Smith, T. (2020). Teaching psychomotor skills online: exploring the implications of novel coronavirus on health professions education. Rural and remote health, 20(4), 6132. https://doi.org/10.22605/RRH6132

Stern, C., Jordan, Z., & McArthur, A. (2014). Developing the review question and inclusion criteria. AJN The American Journal of Nursing, 114(4), 53-56.

Vijh, R., Prairie, J., Otterstatter, M., Hu, Y., Hayden, A., Yau, B., ... & Schwandt, M. Evaluation of a multi-sectoral intervention to mitigate the risk of SARS-CoV-2 transmission in long-term care facilities. Infection Control & Hospital Epidemiology, 1-37.

Wang L, H. W. (2019). Coronavirus disease 2019 in elderly patients: characteristics and prognostic factors based on 4-week follow-up. *. J Infect.. Jun; 80(6):* , 639–645.

Whittemore, R. & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing 52*(5), 546-553.

World Health Organisation (WHO). (2020b) Coronavirus disease (COVID-19) outbreak 2020. Available from: https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019

World Health Organization. (2020a). Infection prevention and control guidance for long-term care facilities in the context of COVID-19: interim guidance, 21 March 2020 (No. WHO/2019-nCoV/IPC_long_term_care/2020.1). World Health Organization.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.88-96

O Mundo Sombrio das Mulheres Vítimas de Violência: Uma Análise Qualitativa dos Boletins de Ocorrência.

Aline Pereira de Souza[1], Maria José Sanches Marin[1] e Paula Sales Rodrigues[2]

[1]Faculdade de Medicina Marília, Brasil | aline.psouza_enfer@hotmail.com; marnadia@terra.com.br | https://orcid.org/0000-0003-4395-1482; https://orcid.org/0000-0001-6210-6941

[2]Universidade Estadual Paulista "Julio de Mesquita Filho" - UNESP - Câmpus de Botucatu, Brasil | paulasalesrodrigues@gmail.com | https://orcid.org/0000-0002-8876-814X

Resumo: O presente artigo visa identificar, verificar e apreciar os documentos da Delegacia da Mulher (DDM) da Polícia Judiciária do Município de Marília-SP na perspectiva de um estudo transversal na modalidade quantitativa por meio da técnica de análise temática, realizado a partir de boletins de ocorrência (BO) de violência contra mulheres, com o intuito de revelar a magnitude da violência por uma abordagem qualitativa, contribuindo para o avanço na compreensão desse complexo fenômeno que carece de ações efetivas de saúde. A análise retratou fatores de vulnerabilidade às mulheres e as relações de desigualdade frente seus agressores, bem como os comportamentos coercitivos e de controle. As ameaças de morte ocorrem sob distintas condições e formas, as agressões físicas são degradantes, e ainda evidencia-se as agressões verbais, danos morais, intimidação, perseguição e injúrias. Violências que geram insegurança e medo nessas mulheres que buscam na ocorrência policial um direito que deveria ser irrevogável – a vida. Compreende-se, que é imprescindível a articulação de ações intersetoriais preventivas e de promoção em saúde com vistas ao rompimento do ciclo da violência.

Palavras-chave: Violência Doméstica; Relações Familiares; Mulheres.

The Dark World of Women Victims of Violence: A Qualitative Analysis of Police Reports

Abstract. This article aims to identify, verify and examine the documents of the Women's Police Station (DDM) of the Judicial Police of Marilia city in the perspective of a cross-sectional study in the quantitative modality using the thematic analysis technique, carried out based on police reports of violence against women (BO), in order to reveal the magnitude of violence through a qualitative approach, contributing to the advancement in the understanding of this complex phenomenon that lacks effective health interventions. The analysis portrayed women vulnerability factors and relationships of inequality across their attackers, as well as the coercive behaviors and control. Death threats occur under different conditions and forms, physical assaults are degrading, and verbal assaults, moral damage, intimidation, persecution and injuries are also evident. Violence that generates insecurity and fear in women who seek in the police report a right that should be irrevocable life. It is understood that it is essential to articulate preventive intersectorial actions and promotion of health in order to break the violence cycle.

Keywords: Domestic violence; Family Relationships; Women.

1. Introdução

A violência é reconhecidamente um problema de saúde mundial e está relacionado com a construção da cidadania e da qualidade de vida da população, que pode e deve ser abordado pelos serviços de saúde por meio de estratégias de prevenção de doenças e agravos, promoção de saúde, assistência, recuperação e reabilitação. Destaca-se entre as formas de violência, aquelas proferidas contra pessoas consideradas em situação de maior vulnerabilidade como crianças, mulheres e idosos, as quais ocorrem predominantemente no âmbito familiar (Who, 2014).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.97-105

Há observações e estudos no campo de discussão acerca da violência contra a mulher, mencionadas como violência doméstica, violência intrafamiliar, violência doméstica e familiar, violência doméstica e sexual, violência de gênero, e/ou violência por parceiro íntimo. No âmbito jurídico, o termo comumente adotado é de violência doméstica contra a mulher, devido a lei Maria da Penha – Lei n. 11340 (Brasil, 2006), a qual cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica contra a mulher. No presente artigo manteremos o termo violência doméstica considerando os aspectos relacionados aos núcleos de cuidado em saúde: a família e o domicílio.

A violência contra a mulher é de tal magnitude que se postula, internacionalmente, como problemática da Saúde Pública. A perpetuação de tal violência doméstica apesar dos avanços institucionais, políticos e jurídicos dá-se por dificuldades relacionadas à impunidade, ineficácia prática em intervenções e prevenção, bem como a ineficiência de políticas públicas (Billand & Paiva, 2017).

Segundo D'Oliveira e Schraiber (2013) mulheres em situação de violência buscam alternativas para superar a situação, sendo ativas no sentido de buscar interromper a violência. O pedido de ajuda à rede informal, formada por família e amigos é mais frequente do que à rede formal. As razões relatadas por essa busca foram impulsionadas pelo medo, dor, sofrimento e desejo de acabar com a situação. Quanto mais grave a violência, maior a procura por apoio, o que faz com que os casos que acorrem aos serviços especializados sejam já bastante graves.

Pesquisa realizada pela Organização Panamericana de Saúde (Opas, 2011) replicada no Brasil (Meneghel, et al, 2011) demonstra como a busca das mulheres afetadas pela violência doméstica pode ser difícil e cheia de obstáculos. Informações inadequadas e atitudes não acolhedoras e crivadas de julgamento moral são frequentes nos percursos relatados nas investigações.

Estima-se que cerca de quarenta mil brasileiras buscam o Sistema Único de Saúde (SUS) para tratamentos devido à violência, representando um custo anual superior a cinco milhões de reais. Todavia, esse valor não representa o gasto real do setor saúde, visto que se limita aos registros de internações associados ao agravo, não contemplando a totalidade das demandas dessa população, como as procuras na Atenção Básica, as repercussões familiares envolvendo filhos e a própria conjugalidade (Martins et al, 2018).

Estudos alertam que presenciar a violência entre os pais relaciona-se ao comprometimento no rendimento escolar e a vulnerabilidade para o uso de drogas. Além disso, pessoas com histórico de abusos familiares na infância e/ou adolescência tendem a reproduzi-lo nas relações interpessoais, favorecendo a intergeracionalidade da violência doméstica (Martins et al, 2018; Wagner et al, 2019).

Frente a discussão acima, a presente análise visa revelar a magnitude da abordagem qualitativa dos boletins de ocorrência, o que contribui para avanços na compreensão desse complexo fenômeno que carece de ações efetivas de saúde.

2. Objetivo

Analisar os motivos das ocorrências policiais de violência contra a mulher.

3. Metodologia

Trata-se de um estudo transversal na modalidade quantitativa por meio da técnica de análise temática, realizado a partir de boletins de ocorrência (BO) de violência contra mulheres. Foi realizada em um Município de médio porte do interior de São Paulo, com uma população de 216.745 habitantes (IBGE, 2012) e teve como cenário para a coleta de dados a Central de Polícia Judiciária da Polícia Civil do Estado de São Paulo do município, mais especificamente na Delegacia de Defesa da Mulher.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.97-105

Foi desenvolvida por meio de análise documental que consiste em identificar, verificar e apreciar os documentos que permite uma contextualização das informações com o intuito de extrair um reflexo objetivo de uma fonte original (Souza, Kantorski, Luis, 2011). Trata-se de uma forma de coleta e análise de dados com alto potencial informativo e consiste em uma série de operações que visam estudar documentos no intuito de compreender as circunstâncias e elucidar os conteúdos expressos (Souza, J. et al; 2017).

Foram incluídos no estudo os (B.O) realizados na referida delegacia, no mês de Janeiro de 2020, seguindo-se um roteiro de coleta de dados referentes as características sociodemográficas da mulher (idade, estado civil, escolaridade, cor da pele e ocupação profissional) e tipo de violência.

As fichas de registro das ocorrências foram disponibilizadas aos pesquisadores em uma sala localizada na própria sede da delegacia. Foram analisadas 50 ocorrências, a partir das 147 existentes, as quais foram selecionadas de acordo com a ordem de digitação do total de fichas, sendo que a coleta foi encerrada no momento que se observou a saturação dos dados.

A saturação significa o momento da pesquisa no qual a coleta de novos dados não traria mais esclarecimentos para o objeto estudado. Assim, o tamanho da amostra, é resultante da heterogeneidade da população que será pesquisada e preza-se pela quantidade e qualidade de dados (Minayo, C; 2017).

Para a análise dos dados obtidos, optou-se pela técnica da Análise Temática (AT) que é um método analítico qualitativo que busca identificar, analisar e relatar padrões (tema) dentro dos dados e interpretar vários aspectos do tema de pesquisa (Virginia Braun & Victoria Clarke; 2006).

O processo de codificação dos dados não é fixado a priori, pois os temas são extraídos dos próprios dados, o que permite grande flexibilidade e colabora para uma análise interpretativa sobre os dados. Assim como as demais formas de análise de dados qualitativos a AT também preza pela busca de padrões, flexibilidade, homogeneidade interna dos temas e heterogeneidade externa entre eles (Souza, Kantorski, Luis, 2019).

Para as autoras, um tema capta algo importante que é abstraido dos dados em relação à pergunta de pesquisa e representa um significado padronizado a partir do conunto de dados obtidos, podendo ou não aparecer com grande prevalência no conjunto das informações (Virginia Braun & Victoria Clarke; 2006).

Na operacionalização da análise temática, procura-se padrões de significados e questões relevantes nos dados, sendo que a elaboração dos temas ocorre por meio de sucessivas aproximações com os dados.

As autoras apresentam a análise temática em seis fases, entretanto, admitem que não se trata de um processo linear, sendo necessário ser flexibilidade e exaustivo na interação com os dados, em movimentos de “idas e vindas” para que os temas contemplem percpções ricas e complexas.

Descrevem-se a seguir as fases a serem seguidas: *1. familiaridade com os dados*, que compreende a imersão por meio de leituras repetidas dos dados de forma a se aproximar da profundidade e amplitude do conteúdo.

Recomenda-se que o proprio pesquisador faça a coleta e a transcrição dos dados caso sejam obtidos por meio de entrevistas ou discursos, visando a familiarização com o conteúde de forma ampla. Leituras repetidas e ativa são necessárias para a busca de padrões e significados. Durante essa fase recomenda-se registrar as principais idéias para a codificação subsequente. *2. a produção de codigos iniciais*, esta fase significa iniciar a produção de códigos, partir dos dados.

Os códigos representam um conteúdo semantico ou latente que se referem ao segmento ou elemento mais básico dos dados brutos. Difere-se, portanto, das unidades de análise ou temas, pois estes, muitas vezes, são mais amplos.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.97-105

Nesta fase, trabalha-se sistematicamente com o conjunto dos dados que foram obtidos, buscando identificar aspectos interessantes e significativos do texto. Deve ser codificado do banco de dados. *3. procura por temas* – trata-se da fase que o foco da análise e ajustado para temas mais abrangente.

Envolve a triagem dos diferentes códigos em temas potenciais, por meio de agrupamentos dos extratos relevantes aos temas que estão sendo construídos.

Recomenda-se que nesta fase sejam utilizadas representações visuais para auxiliar na classificação dos diferentes códigos em temas.

Na finalização terá uma coleção de temas e subtemas. É nesta fase que começam a surgir as relações. Alguns códigos podem se transformar em temas, outros em subtemas e alguns podem até desaparecer. *4. revisitar os temas* - esta fase envolve essencialmente o refinamento dos temas, leva em consideração os critérios de homogeneidade interna e heterogeneidade externa, sendo necessário, muitas vezes, retomar a codificação dos dados até que se consiga criar um mapa temático satisfatório. *5. Definir e nomear os temas*, ou seja, é identificada a essência do assunto de cada tema.

Recomenda-se que os extratos não sejam para fraseados, mas que seja identificado o que é interessante sobre eles e porquê.

Como parte do refinamento é identificado se um tema tem ou não subtemas, podendo haver também hierarquia de sentidos dentro dos dados. Um determinado tema não deve dar conta de muitos aspectos ou ser muito complexo e diversificado. *6. Produção do relatório* – tem início quando o conjunto de tema já foram totalmente trabalhados e inicia-se a análise final e a escrita do relatório.

Neste relatório os extratos das falas dos participantes precisam ser incorporados à narrativa analítica, visando ilustrar o conteúdo que se pretende mostrar (Virginia Braun & Victoria Clarke; 2006).

O estudo contou com a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da instituição proponente sob parecer n.4.265.994 e CAAE: 36628920.8.0000.5413 Considerando que se trata de um estudo de análise documental, foi solicitada a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os BO analisados receberam numeração em ordem crescente B1 a B50.

4. Resultados

4.1 Caracterização das Vítimas

Em relação a caracterização das vítimas, identifica-se que a violência perpassa de forma significativa tanto para as mulheres na faixa etária jovem-adulto quanto para as adultas mais velhas.

Evidencia-se, embora de forma pouco expressiva, maior incidência em mulheres mais velhas. Quanto ao estado civil, verifica-se que a maioria das vítimas são casadas ou constituídas em união estável. Expressa-se, também de forma relevante, as mulheres solteiras. No que tange a escolaridade, a maioria possui o ensino médio e encontram-se empregadas.

Revela-se que em sua maioria, as vítimas se auto declaram brancas e pardas. Considerando os tipos de violências, constata-se que a violência psicológica é a que mais acomete as vítimas, seguida da violência física; da moral e a financeira.

Ressalta-se ainda, que há vítimas que sofrem mais de um tipo de violência.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.97-105

Tabela 1. Características sociodemográficas das vítimas N = (50).

		Mulheres Vítimas
Idade	18 a 30 anos	22 (44%)
	31 a 59 anos	28 (56%)
Estado Civil	Solteira	20 (40%)
	Casada ou União Estável	22 (44%)
	Divorciada	06 (12%)
	Sem Informação	02 (4%)
Escolaridade	Ensino Fundamental	05 (10%)
	Ensino Médio	12 (24%)
	Ensino Superior	05 (10%)
	Não Informou	28 (56%)
Ocupação Profissional	Empregada	30 (60%)
	Desempregada	06 (12%)
	Estudante	03 (6%)
	Não Informado	11 (22%)
Cor da Pele	Branca	30 (60%)
	Negra	05 (10%)
	Parda	15 (30%)
Tipo de violência	Física	22 (44%)
	Psicológica	32 (64%)
	Moral	08 (16%)
	Financeira	03 (6%)
	Mais de um tipo de Violência	15 (30%)

4.2 Temas e Subtemas

Tabela 2. Apresentação dos Temas e Subtemas.

Temas	Subtemas
Ameaça de morte	Sob efeito de álcool e drogas E7, E10 Para ela e familiares. E2 Após recusa de reatar o relacionamento/Não aceita separação. E1, E9 Alegando ter posse de uma arma calibre 22. E8 Alegando que irá disparar uma arma na sua cabeça e dos familiares. E22 Dizendo que irá" rasgar com faca" E23 Exigindo dinheiro. E8 Alegando ser do PCC E40 Dizendo que será com tiro e que vai quebrar as pernas e arrancar a cabeça. E44 No local de trabalho E5 Com faca. E41, E43, E44, E45 Mesmo com medida protetiva 3 Por ter encontrado drogas ilícitas na carteira. E17

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.97-105

Temas	Subtemas
Agressão física	Chute. E11 Empurrão. E14, E21 Colocou contra a parede e apertou o pescoço. E9 Cabeçada E14 Espancamento com lesões em olho e boca E10 Socos e mordidas E19 e E49 Puxões de cabelo E12, E20 Tapas E 25, E28 Socos, cadeiradas. E31 Socos na face E34 Espancamento. E33 Sem especificação. E35, E15 Tentativa de sufocação E48, E49
Danificou materiais	após uso de BA e passou danificar móveis da casa. E32 Danificou celular E30, E37 Roubo de dinheiro e notebook E42
Ofensa verbal	"você vai ver o que vai te acontecer, você vai se ferrar, vai pagar" E30 Ameaçou de colocar fogo na casa 32 Marido sempre a xingou, é controlador e possessivo. E6 Ofensa de teor preconceituoso. E50 Acusa de ter causado a separação. E47 Proferiu palavras de baixo calão. E38, E39, E45
Importunação/perseguição e intimidação/injúria.	Após separação foi importuná-la no emprego. E26, Perseguindo, intimidando e dizendo que não a deixará em paz Recebeu mensagem com tom ameaçador. E16 Comportamento agressivo por ter encontrado drogas ilícitas na carteira. E17 Após separação companheiro comparece na frente de casa. E24

4. Discussão

Embora na literatura sejam encontrados estudos que exploram os BO de violência contra a mulher, na maioria deles, os dados são apresentados quantitativamente. No presente estudo foi realizada uma abordagem qualitativa, o que contribui para o avanço na compreensão desse complexo fenômeno; entretanto, as limitações são reconhecidas uma vez que a descrição existente nesses registros não explora a profundidade e o sentido da ocorrência.

Já os temas levantados revelam os trajetos em busca de ajuda que vão desde o silêncio até o grito de socorro. Caminhos que passam por processos pessoais e sociais de cada mulher, regido por intensos sentimentos, como a vergonha e o medo, para se chegar às declarações acima abstraídas. Portanto, é imprescindível considerar as expressões progressivas e cíclicas da violência doméstica bem como suas repercussões para mulheres e filhos, nos espaços jurídico-policiais, sociais e/ou na saúde (Lettiere & Nakano, 2001; Lucena et al, 2016).

Os estudos identificam e associam alguns fatores da vida da mulher a uma condição de vulnerabilidade à violência, dentre esses encontra-se as variáveis socioeconômicas; o não esclarecimento ou reconhecimento sobre a violência associado a baixa escolaridade e a baixa autonomia, seja financeira ou de processos decisórios da vida. Já a propensão ao álcool e ao tabaco têm sido considerada tanto como fatores de vulnerabilidade quanto de escape aos traumas. Todos esses levam a baixa autoestima, vergonha, sentimento de culpa e estigmatização reforçando o ciclo da violência (Leite et al, 2017; Dos Santos et al, 2020; Crus & Irff, 2019).

Diferenciar as ameaças de morte como categoria de análise traduz a gravidade dessas violências, fato que deveria ser reconhecido e interpretado pelos profissionais dos serviços da rede de enfrentamento à violência a partir de seu contexto e construção sociocultural reforçando a segurança das mulheres e garantindo um direito fundamental – a vida (Vieira e Hasse, 2016).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.97-105

Características pessoais do autor da violência, como o consumo de álcool masculino e aspectos do relacionamento afetivo foram identificados como disparadores das agressões entre parceiros, descrito por Bhona et al (2020). Não há uma homogeneidade da violência psicológica ou ameaça à vida, mas a característica predominante do agressor está no controle coercitivo ou comportamentos de controle. Identificar os padrões de controle, como abuso econômico e/ou emocional, uso de crianças, ameaças e intimidação, monitoramento constante, culpabilização da vítima, invocação do privilégio masculino e ameaças que envolvam o trabalho ou família do parceiro, possibilitaria atuações efetivas na prevenção de tais violências e seus agravos.

A literatura também retrata fatores que precedem o feminicídio, tais como residir em área rural, sofrer violência física e reincidência de violência, sendo este último o maior dentre os demais fatores (Straus & Gozjolko 2014; Johnson, 2011; Barros, 2018).

A agressão física referida na análise, reforça os achados bibliográficos dessa tipificação. O rosto é a parte mais visível do corpo e contribui para a autoimagem do indivíduo. Os traumas maxilofaciais estão comumente associados a essas agressões em diferentes graus de danos representando um desafio para os serviços de saúde desde seu reconhecimento (Garcez, 2019).

As repercussões na vida da família são imensuráveis, pois refletem nas relações familiares posteriores, sendo que a qualidade do funcionamento familiar influencia significativamente no bem-estar e na saúde das pessoas, perpassando por todas as etapas do ciclo da vida. Há estudos que retratam que as crianças que vivenciaram situações de violência entre os pais tinham maior possibilidade de repetir o ato de violência quando adulto, indicou que os homens que testemunharam violência eram mais propensos a perpetrar a mesma, sugerindo uma transmissão intergeracional da violência. (Reisig & Holtfreter, 2018; Islam et al, 2017).

A invisibilidade da violência ainda é um desafio. É necessário o reconhecimento da humanização dos atendimentos, melhorar a infraestrutura, criar serviços especializados, principalmente àqueles previstos pela Lei Maria da Penha (Brasil, 2020).

Apesar do avanço representado pelas iniciativas legislativas, de políticas públicas e de organização, as muitas dificuldades ainda persistem. Os sistemas de saúde têm papel crucial em resposta intersetorial à violência contra as mulheres. (Meneghel et al, 2011; Lucena et al, 2016; Moreno et al, 2015).

5. Conclusão

A partir dessa análise pode-se confirmar que se trata de uma relação de extrema desigualdade, decorrente de fatores que colocam a mulher em situação de vulnerabilidade frente ao seu agressor. Compreende-se, portanto, que é imprescindível ações mais efetivas, especialmente em relação às medidas preventivas e de promoção em saúde, com vistas ao rompimento do ciclo da violência.

Foi possível constatar que as ameaças de morte ocorrem sob distintas condições e formas, gerando insegurança e medo entre essas mulheres e embora tenham a obtenção da medida protetiva, nem sempre a mesma é respeitada e cumprida. As agressões físicas ocorrem de forma degradante, bem como os danos materiais, as agressões verbais e outras formas de violência como a intimidação, perseguição e injúria.

Os recursos legais da atualidade, como a Lei Maria da Penha, favorecem o rompimento do ciclo da violência, entretanto, ainda há um longo percurso para ações intersetoriais que promovam integralidade, cuidado, e autonomia das mulheres.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.97-105

6. Referências

Who. Global status report on violence prevention 2014. Geneva: World Health Organization; 2014.

Lucena, K. D. T. et al. Analysis of the cycle of domestic violence against women. Journal of Human Growth and Development, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 139-146, 2016.

Michael D. Reisig & Kristy Holtfreter (2018): The victim–offender overlap in lateadulthood, Journal of Elder Abuse & Neglect, DOI: 10.1080/08946566.2018.1426512 To link to this article: https://doi.org/10.1080/08946566.2018.1426512

D'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção / Violence against women: between critical path and assistance multisectoral networks. Rev Med (São Paulo). 2013 abr.-jun.;92(2):134-40

Leite FMC, Amorim MHC, Wehrmeister FC, Gigante DP. Violence against women, Espirito Santo, Brazil. Rev Saude Publica 2017; 51:33.

dos Santos, I. B., Leite, F. M. C., Amorim, M. H. C., Maciel, P. M. A., & Gigante, D. P. (2020). Violence against women in life: study among Primary Care users. *Ciência & Saúde Coletiva*, *25*(5), 1935+. https://link.gale.com/apps/doc/A629396481/AONE?u=capes&sid=AONE&xid=db6febb4

Cruz, M. S., & Irffi, G. (2019). What is the effect of violence against Brazilian women on their self-perception of health? /Qual o efeito da violencia contra a mulher brasileira na autopercepcao da saude? *Ciência & Saúde Coletiva*, *24*(7), 2531+. https://link.gale.com/apps/doc/A598424341/AONE?u=capes&sid=AONE&xid=d87375f3

Garcez, Ramiro Heleno Mesquita, et al. "Characterization of oral maxillofacial lesions resulting from physical aggression: differences between genders/Caracterizacao de lesoes bucomaxilofaciais decorrentes de agressao fisica: diferencas entre genero." *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 24, no. 3, 2019, p. 1143+. *Gale Academic OneFile*, link.gale.com/apps/doc/A583693806/AONE?u=capes&sid=AONE&xid=9dc8b65f. Accessed 5 Mar. 2021.

Islam MJ, Rahman M, Broidy L, Haque SE, Saw YM, Duc NH, Haque MN, Rahman MM, Islam MR, Mostofa MG. Assessing the link between witnessing inter-parental violence and the perpetration of intimate partner violence in Bangladesh. BMC Public Health. 2017 Feb 10;17(1):183. doi: 10.1186/s12889-017-4067-4. PMID: 28187721; PMCID: PMC5303211.

Brasil. Lei no. 11.340, de 07 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e da outras providências. Diário Oficial da União 2006. Brasília, DF.

Brasil. Lei nº 13.984, de 3 de abril de 2020. Altera o art. 22 da Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha), para estabelecer como medidas protetivas de urgência frequência do agressor a centro de educação e de reabilitação e acompanhamento psicossocial. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 157, n. 117, p. 4, 3 abr. 2020.

Martins, L. C. A. et al. Violência de gênero: conhecimento e conduta dos profissionais da estratégia saúde da família. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 39, p. 1-10, 2018.

Junior, E. G. (2017). Análise documental: uma metodologia da pesquisa para a Ciência da Informação (07th ed.).

Souza, J. et al. "Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental documentary." (2011).

Minayo, C. (2017). Amostragem e Saturação em Pesquisa Qualitativa: consensos e controvérsias.

Virginia Braun & Victoria Clarke (2006): Using thematic analysis in psychology, Qualitative Research in Psychology, 3:2, 77-101

Souza, Luciana Karine de. (2019). Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. Arquivos Brasileiros de Psicologia, 71(2), 51-67. https://dx.doi.org/10.36482/1809-5267.ARBP2019v71i2p.51-67

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.97-105

Meneghel SN, Bairros F, Mueller B, Monteiro R, Oliveira LP, Collaziol ME. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública. 2011;27:743-52. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000400013

Billand, J.; PAIVA, V. S. F. Desconstruindo expectativas de gênero a partir de uma posição minoritária: como dialogar com homens autores de violência contra mulheres?. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2979-2988, 2017.

D'Oliveira, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção. Revista de Medicina, São Paulo, v. 92, n.2, p. 134-140, 2013.

Wagner, J., Jones, S., Tsaroucha, A., and Cumbers, H. (2019) Intergenerational Transmission of Domestic Violence: Practitioners' Perceptions and Experiences of Working with Adult Victims and Perpetrators in the UK. Child Abuse Rev., 28: 39– 51. https://doi.org/10.1002/car.2541.

Vieira, E. M., & Hasse, M. (2016). Percepções dos profissionais de uma rede intersetorial sobre o atendimento a mulheres em situação de violência. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 21(60), 52–62. doi:10.1590/1807-57622015.0357 García-Moreno C, Hegarty K, d'Oliveira AF, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G. The health-systems response to violence against women. Lancet. 2015 Apr 18;385(9977):1567-79. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61837-7. Epub 2014 Nov 21. Erratum in: Lancet. 2015 Apr 18;385(9977):1510. PMID: 25467583.

Bhona, Fernanda Monteiro de Castro et al . Intimate Partner Violence: Controlling Behavior and Triggers of Aggression. Paidéia (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto , v. 30, e3032, 2020 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2020000100204&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Mar. 2021. Epub Nov 06, 2020. https://doi.org/10.1590/1982-4327e3032.

Straus, M. A., & Gozjolko, K. L. (2014). "Intimate terrorism" and gender differences in injury of dating partners bymale and female university students. Journal of FamilyViolence, 29(1), 51-65. doi:10.1007/s10896-013-9560-7

Johnson, M. P. (2011). Gender and types of intimate partner violence: A response to an anti-feminist literature review. Aggression and Violent Behavior, 16(4), 289-296. doi:10.1016/j.avb.2011.04.006.

Barros, S.C. Homicídios e violência prévia contra a mulher em Pernambuco. Revista Baiana de Saúde Pública. v. 42, n. 3, p. 570-572jul./set. 2018

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.97-105

Enfermeiro Gestor de Caso na promoção da prevenção da Violência Doméstica – Revisão Integrativa

Ana Paula Reis Carmona[1], Maria da Graça Quaresma[1] e Pedro Lucas[1]

[1]Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Portugal | anapcarmona@gmail.com; graca.quaresma@chlc.min-saude.pt; prlucas@esel.pt | https://orcid.org/0000-0003-0301-2261; https://orcid.org/0000-0001-8567-0983; https://orcid.org/0000-0002-4816-0762

Resumo: A Violência doméstica é um importante problema de Saúde Pública devido à sua magnitude, frequência e repercussões para a saúde dos indivíduos, famílias, grupos e comunidades. É um fenómeno multifactorial definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (Taft et al., 2012) **Introdução**: Os Enfermeiros detêm um importante papel nas equipas de saúde, tanto no reconhecimento da situação de violência como na resposta de prestação de cuidados às vítimas e suas famílias pelo que a Liderança é uma aptidão extraordinariamente necessária e exigida aos enfermeiros para influenciar as suas equipas a prestar cuidados de enfermagem que respondam às expectativas dos utentes (Amestoy et al., 2014); **Objetivos**: Identificar a evidência científica sobre a intervenção do enfermeiro gestor de caso, na promoção da prevenção da Violência Doméstica. **Métodos:** Revisão Integrativa da Literatura de estudos indexados nas bases de dados MEDLINE (PubMed/Medline), CINAHL, Cochrane, e em outras bases de dados da plataforma EBSCOHost (LILACS, SCOPUS e Web of Science), e ainda uma pesquisa nas referências bibliográficas dos artigos selecionados. Os estudos selecionados são referentes ao período entre 2010 e 2020; **Resultados:** Foram incluídos 11 artigos sobre implementação de programas de deteção e prevenção da Violência Doméstica com resultados para as vítimas, para os enfermeiros, para os enfermeiros gestores e para a eficiência das organizações, em Cuidados de Saúde Primários e em Hospitais. **Conclusões**: A Implementação de Modelos de Gestão de Caso melhora a resposta às vítimas de violência, com consequências na qualidade dos cuidados prestados, com aumento de resultados na prevenção. Não foram encontrados estudos relacionando o enfermeiro gestor de caso para a violência doméstica, em Cuidados de Saúde Primários.

Palavras-chave: Enfermagem; Administração de Caso; Violência Doméstica; Cuidados de Saúde Primários; Revisão.

Nurse Case Manager in the Promotion and Prevention of Domestic Violence - Integrative Review

Abstract: Domestic violence is an important public health problem due to its magnitude, frequency and repercussions for the health of individuals, families, groups and communities. It is a multifactorial phenomenon defined by the World Health Organization (WHO) (Taft et al., 2012) **Introduction** (Nurses play an important role in health teams, both in recognizing the situation of violence and in responding to the provision of care to victims and their families, for which Leadership is an extraordinarily necessary and required skill for nurses to influence their teams to provide nursing care that responds to users' expectations (Amestoy et al., 2014); **Goals** Identify the scientific evidence on the intervention of the case manager nurse in the promotion of the prevention of Domestic Violence; **Methods** Integrative Literature Review of studies indexed in the MEDLINE databases (PubMed / Medline), CINAHL, Cochrane, and in other databases of the EBSCOHost platform (LILACS, SCOPUS and Web of Science), and also a search in the bibliographic references of the articles selected. The selected studies are for the period between 2010 and 2020; **Results** Eleven articles were included on the implementation of Domestic Violence detection and prevention programs with results for victims, for nurses, for nurse managers and for the efficiency of organizations, in Primary Health Care and in Hospitals and **Conclusions**. The Implementation of Case Management Models improves the response to victims of violence, with consequences on the quality of care provided, with an increase in prevention of health results. No studies were found relating the nurse who is the case manager for domestic violence in Primary Health Care.

Keywords: Nursing; Case Management; Domestic Violence; Primary Health Care; Revision.

1. Introdução

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.106-113

A Violência Doméstica é uma problemática que preocupa toda a sociedade, tendo um impacto expressivo na saúde e naturalmente na qualidade de vida do indivíduo, família e comunidade, com consequente aumento dos custos em saúde. É um fenómeno multifactorial definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (Taft et al., 2012) como o uso de força física ou poder contra si mesmo, ou contra outra pessoa, grupo ou comunidade e que tem como consequência a possibilidade de aparecimento de lesões físicas, danos psicológicos, alterações de desenvolvimento, abandono ou negligência e inclusivamente a morte.

A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) refere que o principal objetivo de um sistema de saúde é promover a saúde dos utentes e das populações. Ser saudável é também promover o bem-estar pessoal, social e económico, pessoas saudáveis geram comunidades saudáveis e colaboram para uma sociedade mais produtiva, próspera e ativa, uma prática de atendimento positiva é um forte sinal de prestação de cuidados de qualidade (OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development, 2019).

Perante esta preocupação e o escasso conhecimento e evidência científica sobre a intervenção do enfermeiro gestor de caso, em situações de Violência Doméstica (VD), em contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP), é indispensável e um dever promover a investigação em enfermagem sobre a temática, sobretudo pelo facto de os estudos publicados serem escassos.Emerge assim a necessidade de investigar a intervenção do enfermeiro gestor de caso a outros níveis de cuidados dos sistemas de saúde, para além do contexto hospitalar.

Reconhecendo o gestor de caso como um coordenador de intervenção de cuidados integrados e complexos, com uma contribuição única nos cuidados sociais e de saúde assim como na participação e na autonomia dos indivíduos em situações complexas de saúde (Lukersmith et al., 2016), parece pertinente a compreensão da importância da intervenção do enfermeiro gestor de caso, ou seja, gestor clínico, em Cuidados de Saúde Primários, em situação de violência doméstica.

Este estudo pretende dar a conhecer o estado da arte, através da utilização deste método de revisão da literatura com PBE. Para tal foi traçado o Objetivo de examinar a evidência científica acerca do enfermeiro gestor de caso, para a prevenção da violência doméstica em CSP.

2. Métodos

Esta revisão teve como referência a metodologia proposta por Whittemore & Knafl (2005) para revisões integrativas: tendo como objetivo “Identificar a evidência científica sobre a intervenção do enfermeiro gestor de caso, na promoção da prevenção da Violência Doméstica”. A questão de revisão é: Qual a intervenção do enfermeiro gestor de caso na promoção da prevenção da violência doméstica?

Definiu-se um limite temporal alargado para abranger toda a literatura que abordasse a temática em questão, devido à sua escassez no contexto do papel do Enfermeiro gestor de caso em situação de Violência Doméstica, em Cuidados de Saúde Primários. Assim, os artigos obtidos foram limitados ao período de 2010 a 2020. Esta revisão considerou estudos publicados em inglês, espanhol e português.

Elegeu-se a plataforma EBSCOhost e selecionaram-se as bases bibliográficas eletrónicas: CINAHL, MEDLINE, Cochrane Database.

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.106-113

Foram utilizados os descritores validados através dos Descritores em Ciências da Saúde - DeCS (compatível com Medical Subject Headings - MeSH): Violência Doméstica (Domestic Violence), Cuidados de Saúde Primários (Primary Health Care), Administração de Caso (Case Management), Saúde Pública (Public Health), Enfermagem (Nursing). Estes foram combinados através das expressões booleanas AND da seguinte forma: *Domestic Violence* AND *Primary Health Care* AND *Nursing e* uma segunda pesquisa utilizando *Domestic Violence* AND *Case Management* AND *Nursing.*

Os artigos disponíveis em texto completo foram considerados para os estudos que continham os critérios de inclusão, ou seja, artigos indexados nos últimos 10 anos que enquadrassem a temática da prevenção da Violência Doméstica em Cuidados de Saúde Primários e o papel de Gestor de Caso em enfermagem, de igual forma enquadrado na temática da violência doméstica.

A seleção dos estudos foi realizada por meio da leitura minuciosa dos títulos e resumos. Desta forma foram apenas considerados os estudos que atendiam aos critérios de inclusão supracitados. Posteriormente dos artigos tidos em consideração, foi realizada a leitura integra do trabalho. Os dados foram extraídos dos artigos incluídos na revisão sistemática, recorrendo-se a uma tabela de extração dos resultados, de acordo com o objetivo e a pergunta da revisão. A tabela de extração foi organizada pelos seguintes dados: Autor(es), Ano de publicação, País; Título; Objetivos; Desenho do estudo; População em estudo/Tamanho da amostra/Participantes; Contexto; Conceito(s) relevantes da questão de revisão; Principais conclusões. Objetivo da investigação, resultados encontrados e implicação para a gestão em enfermagem.

Assim a **Figura 1** infra especifica os resultados das etapas de análise, seguindo o modelo PRISMA *Flow Diagram* (Moher et al, 2009).

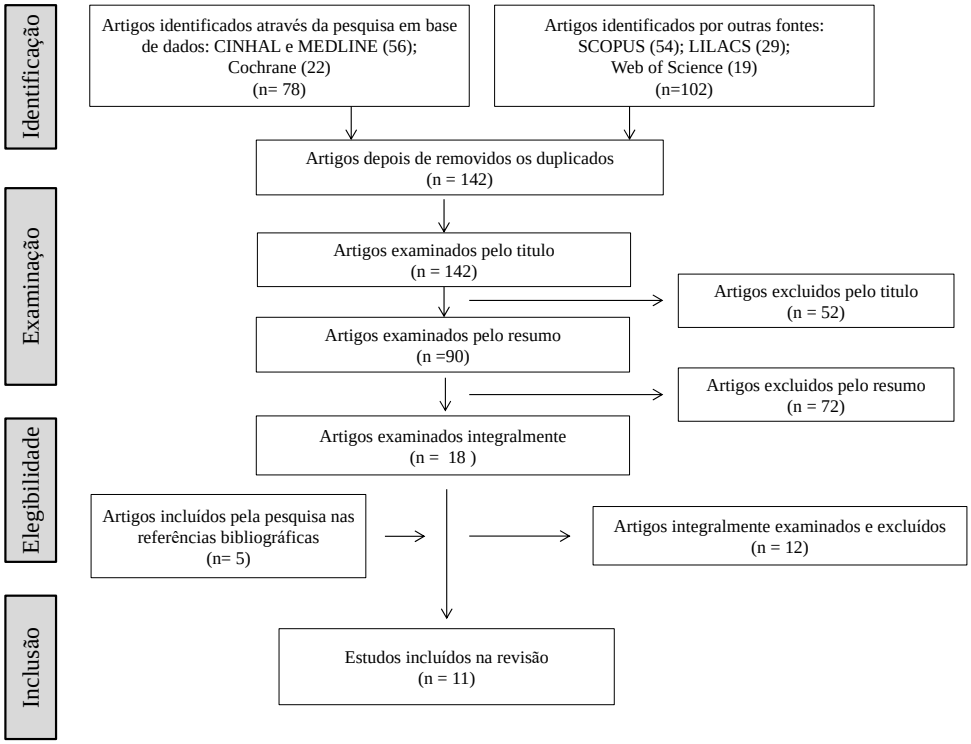


Fig. 1. Diagrama PRISMA referente ao processo de seleção dos estudos.

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.106-113

Após terem sido retirados os artigos duplicados, foram identificados 142 artigos para seleção da revisão. Um total de 23 artigos cumpria os critérios de inclusão com base na verificação dos títulos e dos resumos, sendo assim selecionadas para o estudo. Uma vez obtidos os artigos de texto integral, estes foram lidos e examinados, de modo a obter a amostra final de 11 artigos que cumpriram os critérios de inclusão, dos quais 4 exclusivamente em contexto da CSP, 1 em contexto hospitalar e 6 em contexto misto, ou seja, todos os contextos de prestação de cuidados CSP e hospitalar, e ONG). O mais recente foi publicado no ano de 2019 e o mais antigo no ano de 2012, sendo um de 2013, um de 2014, três de 2015, dois de 2016 e dois de 2017. Os Estados Unidos da América com o maior número de publicações, quatro publicações sobre a temática, e pelo Brasil com uma publicação, enquanto que a Europa apresentou também quatro publicações, sendo três do Reino Unido e uma de Espanha. Dois estudos, são Australianos.

Pela análise dos resultados dos 11 artigos, surgiram cinco categorias temáticas: O Gestor de caso em situação de VD e a responsabilidade multifacetada; A contribuição do administrador de caso para situações de saúde complexas; A complexa abordagem em contexto de CSP da temática da VD; Modelos de abordagem do fenómeno da VD para a prevenção da mesma e diminuição de complicações; e ainda programas e projetos inovadores, com equipas interdisciplinares para a prestação de cuidados de qualidade a utentes com situações de saúde complexas.

Foram encontradas duas Revisões Sistemáticas da Literatura publicadas em 2016 e 2017 uma que estudou a temática do administrador de casos e sua contribuição para a integração de cuidados aplicados aos CSP, enquanto que a outra pesquisou os variados programas de assistência em saúde para vítimas de violência doméstica, respetivamente.

Embora tenha sido importante incluir revisões sistemáticas, apenas duas incidiam no contexto de cuidados desta revisão, que são metassínteses. A de Sprague et al. (2017) que analisou um total de 43 estudos que consideraram o fenómeno da Violência Doméstica como complexo e um importante problema de Saúde Pública, explicando a diversidade e heterogeneidade do mesmo quanto ao tipo de assistência, como ela é prestada, ou como os próprios estudos são avaliados, que nos criam dúvidas e desafios sobre a perceção de quais são realmente eficazes (Sprague et al., 2017). A revisão de Lukersmith (2016), analisa os fatores relacionados com a gestão de casos, com todas as suas diferentes denominações, variações e contextos, continuando a sustentar a coordenação, integração e gestão dos cuidados e assistência social em muitos contextos diferentes, para diferentes condições de saúde, em contexto de CSP (Lukersmith et al., 2016). Estas revisões de literatura examinaram a evidência científica com objetivos distintos, mas nenhuma versa objectivamente sobre o tema da presente revisão. Assim, considera-se de grande abrangência mundial a evidência nela descrita.

3. Discussão de Resultados

3.1 O Gestor de Caso em Situação de Violência Doméstica e a Responsabilidade Multifacetada:

O Gestor de caso tem responsabilidades na promoção da prevenção da Violência Doméstica. Para além de se manter atualizado sobre as questões que influênciam a sua prática profissional também deve ter sempre presentes os seus deveres jurídicos e profissionais, ou seja, o gestor de caso pode fazer a diferença ao ponto de salvar uma vida através dos registos e da notificação das situações de risco/perigo (Silva et al., 2017), tendo também um importante papel na capacitação da comunidade para implementar estratégias para interromper a perpetração da VD (Muller, 2014).

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.106-113

3.2 A Contribuição do Administrador de Caso para Situações de Saúde Complexas:

A gestão de casos proporciona uma contribuição única para a integração dos cuidados de saúde, serviços sociais e outros serviços no setor dos CSP para pessoas com condições de saúde complexas (Lukersmith et al., 2016). Também os enfermeiros como gestores de caso "*advogam"* os utentes, contribuindo também para a economia de custos e outros benefícios que ajudam a sustentar os sistemas de saúde (Armold, 2019).

3.3 A Complexa Abordagem em Contexto dos CSP da Temática da VD:

A Violência doméstica é descrita como um grave problema de saúde pública, sendo que as enfermeiras desempenham um papel importante no reconhecimento e na resposta ao fenómeno(Bradbury-Jones, 2015). Muitas têm conhecimento sobre violência doméstica, mas não têm segurança suficiente para questionar os utentes, clientes e alunos/colegas, por forma a identificar as situações(Bradbury-Jones, 2015). Os "Visitantes de saúde", que vivem e trabalham com e para a comunidade, desempenham um papel importante no início de conversas determinantes sobre assuntos domésticos e violência doméstica, podendo utilizar as suas competências relacionais para melhorar os resultados de saúde pública tanto para as crianças, como para as famílias (Bradbury-Jones, 2015)**.**

3.4 Modelos de Abordagem do Fenómeno da VD para a Prevenção da Mesma e Diminuição de Complicações:

O artigo de Prieto et al (2015) selecionado para esta revisão integrativa utilizou variados instrumentos de medida e avaliação da VD entre os quais o questionário AAS, "Abuse Assessment Screen", que é usado como instrumento de triagem para avaliação de situações de risco/perigo de violência doméstica; em caso de confirmação de um caso positivo de VD, existe a obrigação legal de completar o registo e a documentação com uma parte específica das lesões. Outra forma de realizar a triagem do fenómeno da VD por forma a analisar o risco é usando o questionário DA "Danger Assessment" (Prieto S et al., 2015)**.**

Também o programa MOVE foi um ensaio clínico randomizado de um modelo aperfeiçoado de triagem de Violência Doméstica e cuidados de suporte por parte de enfermeiras de Saúde Materna e Infantil. O NPT foi desenvolvido a partir do Modelo de Processo de Normalização, é uma teoria de implementação social que fornece uma construção conceptual para compreender o planeamento social do trabalho (implementação), de tornar os procedimentos como elementos habituais da vida quotidiana (incorporação) e de conservar práticas integradas nos seus contextos sociais (integração) O NPT reconheceu a introdução de uma nova prática clínica como um processo social (Hooker & Taft, 2016).

Ainda foi descrito outro programa - o SMSB - que conquistou ganhos no tratamento do complexo problema da VD durante a gravidez. Estes ganhos refletem o impacto do modelo de prestação de cuidados colaborativos, identificando particularmente como o modelo sustenta a integração clínica e promove sinergias entre os recursos restritos e conjuntos de competências do sistema de saúde e da "agência comunitária" de violência doméstica (Kramer et al., 2012). Os resultados positivos relacionados com saúde e segurança para mulheres e seus bebés são alcançados, assim como os membros das equipas das organizações de saúde e violência doméstica beneficiam também dos serviços de consultoria e educacionais do programa**.** (Kramer et al., 2012)**.**

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.106-113

Do mesmo modo foi encontrada descrição de um projeto de melhoria de qualidade sobre a criação, implementação e avaliação de um programa estruturado para detectar e gerir situações de VD num serviço especializado em medicina de emergência (Basu & Ratcliffe, 2014).

Reconhece-se que uma forte liderança e a priorização do tema dentro do serviço têm facilitado o desenvolvimento dos procedimentos e contribuído substancialmente para o seu sucesso. O trabalho em rede, realizado com os parceiros da comunidade, tem sido inestimável na adaptação do programa de serviço e educação às necessidades dos funcionários e utentes (Basu & Ratcliffe, 2014).

3.5 Programas e Projetos Inovadores, com Equipas Interdisciplinares para a Prestação de Cuidados de Qualidade a Utentes com Situações de Saúde Complexas:

Para Sprague et al (2017) a maioria dos diferentes tipos de programas de assistência a mulheres em situações de saúde complexas, vítimas de Violência Doméstica, apresentam resultados positivos e foi considerada como benéfica para as mesmas.

Um dos projetos inovadores é descrito como tendo equipas de médicos e enfermeiros que realizam visitas aos utentes ou cuidados de saúde no domicílio, sendo que as equipas também incluem assistentes sociais, fisioterapeutas ou até capelões(Davis, 2015). Para Davis (2015) a instalação de modelos de atendimento inovadores, envolve todo um sistema, não apenas uma linha de serviço ou uma especialidade. A instalação requer interrupção, com um contexto cultural para apoiá-la. Uma cultura dentro da qual a rutura pode ocorrer é aquela construída sobre alinhamento, visão compartilhada, propósito compartilhado, comunicação, campeões identificados e continuidade do cuidado.

3.6 Limitações do Estudo

Devido à especificidade do tema do enfermeiro gestor de caso e do contexto da prevenção da Violência Doméstica em CSP, bem como à respectiva escassez de evidência científica, uma limitação deste estudo foi apenas existirem três artigos dos últimos três anos do período de pesquisa. Em relação aos últimos cinco anos do período temporal da pesquisa, os estudos incluídos foram apenas cinco, do total dos onze analisados nesta revisão.

3.7 Contribuições para a Área da Enfermagem

Existe um reduzido conhecimento sobre o enfermeiro gestor de caso para a Prevenção da Violência doméstica nos CSP. Esta revisão de literatura pretende contribuir para aumentar esse conhecimento nas diferentes áreas de atuação dos enfermeiros: na prestação de cuidados, na gestão, na investigação, na docência e na consultoria ou assessoria.

4. Conclusões

Esta revisão integrativa fornece alguma evidência sobre o enfermeiro gestor de caso em situação de VD em contexto de CSP e presta um serviço aos enfermeiros, aos enfermeiros gestores, aos académicos, aos investigadores e aos responsáveis pela definição de políticas de saúde, apresentando contributos para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e particularmente de enfermagem, a pessoas em situação de VD, em contexto dos CSP. São aspectos importantes a considerar em contexto de CSP, a relação multidisciplinar entre enfermeiros e médicos, assim como entre enfermeiros, gestores e administradores.

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.106-113

Também é relevante a consideração de uma boa comunicação nas Unidades de Saúde e entre as organizações, por forma a realizar um trabalho em rede de prevenção do fenómeno da Violência Doméstica.

O fenómeno de VD é complexo e deve ser compreendido e trabalhado em contexto de CSP em interligação com o contexto hospitalar, pelo tipo de tomada de decisão, relação entre os membros das equipas e pelos processos organizacionais.

Também é necessário promover a sistematização e a triagem das situações de VD que vão contribuir para o aumento dos resultados com os clientes, enfermeiros e organizações, ou seja, com todos os atores envolvidos. Para atingir essa finalidade apresenta-se como mais-valia o enfermeiro gestor de caso, que pelas suas competências e características profissionais pode contribuir também para a economia de custos e outros benefícios que ajudam a sustentar os sistemas de saúde.

5. Referências

Amestoy, S. C. oelh., Backes, V. M. S. chuber., Thofehrn, M. B. us., Martini, J. G. u., Meirelles, B. H. örne. S., & Trindade, L. de L. (2014). [Conflict management: challenges experienced by nurse-leaders in the hospital environment]. *Revista Gaúcha de Enfermagem / EENFUFRGS*, *35*(2), 79–85. https://doi.org/10.1590/1983-1447.2014.02.40155

Armold, S. (2019). Case management: An overview for nurses. *Nursing*, *49*(9), 43–45. https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000577708.49429.83

Basu, S., & Ratcliffe, G. (2014). Developing a multidisciplinary approach within the ED towards domestic violence presentations. *Emergency Medicine Journal*, *31*(3), 192–195. https://doi.org/10.1136/emermed-2012-201947

Bradbury-Jones, C. (2015). Talking about domestic abuse: Crucial conversations for health visitors. *Community Practitioner*, *88*(12), 40–43.

Davis, K. (2015). Innovative Models of Care Delivery: Addressing Transitions Across The Care Continuum. In *Innovative Models of Care Delivery: Addressing Transitions Across The Care Continuum* (Issue Hospital at Home® : Inovation in Practice, pp. 17–20).

Hooker, L., & Taft, A. (2016). Using theory to design, implement and evaluate sustained nurse domestic violence screening and supportive care. *Journal of Research in Nursing*, *21*(5/6), 432–442. https://doi.org/10.1177/1744987116649633

Kramer, A., Nosbusch, J. M., & Rice, J. (2012). Safe mom, safe baby: A collaborative model of care for pregnant women experiencing intimate partner violence. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, *26*(4), 307–316. https://doi.org/10.1097/JPN.0b013e31824356dd

Lukersmith, S., Millington, M., & Salvador-Carulla, L. (2016). What is case management? A scoping and mapping review. *International Journal of Integrated Care*, *16*(4), 1–13. https://doi.org/10.5334/ijic.2477

Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097

Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. . *Annals of Internal Medicine*, 14 https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135

Muller, L. S. (2014). A case management briefing on domestic violence. *Professional Case Management*, *19*(5), 237–240. https://doi.org/10.1097/NCM.0000000000000054

OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development. (2019, November 7). *Health at a Glance 2019*. OECD. https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en

Prieto S, G., Buendía E, L., Corbalán M C, M., & Mogente A, C. (2015). Cribado de violencia de género en un departamento de salud. *Revista Investigacion & Cuidados*, *13*(33), 6–12.

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.106-113

Silva, N. N. F., Leal, S. M. C., Trentin, D., Vargas, M. A. D. O., Vargas, C. P., & Vieira, L. B. (2017). Atuação Dos Enfermeiros Da Atenção Básica a Mulheres Em Situação De Violência. *Enfermagem Em Foco*, *8*(3), 70–74. https://doi.org/10.21675/2357-707x.2017.v8.n3.1290

Souza, M. T. de, Silva, M. D. da, & Carvalho, R. de. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Reme: Revista Mineira de Enfermagem*, *8*(1), 102–106. https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134

Sprague, S., Scott, T., Garibaldi, A., Bzovsky, S., Slobogean, G. P., McKay, P., Spurr, H., Arseneau, E., Memon, M., Bhandari, M., & Swaminathan, A. (2017). A scoping review of intimate partner violence assistance programmes within health care settings. *European Journal of Psychotraumatology*, *8*(1), 13. https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1314159

Taft, A. J., Small, R., Humphreys, C., Hegarty, K., Walter, R., Adams, C., & Agius, P. (2012). Enhanced maternal and child health nurse care for women experiencing intimate partner/family violence: protocol for MOVE, a cluster randomised trial of screening and referral in primary health care. *BMC Public Health*, *12*, 811. https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-811

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

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.106-113

Pesquisa qualitativa na pandemia da COVID-19: Uma experiência com homens e o tema da violência doméstica

Wanderlei Abadio de Oliveira[1], Juliana Cristina Magrin[1] e Julia Maria Terossi Carvalho[1]

[1] Programa de Pós-Graduação em Psicologia Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Brasil | wanderleio@hotmail.com; juliana_magrin@hotmail.com; juliacarvalho.psico@gmail.com | https://orcid.org/0000-0002-3146-8197; https://orcid.org/0000-0003-0169-7463; https://orcid.org/0000-0003-4734-7581

Resumo: Introdução. A pandemia da COVID-19 impactou a área da saúde, diferentes setores da sociedade, assim como a saúde mental das pessoas e o desenvolvimento de pesquisas com delineamentos diversos. **Objetivos**. Esse estudo teve como objetivo refletir sobre as dificuldades colocadas à pesquisa qualitativa em tempos de pandemia e o modo de as ultrapassar a partir de um relato de experiência. **Métodos**. Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, do tipo relato de experiência. Na análise da experiência foi utilizada a técnica expressivo-criativa "redemoinho de ideias". **Resultados**. A experiência foi exitosa, principalmente, no que se refere ao recrutamento de público-alvo para a pesquisa qualitativa. Na prática científica experienciada e relatada todos os pontos fortes de entrevistas on-line empregadas em pesquisas científicas foram alcançados: maior abrangência geográfica dos participantes; economia de recursos financeiros e redução de tempo na coleta de dados, maior segurança sanitária para participantes e pesquisadores e a possibilidade de investigar tópicos socialmente sensíveis (como a violência doméstica ou o ser violento) sem grandes constrangimentos. Na análise da experiência, verificou-se que a vivência da pandemia no campo da individualidade mobilizou sentimentos negativos e a perspectiva de que a pandemia seria situação temporária, mas sem potencial para afetar a pesquisa proposta. As respostas institucionais favoreceram a superação da crise e o surgimento de alternativas metodológicas. A resolução para os problemas enfrentados pelos pesquisadores passou por um processo heurístico de inventar novas formas de acessar fatos ou os fenômenos de interesse. **Conclusões.** Espera-se contribuir para a reflexão sobre as possibilidades do uso da tecnologia a partir de um caso específico, além de ampliar a discussão sobre a importância do detalhamento de métodos, instrumentos e procedimentos de coleta de dados em futuros estudos qualitativos desenvolvidos on-line.

Palavras-chave: Pandemia; Pesquisa Qualitativa; Violência.

Qualitative Research in the COVID-19 Pandemic: An Experience with Men and the Theme of Domestic Violence

Abstract: Introduction. The COVID-19 pandemic impacted the health area, different sectors of society, as well as people's mental health and the development of research with different designs. **Goals**. This study aimed to reflect on the difficulties posed to qualitative research in times of pandemic and how to overcome them based on an experience report. **Methods**. This is a descriptive, qualitative, experience report type study. In the analysis of the experience, the expressive-creative technique "swirl of ideas" was used. **Results**. The experience was successful, especially with regard to the recruitment of target audiences for qualitative research. In the scientific practice experienced and reported, all the strengths of online interviews used in scientific research were achieved: greater geographical coverage of the participants; savings in financial resources and reduction of time in data collection, greater health security for participants and researchers and the possibility of investigating socially sensitive topics (such as domestic violence or being violent) without major constraints. In the analysis of the experience, it was found that the experience of the pandemic in the field of individuality mobilized negative feelings and the perspective that the pandemic would be a temporary situation, but without the potential to affect the proposed research. Institutional responses favored overcoming the crisis and the emergence of methodological alternatives. The resolution to the problems faced by the researchers went through a heuristic process of inventing new ways of accessing facts or phenomena of interest. **Conclusions**. It is expected to contribute to the reflection on the possibilities of using technology from a specific case, in addition to broadening the discussion on the importance of detailing methods, instruments and procedures for data collection in future qualitative studies developed online.

Keywords: Pandemic; Qualitative Research; Violence.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.114-120

1. Introdução

A pandemia da COVID-19, doença causada pelo vírus SARS-CoV-2, já causou a infecção de mais de 127 milhões de pessoas no mundo e desse total mais de dois milhões foram vítimas fatais (dados de março de 2021, Painel Interativo – Coronavírus Brasil). Trata-se da maior crise sanitária e epidemiológica do século XXI (Oleribe et al., 2020). No mundo, todos os serviços de saúde foram reorganizados e momentos críticos de colapso desses serviços foram experimentados. Para conter o avanço do contágio pelo novo coronavírus medidas não farmacológicas foram recomendadas e implementadas em diferentes países, incluindo quarentenas, isolamento, restrições de mobilidade individual/interação face a face (aglomerações, distanciamento social), adoção de *home office* em áreas não essenciais, fechamento de escolas e universidades, entre outras medidas (Oliveira, Oliveira-Cardoso, Silva, & Santos, 2020a).

Assim, percebe-se que os impactos desse momento pandêmico ultrapassam a dimensão dicotômica saúde-doença, pois eles não se referem apenas ao adoecimento ou fatalidade da doença, reforçando a compreensão ampliada de saúde como completo estado de bem-estar e qualidade de vida. Em momentos de pandemia a vivência de problemáticas que ultrapassam o campo médico é comumente documentada na literatura científica. Uma revisão sistemática que incluiu 15 estudos verificou que comprometimento da saúde mental e diferentes manifestações de sofrimento psicológico é um dos impactos psicossociais mais referidos ou relacionados a esses momentos (Chu, Alam, Larson, & Lin, 2020). Além disso, há um incremento das desigualdades sociais, ampliação da insegurança alimentar de muitos povos, desafios econômicos, acesso reduzido a cuidados de saúde, oferta alternativa de educação e violência doméstica. Essas consequências negativas foram verificadas em seis epidemias de doenças infecciosas, incluindo a atual pandemia da COVID- 19 (Chu et al., 2020).

No caso da violência doméstica, esse não é um problema novo, resultado colateral da pandemia. Contudo, estudos tem analisado como o isolamento social ou a quarentena, aplicados em muitos países, aumentou o contatado das mulheres com parceiros agressivos (Oliveira et al., 2020b; Sánchez, Vale, Rodrigues, & Surita, 2020). Embora o acesso a dados concretos seja limitado, após adotarem as medidas de isolamento social ou quarentena, países como França e Argentina verificaram um aumento de cerca de 30% e 25% nos casos de violência doméstica (Sri, Das, Gnanapragasam, & Persaud, 2021). No Chipre e em Cingapura, serviços de atendimento às vítimas registraram um aumento nas ligações de 30% e 33%, respectivamente (Sri et al., 2021). Em outros países, como Canadá, Alemanha, Espanha, Reino Unido, Estados Unidos da América e Brasil também avaliam aumento nos casos de violência doméstica contra mulheres (Oliveira et al., 2020b; Sri et al., 2021).

Além desse cenário, percebe-se que a pandemia afetou também o desenvolvimento das pesquisas científicas, principalmente as pesquisas qualitativas que precisaram se reinventar diante das limitações impostas pela própria doença e pela falta de acesso a potenciais participantes ou campos de coleta de dados. É sabido que alternativas no modo como as pesquisas são desenvolvidas já estavam sendo implementadas por pesquisadores em todo mundo, mas a pandemia acelerou o processo e incluiu radicalmente pesquisadores que não estavam preparados para lidar com as adversidades e as novas experiências tecnológicas, éticas e de adaptações metodológicas necessárias. Infere-se que muitos pesquisadores experimentaram sentimentos de frustração e desamparo, aspecto que salienta a importância de se registrar como diferentes pesquisas foram transformadas a partir da pandemia da COVID-19, como se propõe nesse trabalho.

1.1 O Presente Estudo

O objetivo deste estudo foi refletir sobre as dificuldades colocadas à pesquisa qualitativa em tempos de pandemia e o modo de as ultrapassar a partir de um relato de experiência. As questões norteadoras do trabalho foram: Como uma pesquisa qualitativa pôde ser desenvolvida durante a pandemia da COVID-19?

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.114-120

Quais lições dessa experiência podem ser extraídas por outros pesquisadores a partir de um exemplo – relato de experiência de pesquisa com homens durante a pandemia?

2. Metodologia

Este é um estudo descritivo, qualitativo, do tipo relato de experiência. O estudo surgiu a partir da verificação empírica sobre os desafios enfrentados por diferentes pesquisadores no desenvolvimento de investigações qualitativas. O contexto da pandemia da COVID-19 provocou, principalmente, adaptações e a migração dos estudos qualitativos também para as ambiências da pesquisa digital, mas não se trata apenas de uma mudança no modo como se coleta os dados e é preciso ultrapassar as soluções estratégicas emergenciais geradas pelas contingências do momento (Deslandes & Coutinho, 2020). Essa reflexão é importante, pois os estudos qualitativos não se valem apenas da coleta de dados em questionários estruturados, que inclusive são os modelos mais adotados atualmente para pesquisas em diferentes campos do saber. Assim, julgou-se pertinente a descrição de uma experiência que integra conhecimentos teóricos e práticos sobre como estão sendo pensadas ou implementadas essas pesquisas.

Originalmente, a pesquisa relatada previa um contato extenso entre a pesquisadora principal (JCM) e os pesquisados que seriam recrutados em serviços da justiça restaurativa destinados a homens acusados de praticar agressões contra suas companheiras. Nesse contato seriam realizadas entrevistas semiestruturadas. Contudo, logo após definição do público-alvo e serviços possíveis para o desenvolvimento da pesquisa, foi deflagrada a pandemia da COVID-19 e foram impossibilitados contatos presenciais com os serviços ou mesmo com o público específico (homens acusados de praticar violência doméstica). Após diversas sessões de orientação, decidiu-se por continuar com o projeto por meio de plataformas digitais e essa mudança exigiu o estabelecimento de novos objetivos e perfil dos participantes. A experiência corporificada da prática da violência doméstica foi abandonada e o estudo se voltou para os sentidos sobre esse fenômeno atribuídos por homens na população geral. Nesse ponto os pesquisadores se depararam com outro desafio: como selecionar participantes sem a possibilidade de mobilidade e as medidas de isolamento em curso, considerando possíveis vieses relacionados à seleção dos participantes? Optou-se, então, pela aplicação de um questionário on-line sobre a opinião de homens sobre o fenômeno em análise. Os homens foram convidados via redes socais e também foram disparados convites em grupos aleatórios de um aplicativo de troca de mensagens. As chamadas-convites para adesão foram disseminadas pelos pesquisadores envolvidos na proposta. Após responder ao questionário exploratório, os homens eram convidados para a segunda etapa da pesquisa que consistia em uma entrevista semiestruturada por videoconferência. Caso aderissem a esse convite, eles deixavam seus endereços de e-mail e a pesquisadora responsável (JCM) entrava em contato para agendar as entrevistas. Nessa etapa, foram excluídos potenciais participantes com vínculos com os pesquisadores para minimizar potenciais vieses de seleção. As entrevistas foram gravadas em áudio, com o consentimento dos participantes, e transcritas na íntegra.

Na análise da experiência foi utilizada a técnica expressivo-criativa “redemoinho de ideias”. Trata-se de uma metáfora baseada em uma proposta pedagógica de ensino-aprendizagem (Ontoria, Gómez, & Luque, 2014). No caso desse estudo, verificou-se ser importante considerar, para além da pesquisa qualitativa em si, os desafios e o modo como os pesquisadores significaram ou vivenciaram esse momento.

A prática científica experienciada e relatada em tela foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (Parecer Nº 4.578.553).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.114-120

3. Resultados e Discussão

Mesmo com a gravidade da pandemia da COVID-19, pesquisadores qualitativos não perderam a esperança de desenvolver e executar investigações bem-sucedidas. Contudo, a realidade objetiva demandou a realização de ações específicas para mudar rotas previstas e evitar cancelamentos, além do confronto com a diminuição da dedicação ou motivação para o desenvolvimento dos estudos. No caso da pesquisa de fundo desse relato de experiência, desde o início, foram exploradas alternativas para o modelo tradicional adotado em pesquisas qualitativas que pressupõem o contato *face to face* com potenciais colaboradores. Na medida que a pandemia avançou pelo ano de 2020, a compreensão sobre os procedimentos a serem adotados pela equipe foi sendo revista e um modelo substitutivo foi constituído.

Vale ressaltar que o cenário da pandemia provocou atraso no desenvolvimento de ferramentas diagnósticas, no cuidado oferecido a diferentes populações, no progresso de pesquisas com diferentes desenhos qualitativos e, além disso, um processo de desistência de pesquisadores com vínculos precários ou em início de carreira na medida em que afetam severamente as condições de vida que já foram comprometidas pela pandemia (Osório, 2020; Simmons & Luck, 2020). Assim, esse trabalho é uma iniciativa para demonstrar como limitações e aspectos individuais foram sendo superados, bem como a pesquisa qualitativa foi se transformando e não interrompida mesmo com as adversidades que se colocaram para os pesquisadores.

Nesse sentido, é possível assinalar o sucesso da mudança de estratégia para recrutar os participantes, talvez a mudança mais radical no processo investigativo, a partir da divulgação e aplicação de um questionário on-line. No total, 164 homens responderam ao instrumento composto por 26 perguntas divididas em dois blocos: caracterização socioeconômica e opinião sobre violência doméstica contra a mulher. Sobre o perfil dos respondentes, observa-se que 56% possuíam de 18 a 24 anos, mais de 75% se autodeclaram brancos e heterossexuais. A maioria dos participantes (59%) também possuíam ensino superior. Nove estados brasileiros foram representados pelos respondentes, mas a maioria morava no estado de São Paulo. Para etapa qualitativa, 39 homens se voluntariaram.

Nas entrevistas, também realizadas remotamente, percebe-se que os homens têm uma necessidade excessiva de falar sobre suas vivências, principalmente tentando explicar ou justificar algumas questões abordadas no questionário exploratório (sobre quem pode praticar violência doméstica contra a mulher; o que pensam/sentem pelos agressores ou pelas vítimas quando tem acesso a uma notícia de feminicídio, por exemplo). No geral, nesses encontros virtuais também é possível perceber, preliminarmente, um entendimento mais crítico sobre a gravidade do fenômeno investigado e a necessidade de se construir políticas públicas de defesa das mulheres. Também se verificou grande interesse dos participantes pela temática da pesquisa. Não foram identificados dificuldades ou entraves dos participantes no que se refere ao modelo de coleta de dados adotado – entrevistas por videoconferência gravadas.

Nota-se que as entrevistas realizadas por videoconferência ou on-line (via diferentes recursos) não começaram a ser implementadas a partir da pandemia, sendo considerada um procedimento de pesquisa qualitativa sério e viável (Gonçalo & Barros, 2014; Nicolaci-da-Costa, Romão-Dias & Di Luccio, 2009). Segundo a literatura científica, as entrevistas on-line são adequadas sempre que os participantes do estudo estejam familiarizados com o uso das ferramentas adotadas e o objetivo da pesquisa permita sua implementação. O grande problema que se coloca para esse modelo é a impossibilidade de se recrutar on-line perfis semelhantes ou de interesse específico (Nicolaci-da-Costa, Romão-Dias & Di Luccio, 2009), por isso nessa pesquisa se ampliou o perfil necessário para adesão ao estudo em sua etapa qualitativa.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.114-120

Ainda vale ressaltar que o modo como as pesquisas que utilizam os recursos on-line no processo de desenvolvimento, não esclarecem, muitas vezes, como os procedimentos metodológicos foram planejados ou conduzidos e as principais justificativas utilizadas para o emprego do modelo on-line (Gonçalo & Barros, 2014). Esse é um tema que necessita ser debatido na produção do conhecimento e esse trabalho contribuí nessa direção.

Além disso, conforme sistematizado por Schmidt, Palazzi e Piccinini (2020), a prática científica experienciada e relatada, todos pontos fortes de entrevistas on-line empregadas em pesquisas científicas. Com o recrutamento também on-line, nesse sentido, se garantiu uma maior abrangência geográfica – aspecto importante considerando o tamanho continental de países como o Brasil. Houve ainda economia de recursos financeiros e redução de tempo na coleta de dados, maior segurança sanitária para participantes e pesquisadores e a possibilidade de investigar tópicos socialmente sensíveis (como a violência doméstica ou o ser violento) sem constrangimentos pois o contato *face to face* está sendo mediado pela tecnologia.

3.1 Síntese Interpretativa: a Metáfora do Redemoinho

Esse estudo objetivou apresentar uma experiência de pesquisa qualitativa com homens sobre violência doméstica durante a pandemia da COVID-19. Nesse sentido, os participantes foram recrutados por meio da aplicação de um questionário exploratório divulgado em plataformas de mídia social. Esse não era o modelo proposto originalmente pelos pesquisadores, mas sim um modelo alternativo que emergiu após a eclosão da pandemia da COVID-19. Assim, a experiência dos pesquisadores foi interpretada segundo a técnica expressivo-criativa "redemoinho de ideias" (Ontoria et al., 2014). As transformações metodológicas provocaram sentimentos, impressões e novos significados (os pesquisadores no centro) sobre como conduzir a pesquisa qualitativa diante de uma situação percebida como sem controle (o redemoinho; a pandemia). Nesse sentido, evidenciou-se dois níveis de complexidade. No primeiro nível aparece o impacto da pandemia na vivência prática dos pesquisadores, incluindo os sentimentos envolvidos. No outro nível foram reveladas as respostas institucionais de suporte, o aumento do tempo de trabalho em tela e o aumento do número de pesquisas divulgadas on-line por diferentes grupos de pesquisas, com diferentes interesses e delineamentos. Segundo esse modelo interpretativo, o desenvolvimento da pesquisa qualitativa e os impactos do modelo remoto no desenvolvimento e na qualidade dos dados estão no centro. Essas interpretações estão sintetizadas e representadas na Figura 1.

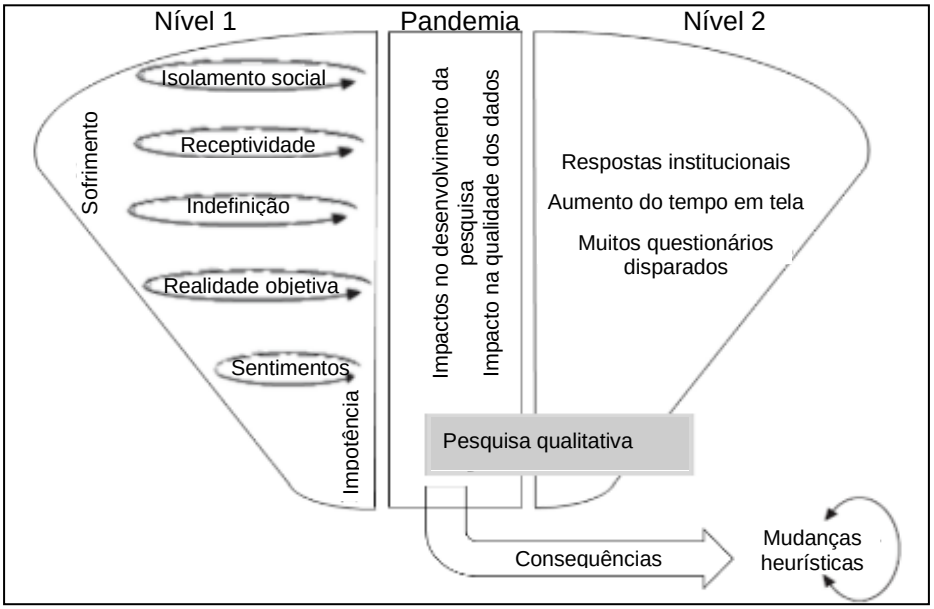


Fig. 1 Interpretação segundo a metáfora do redemoinho.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.114-120

No primeiro momento se observa a vivência da pandemia no campo da individualidade, sendo mobilizados sentimentos negativos e a perspectiva de que a pandemia seria situação temporária, mas sem potencial para afetar a pesquisa proposta. É a partir das respostas institucionais que os sentimentos individuais negativos, de impotência e desamparo, por exemplo, vão sendo superados e alternativas metodológicas vão sendo delineadas. Há, ativamente, uma elaboração cognitiva do momento vivido, considerando que os impasses e questionamentos apresentados necessitavam de resolução estrutural e essa resolução passou por um processo heurístico de inventar novas formas de acessar fatos ou os fenômenos de interesse dos pesquisadores.

4. Conclusões

Esse trabalho apresentou os recursos metodológicos, questionário on-line e entrevista por videoconferência, como elementos chave da coleta de dados de uma pesquisa qualitativa durante a pandemia da COVID-19. A experiência foi exitosa, principalmente, no recrutamento de público-alvo para uma pesquisa qualitativa. A divulgação em redes sociais e aplicativos para troca de mensagens se mostrou como estratégia válida na difusão do estudo fornecendo *links* para acesso ao questionário exploratório sobre as questões de pesquisa. Essas plataformas de mídia social parecem ser ferramentas poderosas para manter os pesquisadores qualitativos conectados à população em geral ou públicos específicos durante o momento pandêmico. Espera-se contribuir para a reflexão sobre as possibilidades do uso da tecnologia em um caso específico, além de ampliar a discussão sobre a importância do detalhamento de métodos, instrumentos e procedimentos de coleta de dados em futuros estudos qualitativos.

Agradecimentos

Os autores agradecem ao CNPq (Brasil) pela concessão de Bolsa Produtividade para o terceiro autor e bolsa de mestrado para a segunda autora.

5. Referências

Chu, I. Y., Alam, P., Larson, H. J., & Lin, L. (2020). Social consequences of mass quarantine during epidemics: a systematic review with implications for the COVID-19 response. *Journal of Travel Medicine, 27*(7), taaa192. https://doi.org/10.1093/jtm/taaa192

Deslandes, S., & Coutinho, T. (2020). Pesquisa social em ambientes digitais em tempos de COVID-19: notas teórico-metodológicas. *Cadernos de Saúde Pública, 36*(11), e00223120. https://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00223120

Gonçalo, C. S., & Barros, N. F. (2014). Entrevistas telefônicas na pesquisa qualitativa em saúde. *Saúde & Transformação Social, 5*(1), 22-26. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-70852014000100005&lng=pt&tlng=pt.

Nicolaci-da-Costa, A. M., Romão-Dias, D., & Di Luccio, F. (2009). Uso de entrevistas on-line no método de explicitação do discurso subjacente (MEDS). *Psicologia: Reflexão e Crítica, 22*(1), 36-43. https://doi.org/10.1590/S0102-79722009000100006

Oleribe, O., Ezechi, O., Osita-Oleribe, P., Olawepo, O., Musa, A. Z., Omoluabi, A. . . . Taylor-Robinson, S. D. (2020). Public perception of COVID-19 management and response in Nigeria: a cross-sectional survey. *BMJ open, 10*(10), e041936. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-041936

Oliveira, W. A., Magrin, J. C., Andrade, A. L. M., Micheli, D., Carlos, D. M., Fernandez, J. E. R., Silva, M. A. I., & Santos, M. A. (2020a). Violência por parceiro íntimo em tempos da COVID-19: scoping review. *Psicologia, Saúde & Doenças. 21*(3), 606-623. http://dx.doi.org/10.15309/20psd210306

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.114-120

Oliveira, W. A., Oliveira-Cardoso, É. A., Silva, J. L., & Santos, M. A. (2020b). Impactos psicológicos e ocupacionais das sucessivas ondas recentes de pandemias em profissionais da saúde: revisão integrativa e lições aprendidas. *Estudos de Psicologia (Campinas), 37*, e200066. https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200066

Ontoria, A., Gómez, J. P. R., & Luque, A. (2014). *Aprendizaje centrado en el alumno* (3 ed.). Madrid: Narcea.

Sánchez, O. R., Vale, D. B., Rodrigues, L., & Surita, F. G. (2020). Violence against women during the COVID-19 pandemic: An integrative review. *International journal of gynaecology and obstetrics, 151*(2), 180-187. https://doi.org/10.1002/ijgo.13365

Schmidt, B, Palazzi, A., Piccinini, C. A. (2020). Online interviews: potential and challenges for data collection in the context of the COVID-19 pandemic. *REFACS, 8*(4), 960-966. https://doi.org/10.18554/refacs.v8i4.4877

Sri, A. S., Das, P., Gnanapragasam, S., & Persaud, A. (2021). COVID-19 and the violence against women and girls: 'The shadow pandemic.' *International Journal of Social Psychiatry*. https://doi.org/10.1177/0020764021995556

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.114-120

Estudante de Enfermagem em Ensino Clínico: Estudo Qualitativo da Tipologia de Decisão

Fátima Mendes Marques[1], Maria José Pinheiro[1] e Patricia Vinheira Alves[1]

[1] Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal | fmarques@esel.pt; mjpinheiro@esel.pt; palves@esel.pt | https://orcid.org/ 0000-0001-6581-6711; https://orcid.org/ 0000-0003-1789-5843; https://orcid.org/ 0000-0003-4705-1721

Resumo: A tomada de decisão é uma das competências fundamentais em enfermagem. A aprendizagem da competência de tomada de decisão vem emergindo como área crescente da formação em enfermagem, implicando entre outros aspetos, a reflexão. Os ensinos clínicos são um momento privilegiado de aprendizagem destas competências possibilitando ao estudante um processo de construção do saber profissional, situado em determinado contexto. Com o objetivo de compreender os tipos de tomada de decisão dos estudantes de enfermagem em ensino clínico, optou-se por um estudo de natureza qualitativa, de caracter exploratório e descritivo, com recolha de dados efetuada através de análise documental dos jornais de aprendizagem elaborados pelos estudantes finalistas de enfermagem, em ensino clínico. A análise de conteúdo foi realizada segundo Bardin através do software *webQDA*®. Participaram no estudo 31 estudantes a frequentarem a Unidade Curricular de Ensino Clínico Cuidar de Clientes com Vulnerabilidade Acrescida e Famílias em Transição que elaboram um total de 31 jornais de aprendizagem. Das 143 unidades de registo identificadas, a Decisão de Intervenção obteve 63 unidades de registo, a Decisão de Compreensão, 41 unidades de registo, a Decisão de Comunicação, 24 unidades de registo, a Decisão de Gestão, 10 unidades de registo, e a Decisão de Temporização e Focalização, 3 e 2 unidades de registo, respetivamente. Conclui-se que os estudantes parecem tomar mais decisões relacionadas com o agir, com a compreensão da situação de cuidados e com a comunicação com o cliente. Com este estudo compreendemos a tipologia da tomada de decisão dos estudantes de enfermagem de forma a potencializar a sua aprendizagem na formação em enfermagem. O conhecimento que emergiu da interpretação, comparação e síntese dos jornais de aprendizagem, só foi possível pela 'leitura' das narrativas que a metodologia qualitativa viabilizou.

Palavras-chave: Estudantes de Enfermagem; Ensino Clínico; Tomada de Decisão; Estudo Qualitativo; Educação em Enfermagem.

The Nursing Student in Clinical Learning: Qualitative Study of the Decision Making Typology

Abstract: Decision making is a fundamental competency of Nursing. The learning of decision making competence has emerged as an area in development of nursing education, implying, among other aspects, reflection. A privileged moment for learning these competencies, is clinical teaching, enabling the student to construct professional knowledge, situated in context. In order to comprehend the types of decision making of nursing students in clinical education, the method chosen was a qualitative study, of exploratory and descriptive nature, with data collected through documental analysis of the learning journals written in clinical settings, by the finalist nursing students. The content analysis was performed according to Bardin through the software *webQDA*®. They were 31 students participating in the study, producing 31 learning journals, all were attending the Clinical learning course - Caring for Clients with Increased Vulnerability and Families in Transition. Of the 143 record units identified, the Intervention Decision obtained 63 record units, the Decision of Experimental Understanding 41 record units, the Communication Decision had 24 record units, Service organization, Delivery and Management Decision, 10 record units, and the Timing Decision and Targeting Decision, 3 and 2 record units, respectively. The conclusion was that students seem to make more decisions related to action, understanding of the care situation and communication with the client. With this study we understand the typology of the decision making of the nursing students in order to enhance their learning in nursing education. The knowledge that emerged from the interpretation, comparison and synthesis of the learning journals, was only possible through the 'reading' of the narratives, and the use qualitative methodology.

Keywords: Students; Nursing; Clinical Clerkship; Decision Making; Qualitative Study; Education; Nursing.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.121-129

1. Introdução

A tomada de decisão é uma das competências fundamentais em enfermagem (Baxter & Boblin, 2008; Marques, 2019). O aumento da acuidade dos clientes, a redução da duração dos internamentos e os constantes avanços da tecnologia são fatores que têm contribuído para a necessidade de os enfermeiros tomarem decisões rapidamente. Os conhecimentos de enfermagem, fundamentais para uma prática baseada em evidência, originam uma adequação das competências de tomada de decisões nos cuidados de saúde. Consequentemente, a formação de enfermagem tem vindo a responsabilizar-se em desenvolver a capacidade dos enfermeiros para tomarem decisões clínicas adequadas (Farčić et al., 2020). A formação inicial em enfermagem visa permitir aos estudantes a aquisição de conhecimentos e competências específicas para que consigam tomar decisões eficazes na prática clínica (Ciftci et al., 2020; Hensel & Billings, 2020; Tesoro, et al., 2021).

Na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), o Plano de Estudos prevê quatro anos de curso de Licenciatura em Enfermagem: os dois primeiros anos de ensino teórico e teórico-prático e os restantes dois anos de Ensino Clínico (EC). Considerando que o julgamento e a tomada de decisão são mais influenciados pelo *background* dos enfermeiros do que os dados objetivos sobre a situação de cuidados (Tanner, 2006), a ESEL desenvolveu estratégias de educação para que o estudante adquira essas competências. O Plano de Estudos contempla uma unidade curricular (UC) denominada *Processo de Tomada de Decisão em Enfermagem* (PTDE) que se centra no desenvolvimento do julgamento clínico e da tomada de decisão, entre outras, e os EC que têm como resultados de aprendizagem a capacitação do estudante para a tomada de decisão em contexto real (Despacho nº 6687/2017, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2017).

O EC é um momento privilegiado de aprendizagem destas competências (Alarcão & Rua, 2005; Lam et al., 2020). Os ensinos clínicos[1] envolvem um processo de construção do saber profissional, situado em determinado contexto, em que o estudante tem como referências o saber teórico em relação com a vivência dos profissionais experientes que os orientam (Alarcão & Rua, 2005) e a reflexão sobre as suas experiências em contexto da prática. Na procura de maximizar a aprendizagem reflexiva (Bayoumy & Albeladi, 2020), um dos métodos pedagógicos utilizados é a elaboração do jornal de aprendizagem. Trata-se de um documento escrito no qual o estudante analisa os seus pensamentos, sentimentos, ações/interações num período de tempo, potenciando a sua aprendizagem através da reflexão (González-García et al., 2020)[2]. Face a situações complexas, a reflexão permite ao estudante distinguir os vários fatores que a influenciam e tomar uma decisão ou elaborar um plano de ação (Bulman & Schutz, 2013).

A tomada de decisão é uma competência que se desenvolve ao longo da formação inicial em enfermagem, sendo uma área relevante na investigação (Bayoumy & Albeladi, 2020; Farčić et al., 2020; Marino et al., 2020; Phillips et al., 2021; Thompson & Stapley, 2011). Contudo, com pouca representatividade a nível nacional (Marques, 2019; Marques et al., 2021). Motivo que tem levado a equipa pedagógica da UC PTDE a uma procura de conhecimento sobre os conteúdos lecionados e respetiva aprendizagem pelos estudantes, ao longo da formação inicial em enfermagem.

[1]Os autores defendem o conceito de 'estágio clínico' como "os momentos de observação e intervenção em contextos de serviços de saúde e afins, com o objectivo de desenvolver capacidades, atitudes e competências" (Alarcão & Rua, 2005; p. 4). Nesta perspetiva, será utilizado em consonância com o conceito de ensino clínico, ao longo deste trabalho.

[2] O jornal de aprendizagem permite a aquisição de competências em enfermagem, a aprendizagem experiencial e sobre si próprio: coping, pensamentos, emoções e sentimentos, além de promover a autoconfiança e a capacidade de empatizar com os clientes (González-García et al., 2020).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.121-129

O último ano do curso realizado em contextos de saúde complexos, é representativo de como o estudante lidará com o seu desenvolvimento profissional que começará em breve (González-García et al., 2020; Lam et al., 2021). Neste sentido, foi realizado este estudo com o objetivo de compreender os tipos de tomada de decisão dos estudantes de enfermagem do 4º ano em ensino clínico de forma a delinear estratégias pedagógicas para facilitar o desenvolvimento de competências. Assim, delineámos como questão de investigação: "Qual a tipologia de decisão que o estudante de enfermagem do 4º ano do CLE utilizou no ensino clínico?".

2. Metodologia

O estudo apresentado é de natureza qualitativa, de caracter exploratório e descritivo, sendo a recolha de dados efetuada através de análise documental dos jornais de aprendizagem elaborados pelos estudantes finalistas de enfermagem, em ensino clínico.

A investigação qualitativa desempenha um papel importante por assegurar uma perspetiva subjetiva das histórias narradas pelos diversos atores sociais (Gonçalves et al., 2021), muito utilizada em profissões de saúde, e especificamente em enfermagem (González-García, et al., 2020; Squires & Dorsen, 2018). Na procura de compreender a tipologia da tomada de decisão do estudante de enfermagem baseámo-nos num estudo realizado em 2010, com os participantes em contexto clínico semelhante e a mesma referenciação teórica de análise (Marques, 2019)[3] de modo que as similitudes e as diferenças da experiência pudessem ser identificadas (Squires & Dorsen, 2018).

A equipa de investigadores foi constituída por 3 professores da equipa docente da UC PTDE da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Este estudo teve como participantes os estudantes do 4º ano do CLE a realizar o ensino clínico Cuidar de Clientes com Vulnerabilidade Acrescida e Famílias em Transição (CCVAFT), do ano letivo 2020-2021, a decorrer entre 4 de janeiro a 23 de abril de 2021. Este ensino clínico contempla três contextos de aprendizagem diferentes: saúde mental e psiquiatria; outras vulnerabilidades; e idoso na comunidade. O jornal de aprendizagem foi um dos documentos a ser elaborado pelos estudantes neste ensino clínico, nos diferentes contextos (ESEL, 2020). Os jornais de aprendizagem foram colhidos entre 18 de janeiro a 13 de março de 2021, através da plataforma de *blackboard,* validando a autenticidade deste tipo de informação documental (Burgess, 2001).

O critério de seleção dos estudantes foi estarem a frequentar a UC CCVAFT. Como critérios de exclusão: não terem elaborado jornal de aprendizagem no contexto e terem composto jornal de aprendizagem sem referir a tomada de decisão em enfermagem. A amostra corresponde a 13,5% dos estudantes inscritos no EC CCVAFT (Burgess, 2001). Procurou-se que a amostra obedecesse ao critério de suficiência, pela inclusão e reflexo da variabilidade dos três contextos de ensino clínico e das experiências de aprendizagem, bem como à saturação teórica através da representatividade dos estudantes nos diferentes contextos.

Apesar dos jornais de aprendizagem não terem sido realizados para dar resposta à nossa questão de investigação, o *corpus*[4] de analise foi constituído atendendo à representatividade, exaustividade, homogeneidade e relevância dos jornais de aprendizagem em relação ao objeto de estudo. O teor de análise recaiu sobre as perspetivas dos estudantes na tomada de decisão e não sobre os cuidados em si (Bogdan & Biklen, 2013).

[3] Embora com planos curriculares do CLE diferentes, o EC decorreu no primeiro semestre do 4º ano do CLE e foi utilizada a tipologia das decisões, segundo Thompson e Staply (2011), em ambos os estudos.

[4] O *corpus* "é um conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos" (Bardin, 2016, p. 126).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.121-129

A análise de conteúdo foi ancorada em Bardin (2016), tendo-se constituído o *corpus* de análise, codificado o texto em Unidades de Registo (UR) e agregados os códigos de acordo com a semelhança dos seus sentidos em categorias. Por fim, foram contabilizadas as frequências com foco no tipo de UR e que foi operacionalizada através do software WebQdA® (Costa & Amado, 2018). Ainda que o programa de análise qualitativa seja uma estratégia facilitadora, este obriga a uma codificação humana (Fornari & Fonseca, 2020). Razão pela qual, a análise foi conduzida independentemente por dois investigadores e posteriormente procedeu-se a nova triangulação pelo terceiro elemento da equipa de investigação (Denzin & Lincoln, 2018).

De forma a garantir o rigor do estudo, os procedimentos metodológicos foram permanentemente monitorizados ao longo do mesmo e utilizadas estratégias de autocorreção por parte dos investigadores (Corbin & Strauss, 2015; Morse et al., 2002).

Este estudo faz parte de uma investigação sobre a aprendizagem da tomada de decisão no processo de cuidados, em contexto clínico, e está aprovada pela Comissão de Ética da ESEL. Os estudantes foram recrutados através de pedido enviado pela plataforma de *blackboard,* assegurando a confidencialidade e garantia de ausência de coerção e consequências prejudiciais, tendo o consentimento sido enviado por e-mail. Ao longo de todo o processo de investigação foram eliminados os nomes dos estudantes dos jornais de aprendizagem e foram identificados com E (estudante) e adicionado um número pela ordem como foram recebidos os consentimentos informados. Complementou-se com a caracterização do género através das letras F (Feminino) e M (Masculino).

3. Resultados

Participaram no estudo 31 estudantes, com um total de 31 jornais de aprendizagem. O género predominante era o feminino com 90,3 %, e a idade variou entre 21 e 33 anos, sendo a média de 22,45 anos.

A análise da tipologia da tomada de decisão que os estudantes narraram nos seus registos foi suportada pela categorização desenvolvida por Thompson e Stapley (2011) (Tabela 1). Os autores descrevem seis tipos de tomada de decisão (intervenção, focalização, temporização, comunicação, gestão e compreensão) que foram descritos nos jornais de aprendizagem.

Tabela 1. Tipos de decisões, segundo Thompson e Stapley.

Tipo de decisão	Definição	Exemplo
Decisão (intervenção)	Selecionar entre intervenções.	A escolha de um colchão para um idoso que tenha sido admitido com uma obstrução intestinal aguda.
Decisão (focalização)	Selecionar qual o cliente que beneficiará mais com a intervenção de enfermagem.	Decidir quais os clientes que deveriam ter meias anti-embólicas.
Decisão (temporização)	Selecionar a melhor altura para intervir.	Decidir a altura para começar a educação para a saúde sobre asma a clientes com asma recém-diagnosticados.
Decisão (comunicação)	Selecionar qual a informação a recolher e a transmitir aos clientes, familiares e equipa de enfermagem.	Decidir como abordar a reabilitação cardíaca depois de um enfarte agudo do miocárdio num cliente idoso que vive sozinho, apesar de ter familiares que vivam próximo
Decisão (gestão)	Definir ou processar a transferência de cuidados.	Decidir como organizar a transferência, para que a comunicação seja mais eficaz.
Decisão (compreensão)	Interpretar sinais no processo de cuidados.	Decidir como tranquilizar um cliente que esteja preocupado com uma possível paragem cardíaca depois de testemunhar uma paragem noutro cliente.

Fonte: Traduzido e adaptado de Thompson e Stapley (2011).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.121-129

Da análise efetuada, entre as 143 unidades de registo identificadas, a *Decisão de Intervenção* foi a que obteve maior frequência, com 63 unidades de registo, seguida da *Decisão de Compreensão,* com 41 unidades de registo, da *Decisão de Comunicação*, com 24 unidades de registo, da *Decisão de Gestão*, com 10 unidades de registo, e por fim da *Decisão de Temporização* e a de *Focalização*, com 3 e 2 unidades de registo, respetivamente (Tabela 2).

Tabela 2. Tipos de tomada de decisão dos estudantes, segundo Thompson e Stapley.

Tipo de decisão	Frequência por categoria	Total de unidades de registo
Decisão (intervenção)	63	**143**
Decisão (focalização)	2	
Decisão (temporização)	3	
Decisão (comunicação)	24	
Decisão (gestão)	10	
Decisão (compreensão)	41	

Na categoria *Decisão de Intervenção* os estudantes parecem descrever como decidem intervir pela identificação do risco para eles e para o cliente:

> *Levei a cliente na cadeira de rodas para o pé do leito, onde era mais seguro e onde ela se poderia segurar caso alguma coisa acontecesse* (E21-M).

Sobre a categoria *Decisão de Compreensão,* as narrativas dos estudantes sugerem uma interpretação do processo de cuidados que os leva a decidir:

> *Dado o crescente estado de ansiedade e inquietação do utente perante esta situação, eu e a minha enfermeira respeitámos, naquele momento, a sua decisão* (E11-F).

Relativamente à categoria *Decisão de Comunicação,* na seleção da informação a transmitir aos clientes e família, os estudantes parecem facilitar a cooperação e a interação entre eles:

> *Adotei ainda a técnica da reformulação, de forma a esclarecer e facilitar a compreensão, bem como a técnica da clarificação, tentando clarificar o que foi dito anteriormente* (E24-F).

Na categoria *Decisão de Gestão,* o processar da transferência de cuidados sugere estar presente entre estudantes de enfermagem, como forma de assegurar a sua continuidade:

> *Pedi a uma estudante de enfermagem que também se encontrava lá, para que ficasse de vigilância na M.R., de forma discreta* (E4-F).

Os resultados da categoria *Decisão de Temporização,* sugerem uma decisão baseada na seleção da melhor ocasião para intervir:

> *O senhor não era o único pela qual estava responsável, pelo que tive de gerir o tempo para prestar os melhores cuidados dentro das minhas capacidades a todos os clientes* (E5-F).

A *Decisão de Focalização* parece implicar uma intervenção de enfermagem centrada na pessoa alvo dos cuidados:

> *Procurei ser imparcial e realizar as minhas tarefas de forma completa, indo de encontro às necessidades dos meus outros clientes sempre mantendo a segurança e qualidade dos mesmos* (E6-F).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.121-129

4. Discussão

Os estudantes de enfermagem devem aprender a tomar decisões de forma independente e autónoma (Tesoro et al., 2021), processo em que o ensino clínico se assume como um momento privilegiado de aprendizagem (Ciftci et al., 2020). No EC CCVAFT, os estudantes de enfermagem parecem tomar mais decisões relacionadas com o agir, com a compreensão da situação de cuidados e com a comunicação com o cliente.

Nas narrativas dos estudantes a *Decisão de Intervenção* emergiu com maior destaque em que o estudante concebe hipóteses face à resolução do problema e seleciona as apropriadas à situação e ao contexto (Marques et al., 2021). A tomada de decisão parece depender da situação com que se confrontam, na procura de corresponder às necessidades individuais dos clientes (Phillips et al., 2021; Thompson & Stapley, 2011). Comparativamente ao estudo de Marques (2019), a decisão de intervenção surgiu em terceiro lugar na referenciação dos estudantes. Equacionamos se esta diferença se deve à redução de uma semana no EC e às interrupções para isolamentos profiláticos e infeções por COVID-19 condicionando a tomada de decisão do estudante de acordo de contaminação (Baxter & Boblin, 2008; Soccol et al., 2020), aspeto que carece de investigação.

A *Decisão de Compreensão* surge igualmente com notabilidade no modo como os estudantes tomavam decisões. O processo de reflexão que subsidia o ensino de enfermagem, quer na componente teórica, quer na prática, parece ter permitido aos estudantes analisar o seu processo de raciocínio durante os cuidados ao cliente e, simultaneamente, torná-los conscientes desse processo reflexivo (Ciftci et al., 2020). Em analogia com o estudo que nos serviu de suporte (Marques, 2019), manteve-se a metacognição como elemento crucial na tomada de decisão, contribuindo para a compreensão do processo de cuidados (Bektas et al., 2020). Os métodos de raciocínio envolvidos na análise crítica e interpretação dos dados, parecem ter contribuído para a 'leitura' do cliente, dos acontecimentos e das relações estabelecidas (Tanner, 2006).

Distintivamente, também *a Decisão de Comunicação e*mergiu face às restantes tipologias de tomada de decisão dos estudantes. O conhecimento subjacente na orientação da comunicação (Tesoro et al., 2021), bem como o desenvolvimento pessoal e profissional adequado parece levar o estudante a comunicar com confiança (González-García et al., 2020) com o cliente numa tentativa de o envolver no processo de decisão. Relativamente aos resultados apresentados por Marques (2019), a seleção do que comunicar ao cliente e família e à equipa de enfermagem foi a decisão com maior referenciação. Atualmente, o uso de equipamentos de proteção individual e a manutenção do distanciamento social, que implicações terá na forma como estudante interagiu com o cliente e família? (Soccol et al., 2020).

A *Decisão de Gestão*, com menor representatividade que as anteriores, surge associada ao processo de organização e gestão de serviços pelos estudantes de enfermagem. O seu processo de decisão sugere o uso de recursos como os seus pares, e outros profissionais de saúde, para a continuidade dos cuidados (Baxter & Boblin, 2008; Thompson & Stapley, 2011). Um dos aspetos a destacar foi a inexistência de referenciações nesta categoria no estudo anterior (Marques, 2019). Será que a UC PTDE permitiu aos estudantes sentirem-se mais confiantes na forma como tomavam decisões (Phillips et al., 2021) sobre a organização e articulação dos cuidados?

Escassamente, os estudantes atribuíram a *Decisão de Temporização,* ou seja, a seleção da melhor altura para intervir (Thompson & Staply, 2011). Na adequação e priorização dos cuidados, os estudantes sugerem demonstrar um raciocínio clínico que permite uma tomada de decisão eficaz de acordo com a compreensão da situação clínica (Bektas et al., 2020). Esta referenciação teve um resultado semelhante no estudo anterior (Marques, 2019), ficando em penúltimo na análise desenvolvida. Será que os estudantes são preparados adequadamente ao longo da sua formação para este tipo de decisão? (Klenke-Borgmann et al, 2021; Phillips et al., 2021).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.121-129

A menor relevância do tipo de decisões que os estudantes tomavam recaiu na *Decisão de Focalização*. O estudante parece decidir sobre a intervenção a realizar na procura do maior benefício para o cliente (Thompson & Staply, 2011), implicando um conhecimento deste, quer pela forma como frequentemente reage às situações de cuidado, quer enquanto pessoa (Tanner, 2006). Também no estudo de Marques (2019), decidir qual o cliente que beneficiava mais com a intervenção de enfermagem, surgiu por último. Perante as situações adversas que a pandemia trouxe para as instituições de saúde, de que modo os estudantes foram capazes de tomar decisões com base nas necessidades individuais dos clientes? (Phillips et al., 2021).

Relativamente às limitações do estudo, e tendo em conta a metodologia utilizada, estes resultados não se podem extrapolar. Este estudo podia ser subsidiado com triangulação de técnicas de colheita de dados como entrevistas ou *focus grupo*. Outra limitação incide na elaboração dos jornais de aprendizagem não ter o intuito de objetivar esta investigação, no entanto, a riqueza dos documentos permitiu-nos constituir um *corpus* cuja análise dá resposta à questão de investigação e ao objetivo do estudo.

5. Conclusões

A tomada de decisão em ensino clínico que emerge dos relatos dos estudantes sugere uma valorização da decisão de agir, seguida da de compreensão da situação de cuidados e da comunicação com o cliente. Com menor impacto surgem a tomada de decisão de gestão para assegurar a continuidade de cuidados, de temporização na escolha do melhor momento para atuar e de focalização, ou seja, a seleção da intervenção com maior benefício para o cliente. A metodologia qualitativa pela interpretação, comparação e síntese da 'leitura' das narrativas que os jornais de aprendizagem representaram, permitiu uma compreensão da tomada de decisão do estudante de enfermagem.

Como implicação ao nível da formação, a compreensão dos vários tipos de tomada de decisão do estudante de enfermagem permite à equipa docente da UC PTDE refletir e equacionar os conteúdos e as metodologias pedagógicas de modo a potenciar o desenvolvimento de todos os tipos de tomada de decisão dos estudantes no seu percurso académico. É nossa intenção divulgar junto da comunidade académica os resultados obtidos nesta investigação no sentido de potenciar outras estratégias pedagógicas que promovam o desenvolvimento da tomada de decisão dos estudantes.

Ao nível de investigação, com este estudo compreendemos o tipo tomada de decisão dos estudantes de enfermagem participantes em EC. Concomitantemente, os resultados e limitações desta investigação deixam em aberto outras áreas de estudo sobre a tomada de decisão dos estudantes de enfermagem.

6. Referências

Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto - Enfermagem*, *14*(3), 373-82. https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000300008

Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Edições 70.

Baxter, P. E., & Boblin, S. (2008). Decision making by baccalaureate nursing students in the clinical setting. *Journal of Nursing Education*, *47(8)*, 345-50. https://doi.org/10.3928/01484834-20080801-02

Bayoumy, H. M. M., & Albeladi, G. A. (2020). Clinical judgment skills among junior-level nursing students enrolled in adult health nursing courses: Errors and risk level classification. *Nurse Education in Practice*, *48*, 102888. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102888

Bektas, I., Bektas, M., Ayar, D., Akdeniz Kudubes, A., Sal, S., Selekoglu OK, Y., & Celik, I. (2020). The predict of metacognitive awareness of nursing students on self-confidence and anxiety in clinical decision-making. *Perspectives in Psychiatric Care,* 1-6. https://doi.org/10.1111/ppc.12609

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.121-129

Bogdan, R., & Biklen, S. (2013). *Investigação qualitativa em educação*.(2ª ed.). Porto Editora.

Bulman, C., & Schutz, S. (2013). *Reflective practice in nursing*. (5th ed.). John Wiley & Sons.

Burgess, R. C. (2001). *A pesquisa de terreno: uma introdução*. Celta Editora.

Ciftci, B., Gok, S., Aksoy, M., & Avsar, G. (2020). The effect of internships on clinical decision making and professional values of nursing students. *International Journal of Caring Sciences*, *13*(2), 1230-39. *http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/47_1_ciftci_original_13_2.pdf*

Corbin, J. & Strauss, A. (2015). *Basics of qualitative research*. (4th ed.). SAGE Publications, Inc.

Costa, A. P., & Amado, J. (2018). *Análise de conteúdo suportada por software*. Ludomedia.

Denzin, N., & Lincoln, Y. S. (2018). *The Sage handbook of qualitative research*. (5th ed.). SAGE Publications, Inc.

Despacho n.º 6687/2017 da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2017). *Diário da República.* II série*,* n.º 149. https://dre.pt/application/conteudo/107795916

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). (2020). *Guia orientador da unidade curricular ensino clÍnico: Cuidar de Clientes com Vulnerabilidade Acrescida e Famílias em Transição*. ESEL

Farčić, N., Barać, I., Lovrić, R., Pačarić, S., Gvozdanović, Z., & Ilakovac, V. (2020). The influence of self-concept on clinical decision-making in nurses and nursing students: A cross-sectional study. *International journal of environmental research and public health*, *17*(9), 3059. https://doi.org/10.3390/ijerph17093059

Fornari, L. F., & Fonseca, R. (2020). Critical-emancipatory workshop analysis through qualitative analysis software. *The Qualitative Report*, *25*(13), 90-103. https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol25/iss13/7

Gonçalves, J. P., Marques, C. G., & Gonçalves, S. P. (2021). *Manual de investigação qualitativa - conceção, análise e aplicações*. Pactor

González-García, M., Lana, A., Zurrón-Madera, P., Valcárcel-Álvarez, Y., & Fernández-Feito, A. (2020). Nursing students' experiences of clinical practices in emergency and intensive care units. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(16), 5686. https://doi.org/10.3390/ijerph17165686

Hensel, D., & Billings, D. M. (2020). Strategies to teach the National Council of state boards of nursing clinical judgment model. *Nurse Educator*, *45*(3), 128-32. https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000773

Klenke-Borgmann, L., Cantrell, M. A., & Mariani, B. (2021). Clinical judgment in nursing students after observation of in-class simulations. *Clinical Simulation in Nursing*, *51*, 19-27. https://doi.org/10.1016/j.ecns.2020.11.006

Lam, C. K., Schubert, C. F., & Herron, E. K. (2020). Evidence-based practice competence in nursing students preparing to transition to practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, *17*(6), 418-26. https://doi.org/10.1111/wvn.12479

Marino, M. A., Andrews, K., & Ward, J. (2020). Clinical decision making at the bedside. *Nursing Clinics*, *55*(1), 29-37. https://doi.org/10.1016/j.cnur.2019.10.003

Marques, F. M., David, C., dos Santos, A. F., Neves, S., Pinheiro, M. J., & Leal, M. T. (2021). Perceptions of senior nursing students regarding clinical decision-making. *Rev Bras Enferm*,74(1), e20200921. http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0921

Marques, M. F. M. (2019). Decision making from the perspective of nursing students. *Rev Bras Enferm*, 72(4), 1102-8. http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0311

Morse, J., Barrett, M., Mayan, M., Olson, K. & Spiers, J. (2002). Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods*, 1 (2), 13-22. https://doi.org/10.1177/160940690200100202

Phillips, B. C., Morin, K., & Valiga, T. M. (2021). Clinical decision making in undergraduate nursing students: A mixed methods multisite study. *Nurse Education Today*, *97*, 104676. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104676

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.121-129

Rodríguez-García, M. C., Gutiérrez-Puertas, L., Granados-Gámez, G., Aguilera-Manrique, G., & Márquez-Hernández, V. V. (2021). The connection of the clinical learning environment and supervision of nursing students with student satisfaction and future intention to work in clinical placement hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 1-9. https://doi.org/10.1111/jocn.15642

Soccol, K., dos Santos, N., & Marchiori, M. (2020). Estágio curricular supervisionado no contexto da COVID-19 e o desenvolvimento profissional de estudantes de Enfermagem. *Enfermagem em Foco, 11*(2.ESP). https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n2.ESP.4173

Squires, A., & Dorsen, C. (2018). Qualitative research in nursing and health professions regulation. *Journal of Nursing Regulation*, *9*(3), 15-26. https://doi.org/10.1016/S2155-8256(18)30150-9

Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. The *Journal of Nursing Education, 45*(6), 204-11. https://doi.org/10.3928/01484834-20060601-04

Tesoro, M. G., Simmons, A. M., Barros, A. L. B. L., Lopes, C. T., Guandalini, L. S., Cruz, E. D. D. A., & Maurício, A. B. (2021). Effects of clinical reasoning prompts on nursing students' clinical judgment for a patient experiencing respiratory distress. *International Journal of Nursing Knowledge, 32*(1), 37-43. https://doi.org/10.1111/2047-3095.12286

Thompson, C., & Stapley, S. (2011). Do educational interventions improve nurses' clinical decision making and judgement? A systematic review. *International Journal of Nursing Studies, 48(7)*, 881-93. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.12.005

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.121-129

Representações sociais de puérperas sobre a adesão ao pré-natal na fronteira franco-brasileira

Lise Maria Carvalho Mendes[1], Graciano Almeida Sudré[1], Jordânia Vieira Oliveira[2], Nayara Gonçalves Barbosa[1], Juliana Cristina dos Santos Monteiro[1] e Flavia Azevedo Gomes-Sponholz[1]

[1] Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública. Universidade de São Paulo, Brasil | lisedemendes@usp.br; gracianosudre@usp.br; nagbarbosa@gmail.com; jumonte@eerp.usp.br; flagomes@eerp.usp.br | http://orcid.org/0000-0001-9325-8382; http://orcid.org/0000-0003-2837-8526; http://orcid.org/0000-0003-3646-4133; http://orcid.org/0000-0001-6470-673X; http://orcid.org/0000-0003-1540-0659

[2] Departamento de Ciências Biológicas e Saúde. Universidade Federal do Amapá, Brasil | jordaniavieiragje@gmail.com | http://orcid.org/0000-0001-5308-1009

Resumo: Introdução: No Brasil, os indicadores da assistência pré-natal demonstram uma persistência da inadequação dos serviços de saúde. Esta inadequação é observada principalmente na região Amazônica, mediante contexto de desigualdades sociais e regionais. Desta forma, este estudo pretende compreender as representações sociais sobre a busca pela assistência pré-natal por puérperas que aderiram ao pré-natal tardiamente na região supracitada. **Metodologia:** estudo qualitativo, realizado com 13 puérperas, em Alojamento Conjunto. As entrevistas foram semi-diretivas, gravadas e transcritas na íntegra, organizadas a partir da Análise Temática. **Resultados:** Verificou-se as categorias: Percepção socialmente construídas da assistência pré-natal e Obstáculos que interferem na não-adesão ao pré-natal. **Conclusões:** A prevenção, o acolhimento e a aprendizagem são as principais percepções que motivam à realização do pré-natal. As representações dos obstáculos à adesão inserem-se nas precárias relações trabalhistas, violência de gênero, variabilidade linguística e culturais; a ausência das redes de apoio e desorganização dos serviços.

Palavras-chave: Serviços de Saúde Materna; Saúde na Fronteira; Saúde Materna.

Social Representations of Puerperal Women about the Search for Prenatal Care on the French-Brazilian Border

Abstract: Introduction: In Brazil, prenatal care indicators demonstrate the persistence of inadequate health services. This inadequacy is observed mainly in the Amazon region, in a context of social and regional inequalities. **Aims:** to understand the social representations about the search for prenatal care for puerperal women who joined the prenatal care late. **Methods: q**ualitative study, carried out with 13 puerperal women, in rooming-in. The centralized ones were semi-guidelines, recorded and transcribed in full, organized based on Thematic Analysis. **Results:** The following categories were verified: Socially constructed perception of prenatal care and Obstacles that interfere with non-adherence to prenatal care. **Conclusions:** Prevention, reception and learning are the main perceptions that motivate prenatal care. Representations of the rights to adherence are inserted in precarious work relationships, gender violence, linguistic and cultural variability; the absence of support networks and disorganization of services.

Keywords: Maternal Health Services; Border Health; Maternal Health.

1. Introdução

A assistencia pré-natal iniciada precocemente é associada a menores chances de complicações no período gravídico-puerperal. No entanto, observa-se que em diversas localidades ainda persistem barreiras de acesso a este tipo de assistência. Em locais que inexistem sistema de saúde público a principal barreira de acesso é a ausência de recursos financeiros (Ansu-Mensah, Danquah, Bawontuo, Ansu-Mensah, & Kuupiel, 2020).

No contexto brasileiro, os serviços pré-natais estão presentes no escopo das ações realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.130-137

No entanto, persistem inadequações da assistência associadas às desigualdades sociais e regionais (Guimarães, Parente, Guimarães, & Garnelo, 2018). Este cenário é visualizado principalmente na região Amazônica, entre os povos da floresta, em que se observa adesão tardia, número de consultas inferior a seis e altos índices de morbimortalidade materna e perinatal (Tomasi et al., 2017).

Mediante as iniquidades e disparidades regionais inseridas no contexto brasileiro, este trabalho busca desvelar a representação de puérperas sobre o atendimento ofertado pelo SUS na região supracitada, a partir do questionamento: Quais as representações sociais das mulheres que aderiram ao pré-natal tardiamente sobre o pré-natal? A TRS aplicada às pesquisas de enfermagem busca compreender as representações estabelecidas sobre o cuidado, além de conhecer os significados a ele atribuídos. Para tanto, observa os contextos que sustentam estes significados, o que nos aproxima da compreensão de comportamentos, das atitudes e das escolhas das pessoas referentes aos cuidados de saúde, auxiliando a conduzir o cuidado num plano terapêutico que mais se aproxima do outro a quem o cuidado se destina (Silva, Mendes, Monteiro, & Silva, 2019).

Desta forma, este estudo objetivou compreender as representações sociais sobre a busca pela assistência pré-natal por puérperas que aderiram ao pré-natal tardiamente. Diante dos fatores subjetivos contidos na relação entre o indivíduo que recebe o cuidado e o sistema que o produz, este estudo visa subsidiar reflexões importantes e estimuladoras para o redirecionamento dos programas e dos serviços de saúde.

2. Metodologia

Estudo qualitativo, descritivo, em que utilizou-se a Teoria das Representações Sociais (TRS) como referencial teórico. Entende-se por TRS a forma como os grupos sociais interpretam a realidade que vivenciam, formulam seus conhecimentos e orientam as suas condutas e práticas, com base nos valores que atribuem às suas vivências (Moscovici, 2003).

Em relação ao local de estudo, essa pesquisa foi desenvolvida no alojamento conjunto do Hospital Estadual de Oiapoque (HEO), instituição pública de média complexidade situada no município de Oiapoque-Amapá, situado na fronteira entre Brasil e Guiana Francesa. Este município possui 24 mil habitantes, dos quais cerca de 8 mil são indígenas. O município localiza-se a 590 km da capital Macapá e seu acesso se dá por uma rodovia não completamente pavimentada, o que, durante o período de inverno amazônico, dificulta a locomoção de seus habitantes à capital, o que torna o HEO a única instituição de saúde a que podem recorrer em caso de necessidade de assistência hospitalar.

As participantes foram mulheres brasileiras, no período de puerpério imediato, residentes nesta faixa de fronteira, que se encontravam no ambiente hospitalar e que aderiram ao pré-natal tardiamente no último ciclo gravídico. Considerou-se adesão tardia ao pré-natal as consultas iniciadas após 12ª semana de gestação, conforme orientação do Ministério da Saúde. Foram excluídas puérperas com alterações psíquicas, complicações obstétricas e neonatais durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. Foram convidadas 15 puérperas, nas quais 13 foram entrevistadas. A seleção das puérperas convidadas foi pautada pela ordem de admissão na sala de pós-parto. Entre os motivos de recusa evidenciou-se a presença de melancolia, angústia e impotência pela não progressão do trabalho de parto ativo. Estabeleceu-se o critério de finalização das entrevistas a saturação teórica dos conteúdos, ou seja, quando o eixo discursivo central assumiu padrões de repetição.

A coleta de dados ocorreu em novembro de 2017, mediante a técnica de entrevista semi-diretiva, em um processo de esclarecimento e aprofundamento das ideias construídas no encontro. As entrevistas foram realizadas por um pesquisador enfermeiro, com expertise em pesquisa qualitativa. A mesma ocorreu em local privativo guiadas pelos temas gerais: percepção sobre o pré-natal, consultas de pré-natal, busca tardia das consultas de pré-natal.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.130-137

Foram audiogravadas, validadas e transcritas na íntegra, com duração média de 30 minutos. O material foi submetido à técnica de análise temática do conteúdo, descritas a seguir.

Esta etapa foi realizada por dois pesquisadores, de formações distintas, do campo da saúde, com domínio de análise de entrevistas qualitativas. A pré-análise constituiu-se por um primeiro contato através da leitura flutuante do material, seguido por uma leitura reflexiva para organização das unidades de registro e contexto, permitindo orientação e direcionamento das impressões. Na etapa de exploração do material, os pesquisadores realizaram a distribuição e o esquema de classificação. Foi realizada a organização de tendências do fenômeno investigado e a busca por pontos de convergências para categorizar as decodificações. No tratamento e interpretação dos resultados obtidos procedeu-se a codificação do conteúdo subjacente ao que estava sendo manifesto, articulando os objetivos do estudo com as tendências e conteúdo teórico abordado.

A reflexão e análise das categorias foram alicerçadas na fala dos agentes. Destaca-se que para a compreensão dos núcleos de sentido não basta uma análise da narrativa em si. Se faz necessário que haja uma aproximação das condições sociais e histórias de produção e circulação das concepções compartilhadas pelo grupo que lhes deram origem. Neste processo, a compreensão do contexto em que a pessoa é levada a reagir a um estímulo possibilita elementos para o entendimento dos processos de formulação de suas representações. Para identificação das representações socais se faz necessário recorrer a dois conceitos que auxiliam o processo de compreensão das representações: a objetivação e a ancoragem. A objetivação é a fase figurativa, resultado da capacidade que o pensamento e a linguagem possuem em materializar o abstrato em um novo conceito a partir dos registros individuais existentes. É o percurso pelo qual as representações adquirem materialidade. Já a ancoragem trata-se da transformação de algo estranho e perturbador, que nos intriga, em nosso sistema particular de categorias e o compara com paradigmas de uma categoria que nós acreditamos ser apropriada (Moscovicci, 2003).

Este estudo respeitou as exigências nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução nº 466/2012, por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Esse estudo foi aprovado sob o parecer 2.155.712 do Comitê de Ética em Pesquisa. Para manter o sigilo dos participantes, as puérperas foram identificadas pela letra E, de entrevistadas, procedida com o número sequencial em que foram realizadas as entrevistas.

Foram identificadas as seguintes categorias analíticas, formuladas a partir das representações sociais apreendidas dos discursos, são elas: percepção socialmente construídas da assistência pré-natal, em que surgiram as subcategorias prevenção, aprendizagem e acolhimento; e obstáculos que interferem na não-adesão ao pré-natal, que se subdividiu em outros três eixos analíticos ausência de rede de apoio, aspectos socioculturais e desorganização dos serviços de saúde.

3. Resultados e Discussão

A disposição dos dados foi norteada pelo mapeamento de ideias centrais e das representações sociais, em que foram verificadas categorias e subcategorias, de acordo com a Tabela 1.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.130-137

Tabela 1. Mapa das Associações de ideias sobre pré-natal presente nos discursos das puérperas. Oiapoque-AP, Brasil, 2017.

Categorias	Subcategorias	Falas
1. Percepção socialmente construídas da assistência pré-natal	Prevenção	*Saber como é que está o bebê, ter cuidado para não correr nem um tipo de risco para saber como vai correr todo meses, ou algum risco de alguma coisa. Para me prevenir, prevenir o bebê* (E1). *Pré-natal é importante por causa da saúde do bebê e a minha também! Porque se eu tiver com alguma doença pode passar para o bebê!* (E5).
	Acolhimento	*O pré-natal foi muito importante, me ajudou bastante no momento que eu estava precisando, porque tive um problema na gravidez, eu ia pro posto, eles me tratavam muito bem, me acolhia, sei que me deram muita segurança lá* (E9).*Já é o quarto filho! E eu tive esses problemas de pressão, aí você sabe que tem que cuidar*(E4). *Meu primeiro filho nasceu prematuro. Com isso, eu vim, tem que evitar novamente outro parto prematuro*(E8).
	Aprendizagem	*Com o pré-natal descobri várias coisas que eu não sabia. O que a gente deve fazer com os bebês* (E10). *Eu acho importante! Porque nós sabemos o que pode comer para não sentir enjoo e para tomar os remédios de forma correta* (E7).
2. Obstáculos que interferem na não-adesão ao pré-natal	Ausência de rede de apoio	*Eu não fui mais fazer [o pré-natal] porque tenho três meninos, daí, você sabe, é difícil ter com quem deixar. O pai deles, meu marido, tá lá no barranco [garimpo]. Aqui não tenho ninguém, nem uma irmã pra ficar olhando eles, não dá pra descer o rio com eles sempre.* (E4). *Eu ainda tava na escola, não tinha com quem contar, minha mãe não aceitou eu estar grávida de jeito nenhum. Aí eu e o pai dele tivemos que trabalhar e não tive como ir no posto* (E7).
	Desorganização dos serviços	*A falta de dinheiro para realizar exames particulares que não tem aqui* (E8). *Eu sou do Cassiporé, lá não tem exame pra nada, pra eu vir pra cidade gasto dinheiro aqui e não resolvo nada. Não tem como tá todo mês aqui [sede urbana], não!* (E2). *É ruim porque não tem os remédios que a doutora passa, aí a gente fica de um lado pro outro e chega a ter o menino e não recebe nada* (E1).
	Aspectos socioculturais	*Meu marido é pirateiro e eu sou marreteira [comerciante móvel], né? Aí eu trazia umas coisa de Goiânia e de Fortaleza pra vender aqui [Oiapoque]. Às vezes eu tava lá [Macapá], às vezes no mundo[risos], às vezes eu tava aqui [Oiapoque]. Não tive como fazer pré-natal direitinho não, mas aí nasceu prematuro[choro]*(E8). *Ela só fez uma consulta aqui na cidade, com a enfermeira, lá na aldeia só tinha médico e o marido dela não deixava ela ir pra consultas porque ele era homem* (E11).*Tem também a nossa língua, né? Só os homens e as velha que falam português, aí tem que ir acompanhada* (E12).

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.130-137

3.1 Percepção Socialmente Construídas da Assistência Pré-natal

A primeira categoria codificada a partir das falas versou sobre a percepção que as entrevistadas possuem sobre o pré-natal. As representações foram ancoradas em diversos eixos, os quais se destacaram a prevenção de agravos à saúde materna e infantil, a aprendizagem sobre o maternar e os cuidados com o bebê e o acolhimento recebido durante o período gravídico puerperal.

A prevenção surgiu como uma das principais percepções do atendimento. A prevenção de agravos com o concepto e recém-nascido, durante o parto e a transmissão vertical de doenças fizeram parte das representações. Essa categoria também foi relacionada à precaução de intercorrências, verbalizada principalmente por multíparas com históricos gestacionais pregressos de complicações. A prevenção como motivação à realização do pré-natal foi observada em outros estudos, principalmente no que concerne a preocupação com o crescimento e desenvolvimento de um bebê saudável. Esta apreensão pode estar associada aos elevados índices de morbimortalidade durante o período neonatal precoce da região, que é superior à média nacional (Gama, Fernandes, Parente, & Secoli, 2018). A representação social acerca da assistência pré-natal centrada à saúde do bebê ancora-se na abordagem realizada no início das políticas de saúde materno-infantil, em que a ênfase do cuidado estava circunscrita ao útero gravídico, tornando aspectos psicossociais da saúde materna marginalizados ao cuidado.

Outro ponto elencado foi o comparecimento às consultas motivado pela aquisição de conhecimentos sobre os cuidados a serem realizados com bebê e para extrair dúvidas acerca de uma nutrição adequada e sobre o uso apropriado de medicações e suplementos. O pré-natal é um período em que há oportunidade de preparação à maternidade, em que há a possibilidade de um planejamento de cuidados e oportunidade de aprendizagem. No entanto, é possível observar na literatura que mulheres de baixa renda, assim como mulheres residentes da região Norte e de municípios de pequeno porte recebem menos orientações e ações educativas adequadas durante o pré-natal (Tomasi et al., 2017). Todavia, as representações das participantes deste estudo podem ser apontadas como um reflexo positivo sobre a qualidade da assistência, em que as participantes observaram no pré-natal um espaço à discussão de suas dúvidas.

A resposta às necessidades dos usuários dos serviços de saúde é um dos eixos propostos pelo acolhimento seja por meio da assistência propriamente dita ou através da disponibilização de informações. De acordo com (Gonçalves, Souza, Amaral, Oliveira, & Ferreira, 2017), o acolhimento é parte estruturante e agente determinante para o sucesso da assistência pré-natal, uma vez que fortalece a relação dos profissionais de saúde com a comunidade e seus diversos contextos de atuação. Ele contribui com as diretrizes operacionais para a materialização dos princípios do SUS, destacando a integralidade, universalidade e equidade em saúde. O acolhimento também esteve ancorado nos discursos das puérperas e percebido como uma das motivações à adesão e continuidade das consultas de pré-natal, em que as puérperas relataram a importância do vínculo para formulação de um sentimento de segurança e autoconfiança. Observa-se, assim, a importância de disponibilizar um canal de diálogo acessível às gestantes e puérperas, respeitando os valores e limitações que envolvem seus contextos socioculturais

3.2 Obstáculos que Interferem na Não-adesão ao Pré-natal

A segunda categoria identificada refere-se aos principais obstáculos a que as entrevistadas vivenciaram e desvelaram como representações. Estas representações foram ancoradas na ausência de redes de apoio social. A partir do suporte emocional e psíquico de pessoas próximas à gestante, a mulher sente-se mais segura e acolhida. O apoio de familiares, amigos, vizinhos e profissionais de saúde são imprescindíveis à adesão das consultas pré-natais, podendo configurar-se como um determinante na adesão e na manutenção da assistência. A literatura verifica que os processos de cuidado que envolvem a família aumentam a preocupação pelo bem-estar de si e do bebê.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.130-137

O apoio social é uma ferramenta de suporte psicológico e emocional à maternidade, capaz de gerar condições satisfatórias e facilitadoras de interação entre os novos pais e o bebê, capacitando-os ao exercício de suas novas funções como cuidadores. O apoio é de extrema importância ao enfrentamento de situações estressantes, além da adequação de comportamentos maternos em relação aos filhos Gonçalves et al., 2017.

A peregrinação relacionada à distância das Unidades Básicas de Saúde, a morosidade para marcação de consultas e exames, a dificuldade de acesso à dispensa de medicações, a ausência de recursos financeiros para acessar exames não ofertados no município também foram evidenciadas nas falas com obstáculos à adesão precoce e seguimento das consultas. É importante salientar que o referido município conta com um serviço definido na política de atenção à saúde indígena, Casa de Saúde Indígena (CASAI), no qual oferece apoio às gestantes indígenas que precisam de assistência de saúde na sede. No entanto, estas gestantes, geralmente realizam a assistência pré-natal nas unidades de saúde em suas aldeias, utilizando a CASAI como espaço de apoio apenas quando necessitam de assistência hospitalar. Entretanto, na configuração municipal não há serviços de apoio para acolhimento de gestantes oriundas de outras áreas rurais, distantes da sede do município em que não verifica-se serviços de saúde como as unidades básicas de saúde. Muitas destas gestantes moram em áreas de difícil acesso onde não há serviços de saúde próximos, a exemplo de áreas de garimpos e assentamentos. Neste sentido, estudos apontam que uma situação socioeconômica desfavorável e de difícil acesso demográfico, como as verificadas neste estudo, dificultam o acesso das gestantes às consultas pré-natais (Silva, Mendes, Monteiro, & Silva, 2019). A distância física e o tempo de viagem são classificados como barreiras relacionadas ao acesso referentes à organização dos serviços. As barreiras geográficas também podem atuar como agentes limitantes à aquisição de informações epidemiológicas dessas populações. Coadunando com estes relatos, verifica-se que a situação de isolamento geográfico ainda afeta a atenção à saúde da mulher na Amazônia. Estudo realizado na Amazônia Peruana demonstrou que a localização da residência se mostrou significativamente associada ao atendimento pré-natal no primeiro trimestre, em que as residências rurais obtiveram menor acesso (Moore, Blouin, Razuri, Casapia, & Gyorkos, 2017).

Considerando que o SUS orienta a universalidade e integralidade na oferta de serviços, a existência de custos diretos à realização da assistência pré-natal, a exemplo do financiamento por parte das puérperas à realização de exames inexistente no escopo de programas de saúde do município, como também os gastos indiretos, a exemplo de transporte, hospedagens e alimentação, devem ser observados para análise e reorganização da estrutura dos serviços. Estes custos atuam aumentando as desigualdades sociais no acesso à assistência de saúde, em que gestantes mais pobres são mais atingidas (Esposti, Oliveira, Santos Neto, & Travassos, 2015).

Os aspectos socioculturais também estiveram ancorados nas representações dos obstáculos à adesão ao pré-natal. Entre estes aspectos foram elencadas as condições de trabalho presentes no contexto de fronteira amazônica, principalmente as que exercem um grande fluxo nesta região, a exemplo de garimpeiros. A garimpagem é uma das principais fontes de recursos financeiros desta região; nos quais, na maioria das vezes, o acesso aos garimpos permeia cerca de 70 horas de viagem da sede urbana. A necessidade de continuar trabalhando emergiu como obstáculo à adesao. Nesta conjuntura, se destaca que a universalização do acesso deve ser direcionada à redução das barreiras físicas e financeiras. O tempo de espera relacionado ao sistema de marcação de consultas e exames, assim como a distância física e as relações de trabalho surgem como obstáculos à universalidade da assistência pré-natal no relato das entrevistadas. A gestante garimpeira precisa ausentar-se de sua atividade laboral, perdendo sua única fonte de renda. Estas mulheres também, muitas vezes, encontram-se em condições de clandestinidade, trabalhando em garimpos clandestinos situados em áreas de floresta na Guiana Francesa, sem documentos de registo civil, o que as impedem de receber auxílios de transferência de renda do governo brasileiro.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.130-137

A região fronteiriça de Oiapoque-Tumucumaque também é numerosa em etnias indígenas e em outros povos da floresta. Evidências recentes em relação às iniquidades sociais presentes nos processos de nascimento remontaram à diversidade étnica cultural do Brasil, em que indígenas apresentaram maior probabilidade de desenvolver near misses (Fernandes, Souza, Leal, Moura, Santos, & Cecatti, 2017). Destaca-se, ainda, que durante as entrevistas, a mãe de uma puérpera foi a intérprete da entrevista, uma vez que a puérpera, da aldeia Kumenê, da etnia Palikur, não compreendia o idioma português, somente o parikwaki, filiada à grande família linguística Arawak. Desta forma, a diversidade cultural foi também observada como fator limitante à comunicação efetiva, em que as numerosas etnias indígenas presentes na região do Amapá e Norte do Pará inseriram-se neste contexto, além de estrangeiros, e, muitas vezes, o idioma falado torna-se uma barreira à comunicação entre a gestante e o profissional e, por conseguinte, um determinante à adesão tardia e/ou descontinuidade das consultas. O dialeto se torna um agente limitante à compreensão real do que a paciente refere sobre sua saúde, por mais que haja intérpretes (Silva et al., 2016). A tradução literal resulta, algumas vezes, em equívocos, em que há palavras que não possuem significante em outro idioma, principalmente mediante o vocabulário técnico referente à área de saúde.

Entre algumas mulheres indígenas foi observado que a realização do pré-natal está condicionada a autorização do pai da criança, que proíbe a realização da assistência quando se trata de um profissional de saúde do sexo masculino. A narrativa elaborada por mulheres requer uma compreensão entre outros aspectos das questões associadas ao gênero. O status de acesso aos serviços de saúde congregam papeis comuns a todas as pessoas, indiferente ao gênero. Entretanto, o percurso e o acesso aos serviços são vivenciados distintamente e os significados atribuídos assumem contornos assinalados por questões diferentes entre si, neste caso, ser mulher.

4. Conclusões

As representações sociais inferem que a prevenção, o acolhimento e a aprendizagem são as principais percepções acerca da assistência pré-natal. Os obstáculos à adesão inserem-se nos contextos dos aspectos sócioculturais vivenciados no cotidiano fronteiriço amazônico, a respeito das precárias relações trabalhistas, violência de gênero, variabilidade linguística e culturais; a ausência das redes de apoio; além da desorganização dos serviços, que se encontram distantes, têm morosidade quanto ao sistema de marcação e possui restrições que necessitam de aporte financeiros pelas usuárias.

Ressalta-se a importância de estruturação da rede de assistência a fim de conhecer as necessidades da população assistida, a exemplo da ampliação da cobertura, da capacitação dos profissionais para mediação dos conflitos relacionados ao gênero e para o trabalho em áreas de grande variabilidade cultural, como as regiões amazônicas e de fronteira, para assim poder oferecer adequação dos serviços de saúde. Destaca-se que as representações apontadas podem direcionar pesquisas futuras acerca da adesão ao pré-natal, em que se destaca o aprofundamento das temáticas do acompanhamento de gestantes com redes trabalhistas precárias e da capacitação dos profissionais de saúde para assistência no contexto de diversidades étnicas e culturais.

Como limitação do estudo aponta-se o fato da pesquisa ter sido realizada em único cenário da referida cidade. Desse modo, deve-se considerar que, frente à realidade da Floresta Amazônica, os dados não podem ser generalizados; visto que, muitas mulheres, em especial as indígenas e ribeirinhas, vivenciam o parto domiciliar. Podemos afirmar que as comunidades indígenas presentes na região Oiapoque-Tumucumaque representam etnias que diferem muito entre si. Neste sentido, a limitação ou interdição da liberdade das mulheres não podem ser generalizada como presente em todas as etnias. Salienta-se que outra condição limitante foi o fato de não terem sido captadas as puérperas que apresentaram near misses no último ciclo gravidico-puerperal; pois estas são encaminhadas à atenção terciária de referência estadual, localizada na capital Macapá, ou ainda, direcionadas ao Hospital de Cayenna, na Guiana Francesa.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.130-137

As contribuições da metodologia qualitativa nesta abordagem inserem-se no conhecimento das representações sociais que impactam diretamente a adesão à consulta do pré-natal entre povos da floresta. Nota-se que estudos dessa natureza são essências para desvelar os fenômenos vivenciados por sujeitos que vivenciam a atenção pré- natal em regiões consideradas vulneráveis, favorecendo a avaliação e direcionamento de políticas públicas nacionais e internacionais.

5. Referências

Ansu-Mensah M., Danquah F.I., Bawontuo V., Ansu-Mensah P., Kuupiel D (2020). Maternal perceptions of the quality of Care in the Free Maternal Care Policy in sub-Sahara Africa: A systematic scoping review. BMC Health Services Research, 20. Doi: 10.1186 / s12913-020-05755-9.

Esposti, C., Oliveira, A., Santos Neto, E., & Travassos, C. (2015). Representações sociais sobre o acesso e o cuidado pré-natal no Sistema Único de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo. Saúde e Sociedade, 24(3), 765-779. Doi: 10.1590/S0104-12902015127606

Fernandes, K. G., Souza, R. T., Leal, M. C., Moura, E. C., Santos, L. M., & Cecatti, J. G. (2017). Ethnic differences in maternal near miss. Archives of gynecology and obstetrics, 296(6), 1063–1070. Doi:10.1007/s00404-017-4530-6

Gama, A., Fernandes, T., Parente, R., & Secoli, S. (2018). Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. Cad Saude Publica, 34(2). Doi: 10.1590/0102-311x00002817

Guimarães, W., Parente, R., Guimarães, T., & Garnelo, L. (2018). Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão [Access to prenatal care and quality of care in the Family Health Strategy: infrastructure, care, and management]. Cadernos de saude publica, 34(5), e00110417. Doi: 10.1590/0102-311X00110

Gonçalves, I., Souza, K., Amaral, M., & Oliveira, A., Ferreira, W. (2017) Prática do acolhimento na assistência pré-natal: limites, potencialidades e contribuições da enfermagem. Rev Rene. 14(3), 620-9. Disponível em: http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3503 .

Moore, N., Blouin, B., Razuri, H., & Casapia, M., Gyorkos, T.W. (2017). Determinants of first trimester attendance at antenatal care clinics in the Amazon region of Peru: A case-control study. Montazeri A., editor. PLoS One, 16;12(2):e0171136. Doi: 10.1371/journal.pone.0171136

Moscovici S. (2003). Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis, RJ: Vozes.

Tomasi, E., Fernandes, P., Fischer, T., Siqueira, F., Silveira D., Thumé E. (2017). Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. Cad Saude Publica, 33(3). Doi: 10.1590/0102-311x00195815

Silva, D., Nascimento, E., Santos, L., & Martins, N., Sousa, M., Figueira M. (2016). Dificuldades enfrentadas pelos indígenas durante a permanência em uma Casa de Saúde Indígena na região Amazônica/Brasil. Saúde e Soc, 25(4):920–9. Doi: 10.1590/s0104-12902016160600

Silva, A., Mendes, L., Monteiro, R., Silva, R. (2020). Parto e nascimento na fronteira franco-brasileira: percepções de enfermeiros.Revista Cogitare, 25: e67820. Doi: 10.5380/ce.v25i0.67820

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.130-137

Enfermagem Avançada – Conceptualização através de Grupos Focais

Carolina Henriques[1], Paulo Santos[2] e João Frade[3]

[1] Doutorada em Enfermagem, Professora Coordenadora, Departamento de Ciências de Enfermagem, Center for Innovative Care and Health Technology (ciTechCare), Politécnico de Leiria, Portugal | carolina.henriques@ipleiria.pt | https://orcid.org/0000-0002-0904-8057

[2] Doutorado em Enfermagem, Professor Adjunto, Center for Interdisciplinary Research in Health (CIIS), Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal | paulofigueiredosantos@gmail.com| http://orcid.org/0000-0001-7409-1011

[3] Doutorado em Saúde Pública, Professor Adjunto, Departamento de Ciências de Enfermagem, Center for Innovative Care and Health Technology (ciTechCare), Politécnico de Leiria, Portugal | joao.frade@ipleiria.pt | https://orcid.org/0000-0002-4947-1052

Resumo: A Enfermagem Avançada é um conceito recente em Portugal, tendo os enfermeiros portugueses se apropriado dele devido ao seu desenvolvimento à evolução da ciência de enfermagem em Portugal. Conhecermos de que forma os enfermeiros conceptualizam o conceito de Enfermagem Avançada é o principal objetivo deste estudo, sendo que, neste artigo procuraremos enfatizar os aspetos metodológicos inerentes à realização de grupos focais. Concluímos que os enfermeiros participantes no estudo conceptualizam o conceito de Enfermagem Avançada assente nos pilares da Investigação, da Conceptualização dos Cuidados, do Processo de Enfermagem, do Desenvolvimento Profissional e da Gestão de Serviços/Instituições. A utilização da metodologia de colheita e análise dos dados no âmbito dos grupos focais mostrou-se bastante adequada, permitindo-nos atingir os objetivos do estudo, tal como, o acesso a interações focadas face ao objetivo do estudo.

Palavras-chave: Enfermagem Avançada; Focus Group; Investigação Qualitativa; Metodologia.

Advanced Nursing - Conceptualization trough Focus Groups

Abstract. Advanced Nursing practice is a recent concept in Portugal, leading to Portuguese nurses in its appropriation contributing in professional development and the evolution of nursing science in Portugal. To understand how nurses conceptualize advanced nursing practice, is the main objective of this study, in which trough this article, we seek to emphasize the methodological aspects inherent to the realization of focus groups. We conclude that the nurses participating in the study, conceptualize advanced nursing practice, based on the research, care conceptualization, nursing process methods, professional development and management of hospital wards / health institutions. The use of focus groups research technique, in gathering data and its analysis, proved to be adequate, allowing us to meet the objectives of the study, such as, access to focused interactions in relation to the objective of the study.

Keywords: Advanced Nursing Practice; Focus Group; Qualitative Research; Methodology.

1. Introdução

O desenvolvimento da Enfermagem como disciplina integra duas dimensões principais: a ciência de enfermagem que promove o desenvolvimento de conhecimentos em enfermagem e a disseminação do conhecimento; e a profissão propriamente dita, que têm uma relação mútua e recíproca com a ciência de enfermagem, não existindo uma sem a outra (Fawcet & Desanto – Madeya, 2005).

O termo de Enfermagem Avançada surge descrito na literatura em 1980. No entanto, não existe uma definição consensual de enfermagem avançada, já que existem algumas barreiras políticas quanto à representação social do enfermeiro e à natureza das suas intervenções nos contextos clínicos de diferentes países. Implica a extensão das funções profissionais com múltiplas interações em diferentes domínios, nomeadamente a prática clínica, educação investigação desenvolvimento profissional e liderança organizacional (Fernandes & Varela, 2019).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.138-144

O conceito de Enfermagem de Prática Avançada para muitos tornou-se sinónimo de trabalho desenvolvido pelo *Advanced Practice Nurse* ou enfermeiro perito; outros autores vão mais além e entendem a prática de enfermagem avançada como um processo de desenvolvimento profissional contínuo e aquisição de competências. Além disso, torna-se intimamente ligado com o desenvolvimento da prática (Christensen, 2011).

De acordo com o Conselho Internacional de Enfermagem (ICN), um Enfermeiro de Prática Avançada (APN) é um enfermeiro devidamente credenciado, que adquiriu conhecimentos especializados, possui uma elevada capacidade de tomar decisões e competências clínicas para uma prática avançada. O acesso a funções avançadas é geralmente precedido de horas de prática clínica e uma especialização e/ou formação académica pós-graduada (Lopes, Gomes & Lobo, 2018).

Neste sentido, e pela importância que o conceito de Enfermagem Avançada adquiriu em Portugal nos últimos anos, associado também ao próprio desenvolvimento da ciência de enfermagem, considera-se relevante conhecermos de que forma os enfermeiros conceptualizam o conceito de Enfermagem Avançada.

2. Metodologia

O presente estudo insere-se numa metodologia qualitativa com recurso a dois grupos focais, onde participaram 13 enfermeiros a frequentar formação de 2º ciclo na área científica de enfermagem e decorreu durante o ano de 2020.

Segundo Morgan (1996, 1997), o *Focus group* é uma metodologia que visa a recolha de dados, através da interação do grupo face a uma ou mais problemáticas que sustentam o objetivo da investigação. Desta forma, para este autor, os *grupos focais* são um método de investigação centrado na recolha de dados; que se baseia na interação e discussão de um grupo de sujeitos face a uma ou mais problemáticas, onde o investigador é um elemento ativo que conduz o grupo de discussão. Para além do referido anteriormente, os grupos focais centram-se na análise e discussão de uma problemática procurando a sua compreensão (Krueger & Casey, 2009).

Os grupos focais têm sido amplamente utilizados na investigação em enfermagem, porque se por um lado, permitem-nos a exploração do que é significativo para os sujeitos, pedra basilar da ciência de enfermagem, por outro, segundo Silva, Veloso e Keating (2014) potenciam ao investigador a geração de *insights* em relação à problemática em estudo. Morgan (1996) salienta que, o que é único nos grupos focais prende-se com a possibilidade de chegarmos aos pontos de acordo e desacordo entre os participantes, permitindo ao investigador ir mais além nos processos de compreensão de um determinado fenómeno.

Com o objetivo de conhecer de que forma os enfermeiros conceptualizam o conceito de Enfermagem Avançada, definimos como questão de investigação que centraliza este trabalho: *De que forma os enfermeiros, que frequentam uma formação de 2º ciclo em enfermagem (mestrado) numa instituição de ensino superior da zona centro de Portugal, conceptualizam o conceito de Enfermagem Avançada?*

Como referido anteriormente, participaram no estudo 13 enfermeiros selecionados intencionalmente, organizados aleatoriamente em dois grupos, um grupo constituído por 6 enfermeiros e um outro grupo, constituído por 7 enfermeiros. Desta forma a amostra foi intencional (purposive sampling), procurando selecionar os participantes que gerem previsivelmente análises ricas sobre o fenómeno em estudo (Morgan 1997, 1998). Foram tidos em consideração todos os procedimentos formais e éticos inerentes ao processo investigativo.

Partindo da questão de investigação e tendo por base os pressupostos de Bloor et al. (2001), Krueger e Casey (2009) e Morgan (1998), definimos cinco fases inerentes à realização dos grupos focais, nomeadamente: a fase de planeamento, de preparação, de moderação, de análise dos dados e divulgação dos resultados.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.138-144

2.1 Fase de Planeamento

Nesta primeira fase, os investigadores procuraram responder a algumas questões norteadoras da implementação do projeto de pesquisa e da metodologia. Assim, procurámos responder aos objetivos do estudo, nomeadamente aos aspetos inerentes à realização dos grupos focais e estrutura do guião para a realização dos mesmos. Procurámos ainda nesta primeira fase, clarificar os critérios de inclusão dos participantes, o número máximo de participantes e a definição do número de grupos focais a realizar.

Nesta fase e seguindo os pressupostos de Morgan (1998), optámos por um guião estruturado de desenvolvimento dos grupos focais, de forma a termos claro a nossa questão de investigação e a não divergirmos entre os dois grupos focais com os diferentes grupos participantes. Utilizámos como recurso, implementar a estratégia do "funil" (Morgan, 1997), em que primeiramente questionámos os enfermeiros com uma questão mais genérica e procurámos ir "afunilando" face ao objetivo do estudo.

2.2 Fase de Preparação

Segundo Morgan (1998), nesta fase procurámos assegurar o correto recrutamento dos participantes e todas as condições para a realização dos grupos focais. Assim, sinalizámos a população que tínhamos, dentro dos critérios de inclusão, definidos para o estudo. Posteriormente fizemos o recrutamento dos 13 enfermeiros a frequentar uma formação de 2º ciclo em enfermagem (mestrado em enfermagem) numa instituição de ensino superior da zona centro de Portugal, através do contacto intencional com os mesmos.

O contacto intencional fez-se através do envio de um convite eletrónico (email) para participar na investigação. Após esta primeira abordagem e aceitação por parte dos participantes, duas semanas antes, enviámos um novo *email* de confirmação de participação no estudo. Os participantes que constituíram os grupos focais foram distribuídos aleatoriamente por dois grupos, para que posteriormente, procurássemos definir uma data para a realização do grupo focal em cada um dos grupos, tal como a forma mais cómoda para os participantes para a sua realização. Os participantes foram ainda informados por escrito sobre os objetivos do estudo e as regras de organização dos grupos focais, nomeadamente organização e tempo de duração.

Tendo sido consensual que o uso de meios telemáticos seria a forma mais cómoda para a realização dos grupos focais, seguindo os pressupostos de Morgan (1998), os participantes no dia anterior à realização do *focus group*, foram contactados telefonicamente a agradecer a sua disponibilidade para a realização do estudo, tal como procedemos ao envio do *link* de acesso ao grupo focal.

2.3 Fase de Moderação

Concluídas as fases anteriores, os grupos focais decorreram nas datas e horas previamente agendadas. Durante o grupo focal, somente um investigador fez a moderação dos dois grupos focais, no sentido de manter, o mais possível as condições previamente definidas para a sua realização e adotar o mesmo procedimento em ambos os grupos. Para além disso, entendemos que na escolha do moderador, o mesmo deveria ter facilidade na comunicação, capacidade de questionar e ouvir, tal como promover autorrevelação entre os participantes (Krueger & Casey, 2009).

Os grupos focais decorreram através de meios telemáticos, tendo sido gravados, para posterior transcrição. Ambos os grupos focais demoraram em média cerca de 60 minutos, o que vai ao encontro do referenciado por Morgan (1996) em que os grupos focais podem ter a duração de 120 minutos. Durante esta etapa, o moderador para além de guiar os grupos focais, tomou nota das expressões faciais, gestos e tom de voz dos participantes. Esta atividade relativa às notas de campo, poderia ter sido realizada por um (co)moderador, o que possivelmente seria mais benéfico, o que nesta investigação não foi possível de realizar.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.138-144

2.4 Fase de Análise e Interpretação dos Dados

Antes da análise dos dados propriamente dita, os grupos focais previamente gravados, foram transcritos integralmente, tendo este processo demorado cerca de cinco horas, o que vai ao encontro de Bloor et al. (2001), Morgan (1997) e Stewart et al. (2007), que nos referem que o processo de transcrição pode demorar oito vezes o tempo de gravação. Posteriormente procedeu-se à fase da análise e interpretação, onde de forma sistemática se recorreu à indução analítica (Znaniecki, 1934, Bloor et al., 2001; Stewart et al., 2007).

Znaniecki (1934), autor de referência da indução analítica, faz a diferenciação clara entre indução analítica e indução enumerativa. A indução analítica, método qualitativo de colheita e análise de dados, refere-se a um processo lógico de passagem do concreto ao abstrato, procurando a identificação das características centrais de um determinado fenómeno. Procurámos ir ao encontro dos pressupostos metodológicos de Znaniecki (1934), Bloor et al. (2001) e Stewart et al. (2007), atendendo às seguintes etapas: a) definição genérica do fenómeno a estudar; b) formulação de explicação hipotética provisória do fenómeno, com possíveis interpretações face ao mesmo; c) confrontação do observado e retirado dos grupos focais, com o fenómeno estudado, à luz de hipóteses indutivas, com o objetivo de se determinar se a/as hipótese(s) se enquadra(m) nos factos, isto é, se é coerente com os factos recolhidos; d) reformulação das proposições conceptuais/hipóteses indutivas, caso não haja correspondência aos factos; e) construção da certeza provável após se ter examinado um pequeno número de casos (a descoberta de casos negativos debilita a explicação e requer nova reformulação hipotética); f) retoma-se o processo de exame de casos, a redefinição do fenómeno e a reformulação do quadro conceptual e das hipóteses, sempre que não foi possível uma explicação universal. Este processo decorreu manualmente.

Assim, emergiram da reflexão falada dos nossos participantes, macrocategorias e micro/subcategorias, tendo nós procurado compilar os extratos do texto associados, nunca perdendo o contexto de onde os extratos são retirados, tal como as respetivas notas de campo (Tabela 1).

Tabela 1. Indução Analítica face ao fenómeno estudado.

Fenómeno	Macrocategorias	Micro/Subcategorias	Exemplo de Extratos
Enfermagem Avançada	**Investigação**	Prática baseada na evidência	BC – "*Enfermeiros Peritos com um pensamento crítico e constante, ou seja, enfermeiros dados à investigação…"* [gesticula com convicção]
		Mapas conceptuais	BC – *"…(re)conceptualização dos cuidados de enfermagem e à compreensão mais alargada dos problemas de enfermagem*."
	Conceptualização dos Cuidados	Modelos teóricos de enfermagem	CT – *"…adquirir, desenvolver e aperfeiçoar conhecimentos e competências baseadas em modelos e teorias científicas, ou mesmo, quadros de referência (conceitos, pressupostos, valores)*" [aponta com o dedo]
		Compreensão das vivências	JD – *"…compreende as situações vivenciadas pelo outro e com base nelas desenvolve eficazmente o processo de enfermagem."*
	Processo de Enfermagem	Desenvolvimento de diagnósticos de enfermagem	PR – "*elabora com facilidade diagnósticos de enfermagem e reflete sobre eles…"*
		Resultados sensíveis	CG - *"…nível elevado de conhecimento académico, sedimenta o conhecimento e transfere-o para a prática, produzindo assim resultados sensíveis às nossas intervenções*." [gesticula com convicção]

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.138-144

Fenómeno	Macrocategorias	Micro/Subcategorias	Exemplo de Extratos
	Desenvolvimento Profissional	Enfermeiros especialistas	DB – *"…os enfermeiros especialistas, já se unem para criar protocolos que fazem parte dos padrões de qualidade…"*
		Ampla gama de conhecimentos	AS – *"…bagagem educacional completa e de excelência e que aplica a mesma…"*
		Educação e formação pós-graduada em enfermagem	AM - "*Os enfermeiros devem constantemente atualizar os seus conhecimentos e investir em formação*" [bate com a mão na mesa]
		Desenvolvimento ético e profissional	CA – *"…é capaz de desenvolver habilidades complexas de tomada de decisão*."
	Gestão de Serviços/Instituições	Liderança	FS – "*É autónomo, com capacidade de liderança e gestão…"*
		Melhoria Contínua	AC – "*Gere o serviço e implementa melhorias de forma continua*…"

Terminada esta fase, os investigadores que utilizam a metodologia dos grupos focais devem discutir os resultados. Antes da discussão propriamente dita, procedemos à devolução e divulgação dos resultados aos participantes, devolvendo não só as transcrições integrais como a organização dos achados que resultaram do processo de indução analítica. Após a aceitação e concordância por parte dos participantes, procedemos à discussão dos achados, nunca perdendo de vista o objetivo do estudo e norteados pela premissa que os grupos focais se destinam a investigações exploratórias, de natureza qualitativa, em que o foco é a busca da compreensão sobre determinado fenómeno.

3. Resultados e Discussão

Dos resultados por nós obtidos, verificámos que os enfermeiros participantes neste estudo conceptualizam o conceito de Enfermagem Avançada assente nos pilares da Investigação, da Conceptualização dos Cuidados, do Processo de Enfermagem, do Desenvolvimento Profissional e da Gestão de Serviços/Instituições.

De acordo com o Conselho Internacional de Enfermagem (ICN), um Enfermeiro de Prática Avançada (APN) é um enfermeiro devidamente credenciado que adquiriu conhecimentos especializados, possui uma elevada capacidade de tomar decisões e competências clínicas para uma prática avançada. O acesso a funções avançadas é geralmente precedido de horas de prática clínica, uma especialização e/ou formação académica pós-graduada (Lopes, Gomes & Lobo, 2018), o que vai ao encontro do que foi referido pelos nossos participantes, embora estes últimos vão mais longe, entendendo que a enfermagem avançada se centra também na reflexão e (re)conceptualização dos cuidados, na perícia no desenvolvimento do processo de enfermagem e no desenvolvimento profissional.

Um estudo que envolveu 173 líderes de enfermagem na América Latina e Caribe mostra-nos que apesar destes terem conhecimento do conceito de enfermagem avançada, a maioria desconhecia a legislação e a regulamentação necessária para a sua aplicação (Zug, et al., 2016).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.138-144

Ao Enfermeiro de Prática Avançada, é exigido um pensamento crítico constante na construção da disciplina de enfermagem enquanto ciência, na investigação, na re(conceptualização) dos cuidados de enfermagem e na compreensão mais alargada dos problemas de enfermagem, pelo que, consideramos central que os enfermeiros portugueses se possam debruçar sobre o conceito de enfermagem avançada e apropriar das condições de desenvolvimento profissional que estão inerentes ao mesmo.

O *International Council of Nurses* (ICN) define o enfermeiro de prática avançada como aquele que através de formação adicional adquiriu uma base de conhecimentos equivalente à de perito, possui aptidões complexas na tomada de decisão e competências clínicas para uma prática de enfermagem avançada, a qual pressupõe a extensão e expansão dos limites do âmbito da prática da enfermagem, contribuindo significativamente para o conhecimento em enfermagem, promovendo o avanço da profissão (Schober et al., 2020).

Para Neto, Rewa, Leonello e Oliveira (2018) os mecanismos de regulação da enfermagem de prática avançada devem garantir que o profissional tenha o direito de diagnosticar e a autoridade para prescrever medicamentos e tratamentos e referenciar para outros profissionais de saúde. Segundo o estudo de Maier e Aiken (2016) a enfermagem de prática avançada possibilita o desenvolvimento da enfermagem e dos cuidados de saúde às populações, para isso, estes autores consideram que os países que procuram implementar uma prática de enfermagem avançada devem refletir sobre os ganhos que a enfermagem avançada traz à qualidade e segurança dos cuidados; garantir uma política de diferenciação profissional, tal como uma carreira de enfermagem que reflita o investimento e o desenvolvimento da profissão de enfermagem.

4. Conclusões

Esta pesquisa permitiu-nos conhecer e compreender que os enfermeiros participantes no estudo entendem que a Enfermagem Avançada se centra na Investigação, fundamental para o desenvolvimento da ciência de enfermagem e da prática clinica; se centra na conceptualização e reconceptualização dos cuidados de enfermagem, isto é, os enfermeiros de prática avançada conceptualizam os cuidados de enfermagem num movimento contínuo de melhoria dos cuidados que prestam, o que os leva a refletir e a teorizar sobre os mesmos; se centra no Processo de Enfermagem, sendo este norteador da prática de enfermagem, procurando o enfermeiro produzir resultados sensíveis em saúde da sua prática clínica; no desenvolvimento profissional; e na melhoria da gestão de serviços e instituições de saúde.

Para a realização deste estudo, utilizámos os grupos focais e procurámos neste artigo clarificar todas as etapas inerentes à sua realização, seguindo um processo metodológico rigoroso.

Comparando a metodologia dos grupos focais, com outro tipo de metodologias, os grupos focais permitiram-nos colher dados rapidamente, em que neste contexto pandémico se traduziu numa mais-valia, já que houve a possibilidade de aceder em conjunto a um número significativo de participantes, produzindo interações focadas face ao objetivo do estudo, com impactos significativos quer para o grupo de participantes, quer para os próprios investigadores.

Sabemos, pois, que o conceito de Enfermagem Avançada é central para o seu desenvolvimento da ciência de enfermagem e da profissão, pelo que consideramos essencial refletir sobre o conceito, possibilitando-nos também a sua (re)conceptualização. Os resultados por nós encontrados trazem como implicações a necessidade de percebermos quais os aspetos facilitadores e os constrangimentos que os enfermeiros portugueses encontram para a correta implementação de uma enfermagem avançada nos cenários de prática clínica.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.138-144

5. Referências

Bloor, M., Frankland, J., Thomas, M. & Robson, K. (2001). Focus groups in social research. London: Sage.

Christensen, M. (2011). Advancing nursing practice: redefining the theoretical and practical integration of Knowledge. Journal Clinical Nursing 20 (5-6), 873-881

Fawcet, J. & Desanto – Madeya, S. (2005). Contemporary nursing Knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories. 2.ed Philadelphia: F.A. Davis Company

Fernandes, J. & Varela, D. A. (2019). Enfermagem Avançada. Lisboa: Papa – Letras

Krueger, R. A. & Casey, M. A. (2009) Focus groups: A pratical guide for applied research (4th Ed.). Thousand Oaks, California: Sage.

Lopes, M., Gomes, B. & Almada – Lobo (2018). Cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde. Ordem dos Enfermeiros INESC – TEC

Maier C. & Aiken L. (2016). Expanding clinical roles for nurses to realign the global health workforce with population needs: a commentary. Isr J Health Policy Res [Internet], 5(1):21. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/ PMC4897947/pdf/13584_2016_Article_79.pdf

Morgan, D. L. (1996). Focus group. Annual Review Sociology, 22, 129-152.

Morgan, D. L. (1997). Focus group as qualitative research (2nd ed.). Thousand Oaks, California: Sage.

Morgan, D. L. (1998). Planning focus group. Thousand Oaks, California: Sage.

Neto M. , Rewa T., Leonello V. & Oliveira M. (2018). Advanced practice nursing: a possibility for Primary Health Care?. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(Supl 1):716-21. [Issue Edition: Contributions and challenges of practices in collective health nursing] DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0672

Schober, M., Lehwaldt, D., Rogers, M., Steinke, M., Turale, S., Pulcini, J., Roussel, J., Stewart, D. (2020). Guidelines on advanced practice nursing. Geneva: International Council of Nurses.

Silva, I., Veloso, A. & Keating, J. (2014). Focus group. Considerações teóricas e metodológicas. Revista Lusófona de Educação, 26, 175-190.

Stewart, D. W., Shamdasani, P. N. & Rook, D. W. (2007). Focus groups: Theory and practice (2nd ed.). Thousand Oaks, California: Sage.

Znaniecki, F. (1934) The Method of Sociology. Farar & Rinehart, New York.

Zug K., Cassiani S., Pulcini J., Garcia A., Aguirre-Boza F. & Park J. (2016). Advanced practice nursing in Latin America and the Caribbean: regulation, education and practice. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet], 24:e2807. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/0104-1169-rlae-24-02807.pdf

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.138-144

Ambiente de Prática de Enfermagem em contexto hospitalar: Revisão integrativa

Sara Anunciada[1] e Pedro Lucas[2]

[1] MScN, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. ACES Lisboa Central, Lisboa, Portugal | saraanunciada@gmail.com | https://orcid.org/0000-0002-6062-4961

[2] PhD, MSc, MScN, RN, Nursing Research, Innovation and Development Centre of Lisbon (CIDNUR). Nursing School of Lisbon, Lisbon, Portugal | prlucas@esel.pt | https://orcid.org/0000-0002-2560-7306

Resumo: O contexto de trabalho onde os enfermeiros prestam cuidados desempenha um papel relevante nos resultados para o cliente e para os enfermeiros e respetivas equipas. As diferentes características do Ambiente de Prática em Enfermagem (APE) são importantes na construção de estratégias de gestão para a promoção de APE favoráveis, que por consequentemente contribuem para a melhoria contínua da Qualidade dos Cuidados em Enfermagem. **Objetivos:** examinar a evidência científica acerca do APE em contexto hospitalar. **Métodos:** Revisão integrativa, com 6 etapas: 1) identificação da pergunta de pesquisa; 2) definição das palavras-chave; 3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; 4) avaliação dos estudos incluídos na revisão; 5) interpretação dos resultados; 6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento. Os estudos selecionados foram no período entre 2015 e 2020. **Resultados:** Foram incluídos 26 artigos; a grande maioria relatou achados do ambiente de prática de enfermagem e resultados para os enfermeiros, para os enfermeiros gerentes, para os clientes e para a eficácia das organizações, em contexto hospitalar. **Conclusões**: Melhorar o ambiente de prática de enfermagem tem consequências na qualidade dos cuidados de enfermagem, com aumento de resultados para a enfermagem, os clientes e o contexto hospitalar.

Palavras-chave: Ambiente de Trabalho; Enfermagem; Hospital; Revisão.

Nursing Practice Environment in a Hospital Context: Integrative Review

Abstract: The work context where nurses provide care plays an important role in the results for the client and for the nurses and their teams. The different characteristics of the Nursing Practice Environment are important in the construction of management strategies for the promotion of favorable work environment, which consequently contribute to the continuous improvement of the Quality of Nursing Care. **Objectives:** to examine the scientific evidence about the EPA in a hospital context. **Methods:** Integrative review, with 6 steps: 1) identification of the research question; 2) definition of keywords; 3) definition of the information to be extracted from the selected studies; 4) evaluation of the studies included in the review; 5) interpretation of results; 6) presentation of the review / synthesis of knowledge. The selected studies were in the period between 2015 and 2020. **Results:** 26 articles were included; the vast majority reported findings of the nursing practice environment and results for nurses, for nurse managers, for clients and for the effectiveness of organizations, in the hospital context. **Conclusions:** Improving the nursing practice environment has consequences for the quality of nursing care, with an increase in results for nursing, clients and the hospital context.

Keywords: Nursing; Hospital; Review; Work Environment.

1. Introdução

O Ambiente de Prática de Enfermagem (APE) é fundamental para o sucesso dos sistemas de saúde (Almeida, Nascimento, Lucas, Jesus & Araújo, 2020) e está relacionado com a qualidade dos cuidados de enfermagem (QCE), com a satisfação profissional, com a segurança do cliente e com a efetividade dos cuidados para os clientes e para a eficiência das organizações (Carvalho & Lucas, 2020; De Sul & Lucas, 2020; Lake, 2002; Lucas & Nunes, 2020). Segundo Lake (2002), APE é definido como as características organizacionais de um contexto de trabalho que facilitam ou constrangem a prática profissional dos enfermeiros.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.145-154

Promover a qualidade dos cuidados que os enfermeiros prestam e, portanto, contribuir para a melhoria dos contextos das práticas clínicas é um fator fundamental do APE. A QCE é um elemento essencial na profissão e refere-se, entre outros aspetos, à relação direta entre o cliente e o enfermeiro, dependendo de muitos fatores, principalmente do APE (Lucas & Nunes, 2020, Tomaszewska, Kłos & Majchrowicz, 2017).

Um APE favorável leva à melhoria dos resultados dos clientes, sendo um fator essencial para o aumento da satisfação dos enfermeiros (Lake, 2002; Leone et al., 2015) e para se manterem equipas com dotações seguras, retendo os enfermeiros (De Sul & Lucas, 2020; Lucas & Nunes, 2020). APE favorável é caracterizado pela adequação de recursos humanos e materiais, participação ativa dos enfermeiros na governação das organizações, qualidade do atendimento e de prestação de cuidados de enfermagem, e boas relações entre os diferentes grupos profissionais dos serviços de saúde (Almeida et al., 2020; Lake, 2002). De acordo com a evidência científica das últimas décadas, estes APE favoráveis têm impactos significativos nos níveis de qualidade e segurança dos cuidados ao cliente, bem-estar dos profissionais de saúde, qualidade e produtividade, e eficácia dos serviços, organizações e sistemas de saúde (Almeida et al., 2020).

Por outro lado, APE pobres, com falta de apoio da gestão, fraca liderança e má relação enfermeiro-médico estão associados a: diminuição da QCE; eventos adversos nos clientes (Poghosyan et al., 2015), como erros; aumento da mortalidade e complicações; reinternamentos por complicações; aumento dos custos com os cuidados de saúde; prestação ineficaz de cuidados, conflitos e stress entre os profissionais de saúde (Tomaszewska et al., 2017); insatisfação profissional e aumento da rotatividade dos enfermeiros (Lucas & Nunes, 2020). Todos estes aspetos contribuem fortemente para a insatisfação dos clientes com os cuidados que lhes são prestados.

Um APE seguro caracteriza-se por boas relações profissionais entre os seus membros, apoio da gestão aos profissionais e horários de trabalho equilibrados (Alves & Guirardello, 2016; Copanitsanou, Fotos & Brokalaki, 2017; Lucas & Nunes, 2020). Caracteriza-se também por adequação entre a carga de trabalho e as competências dos enfermeiros, tempo para dar resposta às necessidades dos clientes, autonomia profissional, recursos adequados e oportunidades de progressão profissional (Alves & Guirardello, 2016; Copanitsanou et al., 2017; Lucas & Nunes, 2020).

Os enfermeiros gestores desempenham um papel fundamental na criação de um APE favorável, positivo (Alves & Guirardello, 2016), e na promoção de uma prestação de cuidados de qualidade (Carvalho & Lucas, 2020; Lucas & Nunes, 2020). Podem ainda proporcionar as ferramentas necessárias para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros e de futuros gestores (Gea-Caballero et al., 2018). A liderança em enfermagem desempenha um papel central nos cuidados de qualidade ao cliente, o qual envolve quatro atividades fundamentais: facilitar a comunicação contínua eficaz; fortalecimento das relações intra e interprofissionais; construção e manutenção de equipas e envolvimento dos pares (Carvalho & Lucas, 2020). A liderança influencia o APE (Lucas & Nunes, 2020; Weber, Ward & Walsh, 2015) e a QCE (Carvalho & Lucas, 2020). Os enfermeiros, enquanto líderes, são fundamentais para melhorarem a comunicação com e entre a equipa para alcançarem objetivos, tendo como finalidade a qualidade dos cuidados, a segurança do cliente e a inovação em saúde (Carvalho & Lucas, 2020; Nunes & Gaspar, 2016).

Sem competências e conhecimentos adequados, torna-se difícil para os líderes em enfermagem manterem um ambiente de prática favorável (Alves & Guirardello, 2016; Lucas & Nunes, 2020). O enfermeiro gestor é um motor de mudança no caminho para a excelência, organizando os recursos existentes e criando um ambiente seguro nos cuidados de enfermagem (Lucas & Nunes, 2020).

Assim, visto que um APE favorável é essencial para a implementação de qualquer programa de saúde em contexto hospitalar a promoção desses ambientes é fundamental, sendo um serviço público aos cidadãos, aos profissionais e às organizações de saúde.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.145-154

2. Material e Métodos

Esta revisão seguiu as seguintes etapas: identificação da pergunta de pesquisa; definição das palavras-chave para pesquisa na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados; apresentação da revisão/síntese do conhecimento (Whittemore & Knafl, 2005).

O objetivo da revisão é examinar a evidência científica acerca do APE em contexto hospitalar, orientada pela pergunta: Quais as características do APE no contexto hospitalar?

A pesquisa foi realizada nas bases de dados CINAHL, MEDLINE, Scopus, LILACS, Cochrane Database of Systematic Reviews, Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), com uma análise das palavras-chave identificadas nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no Medical Subjet Heading (Mesh). O operador booleano usado foi AND e OR. Os termos utilizados foram: *Nursing Practice Environment OR working environment OR work environment AND hospital*. Foram aplicados como limitadores, artigos disponíveis em texto integral.

Na inclusão dos estudos foram considerados artigos que abordassem o tema do APE, com enfermeiros de todas as faixas etárias, de todas as áreas de especialidade e desenvolvimento profissional, que exercem funções em contexto hospitalar, estudos primários e secundários. Artigos disponíveis em texto integral e publicados em inglês, português ou castelhano, no período temporal entre 2015 e 2020.

Os dados extraídos dos artigos incluídos na revisão foram alinhados com o objetivo e questão de pesquisa. Elaborou-se uma tabela de extração que se encontra organizada pelos seguintes dados: Autor(es), Ano de publicação; Título; País; Objetivos; Desenho do estudo; População em estudo/Tamanho da amostra/Participantes; Contexto; Principais resultados.

3. Resultados

Após a remoção dos artigos duplicados, identificaram-se 515 artigos para a seleção da revisão. Um total de 53 artigos cumpria os critérios de inclusão com base na verificação dos títulos e dos resumos. Obtidos os artigos de texto completo foram então lidos e examinados e 26 cumpriram os critérios de inclusão. Ao fim, esta revisão da literatura correspondeu à resposta de 33.384 enfermeiros e 24.258 clientes do contexto hospitalar.

Apenas 3 dos 6 continentes foram representados neste estudo. A Europa apresentou o maior número de publicações, com 6 estudos. A América foi representada pelo Brasil com 4 publicações; e a Ásia (Omã e China) com 5 estudos.

O método de investigação quantitativo foi adotado em todos os estudos. Foram encontradas e incluídas neste estudo duas revisões scoping, três revisões sistemáticas da literatura e uma meta-análise, totalizando 173 estudos. Na qualidade dos estudos considerou-se os 7 níveis de evidência, agrupados segundo Melnyk & Fineout-Overholt, (2011), evidências fortes, moderadas e fracas. Foram respeitados os aspetos éticos da pesquisa, bem como os conceitos e definições presentes nos estudos selecionados.

A Fig. 1., especifica os resultados das etapas da análise, seguindo o modelo PRISMA Flow Diagram (Mozer et al., 2009).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.145-154

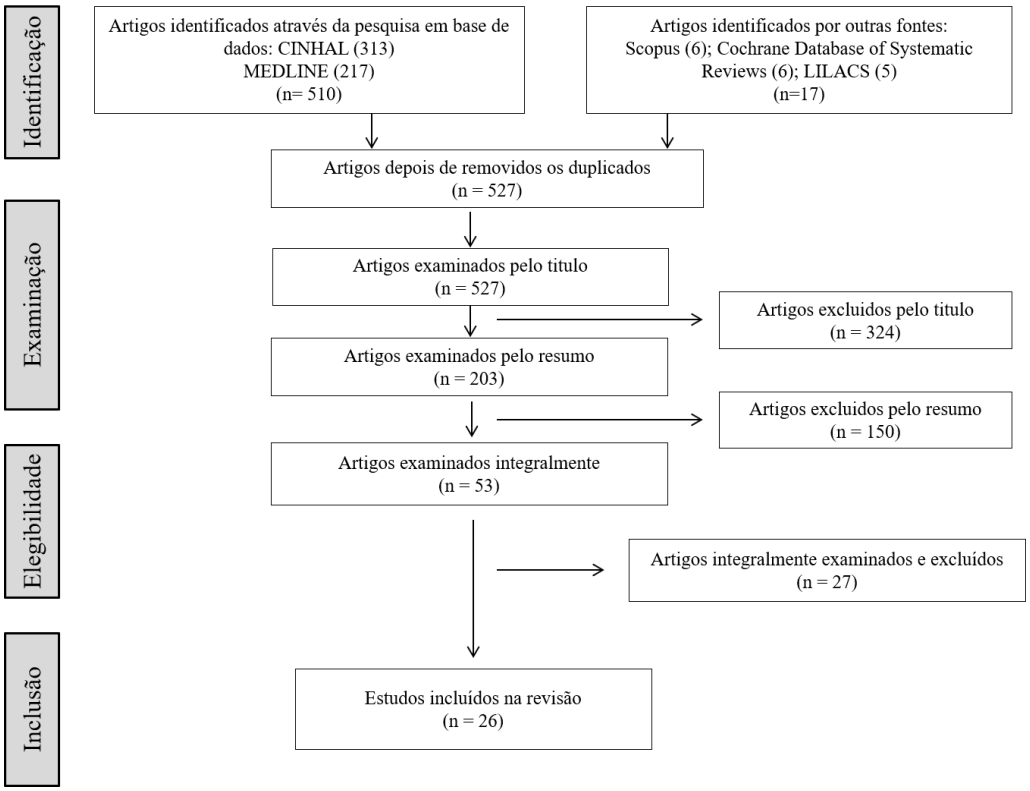


Fig. 1. Diagrama de PRISMA referente ao processo de seleção dos estudos.

4. Discussão

As características do APE assumem-se como importantes fatores nas organizações de saúde, podendo afetar a qualidade e a segurança dos cuidados. A presença dos atributos organizacionais, sobretudo a autonomia, o controlo sobre o ambiente e a colaboração entre os profissionais de saúde, faz com que o APE seja benéfico ao desenvolvimento dos cuidados, bem como a contribuição para melhores *outcomes* para o cliente, profissionais de saúde e para a própria instituição, resultando na QCE prestados (Aiken & Patrician, 2000; Duffield et al., 2011; Kirwan, Matthews, & Scott, 2013).

Os estudos que foram realizados em países como Bélgica, Inglaterra, Finlândia, Irlanda, Espanha, Suíça, Brasil e China demonstraram que um ambiente favorável no local de trabalho favorece uma melhor qualidade de prática de enfermagem, com obtenção de melhores resultados (Aiken et al., 2017; Alves & Guirardello, 2016; Bai, 2016; Guirardello, 2017; Liu et al., 2018; Zhu, Zheng, Liu, & You, 2019) e, consequentemente, maior satisfação dos clientes (Chen, Ramalhal, & Lucas, 2019).

Assim, um APE "positivo contribui para a satisfação dos enfermeiros e para a retenção dos mesmos nas organizações, conseguindo assim uma maior qualidade dos cuidados de enfermagem, redução de custos para a organização hospitalar, maiores resultados nos clientes e nas equipas de enfermeiros" (Chen et al., 2019, p. 38).

Copanitsanou et al., (2017) e Chen et al., (2019) referem que um APE seguro se caracteriza por boas relações profissionais, por uma boa gestão de apoio, rácios adequados, tempo adequado para prestar cuidados, de acordo com as necessidades dos clientes, autonomia e desenvolvimento profissional.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.145-154

O APE tem impacto nos resultados dos cliente e dos enfermeiros e os ambientes onde os enfermeiros possuem autonomia, controlo sobre o ambiente e boas relações com a equipa médica resultam em menores níveis de *burnout* (AL Ma'mari, Sharour, & Al Omari, 2020; Chen et al., 2019; Guirardello, 2017; Liu et al., 2018; Nogueira et al., 2018; Xian, Zhai, Xiong, & Han, 2020), maior satisfação profissional (Almeida et al., 2020; Chen et al., 2019; De Sul & Lucas, 2020; Dorigan & Guirardello, 2017; Ventura, Ramalhal, & Lucas, 2019), menor intenção de deixar o emprego (Alves & Guirardello, 2016; De Sul & Lucas, 2020; Leone et al., 2015; Lucas & Nunes, 2020; Xian et al., 2020) e melhores resultados para os clientes no que diz respeito à qualidade dos cuidados (Aiken et al., 2017; Almeida et al., 2020; Alves & Guirardello, 2016; Guirardello, 2017; Lucas & Nunes, 2020; Zhu et al., 2019) e segurança dos clientes (Aiken et al., 2017; Almeida et al., 2020; Liu et al., 2018; Lucas & Nunes, 2020).

Na mesma linha de pensamento, Lake et al., (2019) concluiram que melhores APE estão associados a menores probabilidades de resultados negativos, menor insatisfação no trabalho e menor mortalidade dos clientes.

Lake (2007) refere que o APE deve ser o foco principal de preocupação dos sistemas de saúde para evitar crises em duas áreas: na escassez de enfermeiros e na segurança dos clientes. Assim, monitorizar o APE e minimizar as suas lacunas, permitirá a implementação de processos de melhoria contínua, melhorando por sua vez os resultados relacionados com a saúde. Neste contexto, o uso de instrumentos destinados a avaliar os APE é fundamental para melhorar a QCE (Aiken, Clarke, Sloane, Lake, & Cheney, 2008; Fuentelsaz-Gallego, Moreno-Casbas, & González-María, 2013; Laschinger, Zhu, & Read, 2016; Neves et al., 2018).

Os artigos selecionados utilizaram os seguintes instrumentos de medida: Practice Environment Scale- Nursing Work Index (PES-NWI), Nursing Work Index-Revised (NWI-R), Safety Attitudes Questionnaire Short Form 2006 - (SAQ), Essentials of Magnetism II (EOM II), Overall Job Satisfaction (OJS), Quality of Care (QC), Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS), Maslach Burnout Inventory (MBI) e Anticipated Turnover Scale (ATS), The Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ), The Psychological Empowerment Scale, The Three-Component Model of Employee Commitment, Nursing Home Survey on Patient Safety Culture (NHSPSC), American Association of Critical-Care Nurses (AACN) Healthy Work Environment Assessment Tool, Authentic Leadership Questionnaire, Areas of Worklife Scale, Occupational Coping Self-Efficacy, General Health Questionnaire, Leiden Quality of Work Questionnaire (LQWQ), Leiden Quality of Work Questionnaire for Nurses (LQWQ-N). A PES-NWI continua a ser o instrumento de medida mais utilizado para avaliação do APE (Lake, 2007).

A avaliação do APE pode parecer mais essencial para o exercício das funções dos enfermeiros gestores, mas é igualmente relevante para os enfermeiros prestadores de cuidados. Os enfermeiros prestadores de cuidados diretos estão cada vez mais envolvidos na tomada de decisões organizacionais e, assim, têm a oportunidade de projetar e implementar soluções para as questões de interesse da sua unidade. Melhorar o APE permitirá aos enfermeiros dedicarem mais tempo ao tratamento direto do cliente, contribuindo decisivamente para a qualidade dos cuidados que lhe são prestados (Adriaenssens et al., 2017). Assim, os enfermeiros gestores devem criar APE que envolvam os enfermeiros nas decisões que influenciam os cuidados ao cliente e o ambiente de trabalho (Mrayyan, 2019).

Os enfermeiros gestores têm um papel fundamental na organização dos cuidados de saúde, tendo no entanto que lidar com questões e problemas relacionados com o trabalho, num ambiente de cuidados de saúde em constante mudança e desafiador (Adriaenssens et al., 2017). Estes, através da liderança e gestão, têm uma influência significativa na qualidade e segurança dos cuidados e no bem-estar dos enfermeiros (Adriaenssens et al., 2017). Laschinger, Borgogni, Consiglio & Read (2015), referem que o comportamento de liderança autêntica dos gestores de enfermagem, como a autoconsciência e transparência, comportamento ético-moral e apoio nos processos, desempenham um papel importante na criação de APE favoráveis.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.145-154

Os enfermeiros gestores podem melhorar o APE, praticando uma liderança adequada e estratégias de empoderamento, incluindo uma maior participação da equipa de enfermagem no processo de tomada de decisão, levando assim a cuidados de enfermagem de alta qualidade, que necessariamente conduzirão a uma maior segurança do cliente (Asiri, Rohrer, Al-Surimi, Da'ar, & Ahmed, 2016).

A colaboração com médicos e outros profissionais foi positivamente relacionada com a satisfação no trabalho. A cooperação solidária, a boa comunicação e a tomada de decisões interdisciplinares conjuntas influenciam positivamente o grau de satisfação e realização das equipas de enfermagem com consequências concretas (Adriaenssens et al., 2017). Índices de realização mais elevados nas equipas de enfermagem estão associados a menos quedas de clientes e a um melhor controlo da dor em relação às úlceras por pressão (Stalpers et al., 2015). Acresce que se verifica também que níveis mais altos de experiência e educação, assim como relações de colaboração harmoniosa entre profissionais, têm efeitos favoráveis nos resultados de quedas e úlceras de pressão nos clientes (Stalpers et al., 2015).

Os enfermeiros com pouca autonomia têm efeitos negativos na satisfação no trabalho e na intenção de saída Mrayyan (2019). Ko et al., (2018) concluíram que existe uma necessidade de melhorar a autonomia do trabalho dos enfermeiros, pois tem implicações no APE. Assim, os enfermeiros gestores devem monitorizar a autonomia do trabalho dos enfermeiros e as suas perceções sobre a política organizacional (Ko et al., 2018) e avaliar precocemente a intenção de saída através de instrumentos de medida, evitando este fenómeno, contribuindo para a melhoria dos APE (De Sul & Lucas, 2020). Os enfermeiros gestores podem desenvolver a formação em serviço e implementar métodos de trabalho que promovam e melhoram a autonomia do trabalho, criando assim APE favoráveis, que permitam aos enfermeiros participarem na tomada de decisões (Ko et al., 2018). Defendem ainda que, estes esforços favorecem a QCE, garantindo a segurança do cliente (Ko et al., 2018).

Titlestad, Haugstvedt, Igland, & Graue (2018), sugerem que as linhas orientadoras de atuação dos serviços de saúde contribuem para garantir a aplicação de novos conhecimentos na prática, reduzindo efeitos indesejáveis, variações de práticas e melhorando a segurança e a qualidade. Estes autores referem ainda que os enfermeiros com formação avançada e utilizadores de linhas orientadoras, ou *guidelines,* têm perceções mais positivas sobre áreas chave da segurança do cliente (Titlestad et al., 2018). Quanto maior a formação dos enfermeiros, melhor conhecimento e capacidades estes possuem para lidar com diferentes situações relativamente ao cuidado do cliente e ao trabalho em equipa e equipa multidisciplinar e maior é a capacidade para adotar uma abordagem mais abrangente para a enfermagem e para a segurança do cliente (Titlestad et al., 2018). Deve então o enfermeiro gestor incentivar a formação formal da sua equipa como forma de promover cuidados de alta qualidade e segurança. Também Weber, Ward, e Walsh (2015), defendem que os enfermeiros gestores têm um papel preponderante dentro da organização e na prestação de um atendimento de qualidade, que é o de possibilitar e proporcionar as ferramentas necessárias, para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros e futuros gestores.

A formação em contexto profissional e a formação base das escolas de enfermagem e nos cursos de pós-graduação/especializações devem incluir programas educativos com conteúdos sobre as caraterísticas organizacionais, o APE e a sua relação com a saúde e os resultados do trabalho, preparando assim futuros enfermeiros para reconhecerem e promoverem ambientes de trabalho saudáveis (Lake et al., 2019; Mrayyan, 2019). Lake et al., (2019) referem que os enfermeiros, na prestação de cuidados, também merecem educação sobre as características de ambientes de trabalho saudáveis (Ibrahim et al., 2014). Weber et al., (2015) referem que um bom relacionamento entre os enfermeiros gestores e os enfermeiros é a base para o empoderamento dos enfermeiros, resultando em baixos níveis de *burnout* e melhor satisfação profissional.

Os líderes e administradores de enfermagem devem promover características organizacionais e APE de *Magnet Hospitals* para melhorar a segurança dos clientes e a qualidade dos cuidados (Wei, Sewell, Woody, & Rose, 2018).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.145-154

Os hospitais que possuem estas características atraem enfermeiros por terem características organizacionais hospitalares positivas e APE saudáveis, que por sua vez, possuem resultados positivos nos enfermeiros, nos clientes e nas organizações (Er & Sökmen, 2018).

A avaliação dos serviços tem como objetivo ajudar os gestores de enfermagem a desenvolverem APE favoráveis para a prestação de cuidados de enfermagem de alta qualidade. Estas avaliações auxiliam os gestores a entender como os enfermeiros percecionam o seu APE e como isso influencia o seu trabalho e os cuidados que prestam. Os resultados destas avaliações devem ser utilizados pelos gestores de enfermagem para alcançarem resultados positivos para os clientes, satisfação dos enfermeiros, prestação de cuidados de qualidade, segurança dos clientes e diminuição da intenção de saída dos enfermeiros (Er & Sökmen, 2018).

Assim, os gestores devem avaliar os seus APE através de escalas existentes, de modo a para identificarem áreas de fraqueza nos seus ambientes de prática de enfermagem (Lake et al., 2019).

5. Conclusão

O APE, decorrente das características da organização onde se desenvolve a prestação de cuidados, é determinante para a QCE prestados aos clientes.

Verifica-se que a QCE, sobretudo em contexto hospitalar, tem sido o foco de estudos nacionais e internacionais, os quais revelam que determinadas características do APE favorecem a prática dos enfermeiros, proporcionando maior satisfação profissional, contribuindo de forma positiva para a segurança dos clientes. Os estudos evidenciam ainda que os APE com maior autonomia, maior controlo e maior suporte organizacional, bem como ambientes com boas relações da equipa multidisciplinar, resultam em avaliações mais positivas por parte dos enfermeiros acerca da QCE.

Um APE favorável é um fator decisivo na satisfação, manutenção e resultados dos clientes. Assim, para compreender como a estrutura, a cultura e a organização dos hospitais afetam os resultados dos clientes e da enfermagem, a literatura fornece ferramentas que foram desenvolvidas para avaliar a presença de determinadas características ambientais da prática profissional de enfermagem.

Os gestores em enfermagem e as organizações hospitalares devem encarar o desafio da melhoria do APE como um investimento que, inevitavelmente, se refletirá na melhoria dos resultados aos clientes, na *performance* profissional e, sobretudo, na qualidade dos cuidados prestados, independentemente do contexto onde esse investimento ocorra.

Fica explícita a relação profunda que os enfermeiros estabelecem com o seu APE e a influência que o enfermeiro gestor pode deter sobre os mesmos, dando origem aos mais variados *outcomes*. Consequentemente, o enfermeiro gestor, através da sua gestão, influencia favoravelmente o APE, considerando que promove um aumento na QCE, que por sua vez vai promover *outcomes* positivos para os clientes e enfermeiros, aumentando a eficácia das organizações, melhorando as organizações privadas e o Serviço Nacional de Saúde.

Assim, melhorar o APE tem consequências na QCE, com aumento de resultados para a enfermagem, para os clientes e para o contexto hospitalar.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.145-154

6. Referências

Adriaenssens, J., Hamelink, A., & Van Bogaert, P. (2017). Predictors of occupational stress and well-being in First-Line Nurse Managers: A cross-sectional survey study. International Journal of Nursing Studies, 73, 85–92. Doi:10.1016/j.ijnurstu.2017.05.007.

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Lake, E. T., & Cheney, T. (2008). Effects of Hospital Care Environment on Patient Mortality and Nurse Outcomes. Journal of Nurse Administration, 38(5), 223–229. Doi:10.1097/01.NNA.0000312773.42352.d7.

Aiken, L. H., & Patrician, P. A. (2000). Measuring Organizational Traits of Hospitals: The Revised Nursing Work Index. Nursing Research, 49(3), 146–153.

Aiken, L. H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Bruyneel, L., McHugh, M., … Van Achterberg, T. (2017). Nursing skill mix in European hospitals: Cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. BMJ Quality and Safety, 26(7), 559–568. Doi:10.1136/bmjqs-2016-005567.

AL Ma'mari, Q., Sharour, L. A., & Al Omari, O. (2020). Fatigue, burnout, work environment, workload and perceived patient safety culture among critical care nurses. British Journal of Nursing, 29(1), 28–34. Doi:10.12968/bjon.2020.29.1.28.

Almeida, S., Nascimento, A., Lucas, P. B., Jesus, E., & Araújo, B. (2020). RN4CAST Study in Portugal: Validation of the Portuguese Version of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. Aquichan, 20(3), e2038. Doi:10.5294/aqui.2020.20.3.8.

Alves, D. F. S., & Guirardello, E. B. (2016). Nursing work environment, patient safety and quality of care in pediatric hospital. Revista Gaucha de Enfermagem, 37(2), e58817. Doi:10.1590/1983-1447.2016.02.58817.

Asiri, S. A., Rohrer, W. W., Al-Surimi, K., Da'ar, O. O., & Ahmed, A. (2016). The association of leadership styles and empowerment with nurses' organizational commitment in an acute health care setting: A cross-sectional study. BMC Nursing, 15(1), 1–10. Doi:10.1186/s12912-016-0161-7.

Bai, J. (2016). Does job satisfaction mediate the relationship between healthy work environment and care quality? Nursing in Critical Care, 21(1), 18–27. Doi:10.1111/nicc.12122.

Carvalho, M. C., & Lucas, P. R. (2020). The effectiveness of the clinical nurse leader practice - systematic review. Millenium, 2(11), 57-64. Doi:10.29352/mill0211.06.00274.

Chen, J., Ramalhal, T., & Lucas, P. (2019). Ambiente de Prática de Enfermagem e a Satisfação dos Enfermeiros em Contexto Hospitalar - Uma Revisão Scoping. Pensar Enfermagem, 23(2), 29–42.

Copanitsanou, P., Fotos, N., & Brokalaki, H. (2017). Effects of work environment on patient and nurse outcomes. British Journal of Nursing, 26(3), 172–176. Doi:10.12968/bjon.2017.26.3.172.

De Sul, S. I. R., & Lucas, P. R. M. B. (2020). Translation and validation of the anticipated turnover scale for the Portuguese cultural context. Nursing Open, 00, 1–7. Doi:10.1002/nop2.521.

Dorigan, G. H., & Guirardello, E. B. (2017). Nursing practice environment, satisfaction and safety climate: The nurses' perception. Acta Paulista de Enfermagem, 30(2), 129–135. Doi:10.1590/1982-0194201700021.

Duffield, C., Diers, D., O'Brien-Pallas, L., Aisbett, C., Roche, M., King, M., & Aisbett, K. (2011). Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. Applied Nursing Research, 24(4), 244–255. Doi:10.1016/j.apnr.2009.12.004.

Fuentelsaz-Gallego, C., Moreno-Casbas, M. T., & González-María, E. (2013). Validation of the Spanish version of the questionnaire Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. International Journal of Nursing Studies, 50(2), 274–280. Doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.08.001.

Gea-Caballero, V., Castro-Sánchez, E., Júarez-Vela, R., Díaz-Herrera, M. Á., Miguel-Montoya, I. & Martínez-Riera, J. R. (2018). Elementos esenciales de los entornos profesionales enfermeros en Atención Primaria y su influencia en la calidad del cuidado. Enfermería Clínica, 28(1), 27–35. Doi:10.1016/j.enfcle.2017.07.008.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.145-154

Guirardello, E. B. (2017). Impact of critical care environment on burnout, perceived quality of care and safety attitude of the nursing team. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 25(0), e2884. Doi:0.1590/1518-8345.1472.2884.

Kirwan, M., Matthews, A., & Scott, P. A. (2013). The impact of the work environment of nurses on patient safety outcomes: A multi-level modelling approach. International Journal of Nursing Studies, 50(2), 253–263. Doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.08.020.

Lake, E. T. (2002). Development of the practice environment scale of the nursing work index. Research in Nursing and Health, 25 (3), 176–188. Doi:10.1002/nur.10032

Lake, E. T. (2007). The Nursing Practice Environment:Measurement and Evidence. Medical Care Research and Review, 64(2), 104S-122S. Doi:10.1177/1077558707299253.

Lake, E. T., Sanders, J., Duan, R., Riman, K. A., Schoenauer, K. M., & Chen, Y. (2019). A Meta-Analysis of the Associations between the Nurse Work Environment in Hospitals and 4 Sets of Outcomes. Medical Care, 57(5), 353–361. Doi:10.1097/MLR.0000000000001109.

Laschinger, H. K. S., Borgogni, L., Consiglio, C., & Read, E. (2015). The effects of authentic leadership, six areas of worklife, and occupational coping self-efficacy on new graduate nurses' burnout and mental health: A cross-sectional study. International Journal of Nursing Studies, 52(6), 1080–1089. Doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.03.002.

Laschinger, H. K. S., Zhu, J., & Read, E. (2016). New nurses' perceptions of professional practice behaviours, quality of care, job satisfaction and career retention. Journal of Nursing Management, 24(5), 656–665. Doi:10.1111/jonm.12370.

Leone, C., Bruyneel, L., Anderson, J. E., Murrells, T., Dussault, G., Jesus, É. H., … Rafferty, A. M. (2015). Work environment issues and intention-to-leave in Portuguese nurses: A cross-sectional study. Health Policy, 119(12), 1584–1592. Doi:10.1016/j.healthpol.2015.09.006.

Liu, X., Zheng, J., Liu, K., Baggs, J. G., Liu, J., Wu, Y., & You, L. (2018). Hospital nursing organizational factors, nursing care left undone, and nurse burnout as predictors of patient safety: A structural equation modeling analysis. International Journal of Nursing Studies, 86, 82–89. Doi:10.1016/j.ijnurstu.2018.05.005.

Lucas, P. R. M. B., & Nunes, E. M. G. T. (2020). Nursing practice environment in Primary Health Care: a scoping review. Revista Brasileira de Enfermagem, 73(6), e20190479. Doi:10.1590/0034-7167-2019-0479.

Melnyk, B. & Fineout-Overholt, E. (2011). Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Atman, D., & The PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. PloS medicine, 6 (7), e1000097. Doi:10.1371/journal.pmed.1000097.

Mrayyan, M. T. (2019). Nurses' views on hospital organizational characteristics. Nursing Forum, 54(4), 650–660. Doi:10.1111/nuf.12390.

Neves, T. M. A., Parreira, P. M. S. D., Graveto, J. M. G. N., Rodrigues, V. J. L., & Marôco, J. P. D. (2018). Practice environment scale of the nursing work index: Portuguese version and psychometric properties. Journal of Nursing Management, 26(7), 833–841. Doi:10.1111/jonm.12606.

Nogueira, L. S., Sousa, R. M. C., Guedes, E. S., Turrini, R. N. T., Cruz, D. A. L. M., & Santos, M. A. (2018). Burnout and nursing work environment in public health institutions. Revista Brasileira de Enfermagem, 71(2), 358–365. Doi:10.1590/0034-7167-2016-0524.

Nunes, E. M. G. T. & Gaspar, M. F. M. (2016) A liderança em enfermagem e a satisfação dos pacientes em contexto hospitalar. Revista Gaúcha de Enfermagem; 37(2). Doi:10.1590/1983-1447.2016.02.55726.

Poghosyan, L., Shang, J., Liu, J., Poghosyan, H., Liu, N. & Berkowitz, B. (2015). Nurse practitioners as primary care providers: Creating favorable practice environments in New York State and Massachusetts. Health Care Management Review, 40(1): 46–55. Doi:10.1097/HMR.0000000000000010.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.145-154

Stalpers, D., Brouwer, B. J. M., Kaljouw, M. J., & Schuurmans, M. J. (2015). Associations between characteristics of the nurse work environment and five nurse-sensitive patient outcomes in hospitals: A systematic review of literature. International Journal of Nursing Studies, 52(4), 817–835. Doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.01.005.

Tomaszewska, K., Kłos, A., & Majchrowicz, B. (2017). Influence of work environment on the quality of benefits provided by primary health care nurses. Journal of Education, Health and Sport, 7(8): 1191-1205. Doi:10.5281/zenodo.1039369.

Ventura, I., Ramalhal, T., & Lucas, P. B. (2019). The nursing practice environment and nurses' satisfaction in the obstetrics hospital context: a scoping review. Annals of Medicine, 51(1), 203–203. Doi:10.1080/07853890.2018.1560162.

Weber, E., Ward, J. & Walsh, T. (2015). Nurse leader competencies: A toolkit for success. Nursing Management, 46(12), 47-50. Doi:10.1097/01.NUMA.0000473505.23431.85.

Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. Journal of Advanced Nursing, 52(5), 546–553. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x.

Xian, M., Zhai, H., Xiong, Y., & Han, Y. (2020). The role of work resources between job demands and burnout in male nurses. Journal of Clinical Nursing, 29(3–4), 535–544. Doi:10.1111/jocn.15103.

Zhu, X., Zheng, J., Liu, K., & You, L. (2019). Rationing of nursing care and its relationship with nurse staffing and patient outcomes: The mediation effect tested by structural equation modeling. International Journal of Environmental Research and Public Health, 16(10). Doi:10.3390/ijerph16101672.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.145-154

Estratégia de educação em saúde fonoaudiológica para idosos: Relato de experiência

Priscilla Mayara Estrela Barbosa[1], Andréa Cintia Laurindo Porto[2], Moisés Andrade dos Santos de Queiroz[3], Cláudia Belém Moura Cabral[3], Rachel Cassiano de Sousa[3] e Christina César Praça Brasil[3]

[1] Universidade Estadual do Ceará, Brasil | priscillamayara@yahoo.com.br | https://orcid.org/0000-0001-9611-1343

[2] Hospital Geral de Fortaleza, Brasil | andrea.cintialp@gmail.com | https://orcid.org/0000-0001-9621-0480

[3] Universidade de Fortaleza, Brasil | fonomoises@outlook.com; claudiabelemmc@gmail.com; rachelcassiano@unifor.br; cpraca@unifor.br | https://orcid.org/0000-0003-4887-1377; https://orcid.org/0000-0001-7235-261X; https://orcid.org/0000-0002-4849-1502; https://orcid.org/0000-0002-7741-5349

Resumo: Introdução: As mudanças decorrentes da velhice implicam diretamente em estruturas responsáveis pela comunicação e deglutição. Na laringe, ocorrem calcificações, impactando a fonação (presbifonia) e a deglutição (presbifagia). Na audição, há redução da acuidade (presbiacusia). A memória também apresenta alterações importantes. **Objetivo:** Relatar a experiência de um grupo de idosos assistidos em um Centro de Referência de Assistência Social, da região metropolitana de Fortaleza, Ceará, por meio de ações que associam saúde do idoso e Fonoaudiologia. **Metodologia:** As reuniões aconteceram de fevereiro a junho de 2019, com 38 idosos, de ambos os sexos, com idades de 60 a 87 anos. A fonoaudióloga do Núcleo de Assistência da Saúde da Família na Atenção Básica e acadêmicos de Fonoaudiologia prepararam ações de educação em saúde sobre os temas em questão. Os participantes eram estimulados a questionar, compartilhar experiências e esclarecer dúvidas sobre memória, voz, audição e deglutição, especialmente como o envelhecimento afeta essas funções. Diários de campo e registros escritos deram suporte à coleta de dados, que foram analisados a partir da Análise de Conteúdo na modalidade temática e interpretados à luz das teorias sobre envelhecimento saudável. **Resultados:** Os idosos compreendem o envelhecimento como um processo irreversível, que causa adversidades na comunicação e deglutição, levando ao distanciamento social, sentimentos de vergonha e incapacidade. Os participantes apresentaram melhoras no sentido esperado da intervenção, pois passaram a dar maior atenção às práticas educativas em saúde relativas à saúde vocal, deglutição, audição e memória. **Conclusão:** Conclui-se que os participantes demonstraram autonomia, ao compreender e aplicar em seu cotidiano as orientações dadas nos encontros, passando a ser multiplicadores dos novos aprendizados junto aos seus pares. Ações de educação em saúde que fortaleçam a rede de apoio aos idosos são essenciais, destacando-se a importância dos cuidados continuados e específicos voltados a esse público.
Palavras-chave: Presbifagia; Presbiacusia; Memória; Presbifonia; Educação em Saúde.

Speech Therapy Health Education Strategy for the Elderly: An Experience Report

Abstract: Introduction: Changes caused by the aging imply structures responsible for communication and swallowing. In the larynx, calcifications occur, impacting phonation (presbyphonia) and swallowing (presbyphagia). In hearing, there is a reduction in acuity (presbycusis). Memory also suffers important changes. **Objective:** Report the experience of an elderly people group assisted in a Reference Center for Social Assistance, in the metropolitan region of Fortaleza, Ceará, through actions that associate health of the elderly and Speech and Hearing Sciences. **Methodology:** Meetings took place from February to June 2019, with 38 elderly, of both sexes, aged from 60 to 87 years old. The speech therapist from the Family Health Center and students from this area prepared health education actions, which were based on the elderlys´ questions on their health conditions. Participants were encouraged to discuss, share experiences and clarify doubts about memory, phonation, hearing and swallowing, especially how the aging process affects these functions. Field diaries and written records supported data collection. Data analysis based on the Content Analysis in the thematic modality and the interpretation was held in the light of theories on healthy aging. **Results:** The elderly understand aging as an irreversible process, which causes problems in communication and swallowing, leading to social distance, feelings of shame and incapacity. The participants showed improvements from the interventions, as they began to value the educational health practices related to vocal health, swallowing, hearing and memory. **Conclusion:** Participants demonstrated more autonomy than before, by understanding and applying the guidelines given in the meetings in their daily lives. They became multipliers of their new learnings to their peers and families. Health education actions to strengthen the support network for the elderly are essential, highlighting the importance of continuous and specific care aimed at this population.

Keywords: Presbyphagia; Presbycusis; Memory; Presbyophonia; Health Education.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.155-162

1. Introdução

Nas últimas décadas, houve um aumento na expectativa de vida da população mundial, compreendendo uma transição demográfica e a inversão nas pirâmides demográficas (Martins, Nascimento, Souza, Sá, Feres, Soares, & Ferreira, 2016). Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estimam que o número de habitantes no Brasil atingiu a marca de aproximadamente 208.5 milhões em 2018 (IBGE, 2019a). Desse contingente, 15,4% estão na faixa etária de 60 anos ou mais (IBGE, 2019b). O aumento superou as estimativas previstas para o número de idosos no Brasil em 2020 (Simões, 2016), constando-se que a população com 60 anos ou mais compreende mais de 32 milhões de habitantes, reiterando o acelerado envelhecimento populacional no país.

O envelhecimento é um processo dinâmico, progressivo e irreversível, variando de acordo com: estilo de vida, condições socioeconômicas e de saúde (Pinto, Reis, Almeida-Brasil, Silveira, Lima, & Ceccato, 2016). Como consequência, prejuízos nos sistemas sensoriais podem ocorrer (Lord, Delbaere, & Sturnieks, 2018). As mudanças orgânicas decorrentes da velhice podem implicar diretamente na função laríngea, a partir de calcificações nas cartilagens que alteram a fonação. Isto imprime características próprias na voz do idoso, denominando-se presbifonia. Alterações na deglutição (presbifagia) também são decorrentes das alterações laríngeas nessa fase (Kost & Sataloff, 2018).

Outra alteração decorrente do evelhecimento é a presbiacusia (perda progressiva da acuidade auditiva). Com o avanço da idade, o cérebro também evidencia prejuízos decorrentes da significativa perda de neurônios, a exemplo da perda de memória, levando às demências (Chern & Golub, 2019).

Nesse contexto, o fonoaudiólogo é o profissional capacitado para acompanhar e postergar o avanço das condições clínicas que impactam a comunicação e a deglutição, além de cuidar de outros fatores relevantes para a saúde do idoso. Isto auxilia na promoção da saúde dessa população, confirmando sua importância na Atenção Primária à Saúde - APS (Guckert, Souza, & Arakawa-Belaunde, 2020).

A dificuldade em aceitar o envelhecimento pode provocar no indivíduo negação, vergonha e distanciamento da sociedade. Com isso, há a necessidade de ações que auxiliem na melhoria da qualidade de vida do idoso, a partir de atividades laborais e recreativas, individuais ou grupais, capazes de proporcionar maior interação social e interpessoal, além de apoiar a aceitação das limitações da senescência (Silva, Assunção, & Porto, 2020). Essas estratégias objetivam promover saúde, prevenir agravos, retardar o aparecimento de doenças, reduzir as fragilidades, bem como estimular e manter a independência e a autonomia dos idosos (Santos, Feitosa, Melo, & Canuto, 2018). Salienta-se a importância da abordagem integral e interdisciplinar pelos profissionais da saúde, considerando os fatores físicos, psicológicos, ambientais e socioculturais que influenciam a saúde do idoso (Fonseca, Estevam, Mariz, Oliveira, & Souza, 2021).

Os grupos de idosos com foco na Promoção da Saúde (PS) e na prevenção de agravos constituem uma estratégia da Atenção Básica (AB) à Saúde e da Assistência Social. Nesse sentido, o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) é a porta de entrada para a resolubilidade de muitos problemas socais, por ser um serviço público para o fortalecimento das relações entre indivíduo, família e comunidade. Promove também a organização e a articulação das unidades da rede socioassistencial e de outras políticas (Carneiro, Gomes, Durães, Jesus, Chaves, Lima, Costa, & Caldeira, 2020).

Assim, o CRAS, ao promover a intersetorialidade e albergar parcerias entre os setores que assistem a população, é o ambiente ideal para a realização dos Grupos de Promoção de Saúde (GPS), que constituem intervenções coletivas e interdisciplinares para o estímulo a interação e a cooperação.

Nessa perspectiva, constituiu-se em 2014 e perdura até os dias atuais (2021), um grupo de idosos organizado pelas psicólogas e assistentes sociais de um CRAS, em Caucaia, Ceará, Brasil. Para isso, estabeleceu-se uma parceria entre a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.155-162

Os encontros grupais com os idosos são conduzidos e supervisionados pelos profissionais que atuam em uma Unidade de Atenção Primária à (UAPS) que assiste a população que frequenta o referido CRAS.

A UAPS em pauta conta com quatro equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e uma equipe do NASF-AB, sendo composta por terapeutas ocupacionais, fonoaudióloga, fisioterapeuta, psicóloga, farmacêutica, nutricionistas, educadora física e assistente social.

Os encontros com os idosos ocorrem na segunda sexta-feira de cada mês, pela manhã, no CRAS sob investigação. Cada encontro é organizado por um profissional da saúde com a cooperação dos funcionários do serviço. Os temas abordados emergem das inquietações e dúvidas dos participantes, contemplando assuntos selecionados mediante votação realizada ao final de cada reunião. Ao final de cada encontro, há uma roda de conversa, na qual os participantes discutem, trocam experiências e conhecimentos.

Diante do exposto, esta investigação respalda-se no seguinte questionamento: como uma estratégia de educação em saúde voltada a um grupo de idosos assistidos em um CRAS pode contribuir com a saúde fonoaudiológica dessa população?

O artigo objetiva relatar a experiência de um grupo de idosos assistidos em um CRAS por meio de ações de educação em saúde que associam saúde do idoso e Fonoaudiologia.

2. Metodologia

Realizou-se um estudo descritivo, qualitativo, do tipo relato de experiência. Segundo Minayo, (2014), a pesquisa qualitativa permite a reflexão sobre fatos, significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que compreendem as relações, os processos e os fenômenos. Ressalta-se que não estabelece previamente a amostra e que os pressupostos são afirmações provisórias sobre um problema.

Os encontros do grupo de idosos foram realizados de fevereiro a junho de 2019, no turno manhã, no CRAS sob investigação. Participaram pessoas de ambos os sexos, com idades de 60 a 89 anos. Todos os idosos moradores da área adstrita podiam participar dos encontros, mediante a comprovação de endereço, como requisito para a vinculação às atividades. Durante o período de coleta de dados, frequentavam as reuniões 38 idosos.

Nas exposições dos temas para o grupo de idosos, havia, pelo menos, um assistente social que atua no CRAS, responsável por dirigir a acolhida, a organização geral do evento e a conclusão da reunião.

Uma intervenção fonoaudióloga foi requisitada pelos organizadores para abordar temas de interesse dos idosos, que se basearam em relatos e dúvidas sobre: memória, voz, audição e deglutição. Requereu-se apresentar como o envelhecimento afeta essas funções e medidas promotoras da saúde. Estabeleceram-se quatro encontros para abordar as temáticas relativas a saúde do idoso e Fonoaudiologia.

Os investigadores foram uma fonoaudióloga do NASF – AB e três acadêmicos de Fonoaudiologia de uma instituição de ensino superior. Estes prepararam palestras e ações, seguindo as sugestões dos participantes e dos profissionais do CRAS e do NASF-AB. Os investigadores também conduziram as quatro oficinas como facilitadores e observadores. Houve uma reunião de planejamento entre as equipes para definir a programação: acolhimento, palestra expositiva e interativa, lanche saudável e socialização.

Todo a explanação foi pensada de maneira a facilitar a compreensão dos idosos, com linguagem acessível. Cada encontro durou, em mádia, três horas e meia. Os idosos que apresentaram queixas relacionadas a saúde comunicativa e/ou deglutição foram acolhidos e agendados para posterior consulta com a fonoaudióloga do NASF-AB.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.155-162

Salienta-se que as exposições se desenvolveram com metodologias participativas, na quais procurou-se preservar a identidade social e cultural dos integrantes, valorizando saberes prévios e unindo o conhecimento popular aos conteúdos de saúde vocal, memória, deglutição e audição. Todos os instrumentos utilizados foram elaborados pelos acadêmicos de Fonoaudiologia com orientações da fonoaudióloga do NASF-AB.

Para promover hábitos mastigatórios saudáveis, melhoras na audição, treinamentos vocais e de memória, os encontros foram realizados como oficinas. Estas iniciaram com exposições dialogadas sobre outros assuntos em pauta. Em seguida, os participantes expunham suas dúvidas e as discutiam com os facilitadores. O círculo de cultura de Paulo Freire também foi utilizado nestas ocasiões (Freire, 2013).

Tal método foi oportuno para este estudo, pois favorece uma relação dialógica do expositor com os ouvintes, por ser capaz de demonstrar o que estava escondido e permitir que as reflexões, dúvidas e queixas dos participantes levem todos juntos a novas propostas de intervenção. Essa estratégia alinha-se ao escopo das pesquisas qualitativas, pois são uma maneira de compreender, fixar e propagar o saber (Freire, 2013).

Realizou-se observação participante das oficinas, utilizando-se diários de campo e registos escritos para a coleta de dados. Em cada encontro, os acadêmicos de Fonoaudiologia (facilitadores e observadores) anotaram as principais dúvidas e experiências compartilhadas. Reações emocionais, expressões ou movimentos (imitação ou reação) dos idosos também foram registados por escrito para análise.

Após os encontros, a equipe de Fonoaudiologia reunia-se a analisava os dados e categorizava em temáticas, a partir da Análise de Conteúdo na modalidade temática (Minayo, Deslandes, & Gomes, 2013). Esse método propiciou a leitura em profundidade, a apropriação do material, a revisita à experiência vivenciada e a categorização das principais dúvidas dos idosos com relação a saúde fonoaudiológica, as quais convergem com os assuntos abordados nos encontros, desdobrando-se nas seguintes temáticas: voz, deglutição, audição e memória. A interpretação dos achados foi embasada na literatura que versa sobre o envelhecimento saudável.

Como se trata de um relato de experiência, considerando as perspectivas dos investigadores, este estudo não requer aprovação pelo Comitê de Ética.

3. Resultados e Discussão

Ao explorar o campo, inicialmente, os pesquisadores observaram que as estratégias e ações de prevenção e promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde e do CRAS junto ao idoso devem ser ampliadas e incentivadas, uma vez que sses procedimentos facilitam a vida dos idosos, ampliando o bem-estar e a qualidade de vida (física, psicológica, ambiental e social). Ademais, isto pode melhorar a extensão do suporte social percebido. A Política Nacional de Atenção à Saúde, instituída em 28 de setembro de 2004, teve o objetivo de desenvolver ações que possibilitem a promoção da qualidade de vida, a educação em saúde, além da proteção e recuperação da saúde de indivíduos e comunidades (Brasil, 2013).

As ações de educação em saúde voltadas ao idoso, buscando esclarecer sobre a saúde da comunicação e da deglutição auxiliam no processo de corresponsabilização pela saúde e na manutenção de hábitos saudáveis. Ademais, conhecer os problemas que o envelhecimento traz para a voz, deglutição, audição e memória, facilita a identificação prococe e a adoção de medidas de controle e prevenção.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.155-162

É muito comum os idosos apresentarem dúvidas sobre as mudanças que acometem a voz com o avanço da idade, chegando a caracterizar a voz da seguinte forma: "*A voz vai enfraquecendo [com o avanço da idade] ...", "Já não canto como antes", "Ao falar muito, fico cansado...", "A voz da mulher idosa parece mais grossa e a do homem idoso fica mais fina, não é?"*

Quanto a presbifonia, explicou-se aos idosos que se trata de uma alteração vocal que ocorre em idosos, causada pelo envelhecimento das estruturas laríngeas. O início da decadência vocal pode ser decorrente de diversos fatores relacionados tanto à saúde física quanto à mental (Brown, Zhou, & Husain, 2020). Muitos idosos revelaram perceber, com o passar dos anos, que a voz fica mais fraca para ambos os sexos; para mulheres, torna-se mais grave, e, para homens, mais aguda. Entretanto, não foi um aspecto percebido amplamente pelos participantes. O que realmente declaram é que *"A voz muda com o tempo"*, *"Não tenho mais a voz que eu tinha aos 20 ou 40 anos. Agora é diferente".*

Os facilitadores dos encontros apresentaram noções básicas sobre a produção vocal, fatores de risco, sintomas vocais mais frequentes, exercícios de aquecimento e desaquecimento vocal, além de medidas simples de hidratação e higiene vocal.

A presbiacusia revelou-se como uma das mais frequentes preocupações dos idosos, pois é uma alteração facilmente perceptível e que impacta a qualidade da comunicação. Alguns idosos expressaram que "*Ficar sem escutar é uma tormenta..."*

Não "escutar direito" pode levar o indivíduo a afastar-se de suas funções sociais e ao isolamento. A presbiacusia tem um padrão audiológico com características de uma perda neurossensorial bilateral e gradualmente progressiva, o que é identificado pelo próprio indivíduo. Isto influencia a sua qualidade de vida, devido aos déficits na percepção da fala e prejuízos na cognição, levando-o a restrição na participação social, progressão do isolamento e falta de socialização (Jafari, Kolb, & Mohajerani, 2019).

Nos encontros, apresentaram-se estratégias de identificação da presbiacusia, incluindo as alternativas de correção e acompanhamento da evolução. Próteses auditivas, leitura labial e foco no interlocutor foram algumas medidas exploradas e esclarecidas aos presentes.

A perda da memória é outro aspecto que chama a atenção do idoso e traz preocupação. O fato de não lembrar nomes de pessoas conhecidas, não lembrar se tomou ou não uma medicação, ou mesmo se já executou alguma tarefa cotidiana causa desconforto e insegurança, segundo os participantes deste estudo. Destaca-se que, durante o processo de envelhecimento, são comuns os episódios de esquecimento, mas, de acordo com a frequência, estes podem prejudicar a autoestima, o convívio social e a execução de tarefas. Explanou-se aos idosos que isto decorre da própria fisiologia humana, a partir da diminuição da funcionalidade cerebral. Esse déficit progressivo da memória e de outras habilidades amplia a predisposição às alterações cognitivas, além de acarretar a incidência de demência ou de outras intercorrências (Loughrey, Kelly, Kelley, Brennan, & Lawlor BA, 2018).

Os fonoaudiólogos apresentaram estratégias de estimulação da memória, a partir de leituras, jogos, palavras-cruzadas, dentre outros recursos. Orientaram, ainda, sobre a ida ao médico para o acompanhamento periódico e a tomada de medidas terapêuticas em caso de necessidade.

No tocante a presbifagia, muitos idosos relatam episódios de engasgo com a própria saliva ou algumas consistências alimentares. Muitas vezes, esses episódios são subestimados pelos idosos ou familiares *("É só um engasgo simples... tossiu, passa..."*), porém o seu agravamento pode levar a repetidas intercorrências de saúde, o que inclui as peneumonias repetitivas por aspiração de alimentos. As intercorrências na deglutição podem afastar o indivíduo da sociedade, pois os afetados sentem receio de comer em público, uma vez que esses sintomas os caracterizam como doentes e incapacitados para si e para a família, requerendo cuidados psicológicos e físicos (Warnecke, Dziewas, Wirth, Bauer, & Prell, 2019).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.155-162

Na oficina sobre presbifagia, foram apresentadas estratégias facilitadoras para evitar engasgos e oferecer maior conforto e segurança durante a alimentação. Assim, demonstraram-se posturas alimentares, volume de ingesta de alimentos e consistências para dar ao idoso maior autonomia e proteção durante a deglutição.

Percebeu-se, durante os encontros, que os participantes possuíam conhecimento muito limitado sobre os quatro temas abordados, o que ocasionava angústia e medo dos agravos. Ademais, as orientações oferecidas foram bem recebidas pelos idosos e remeteram a sensação de segurança e autocontrole de sua saúde.

Os profissionais do CRAS, assim como os idosos que compareceram aos encontros, relataram que, após as intervenções, o público-alvo apresentou aumento nas práticas de autocuidado, dando continuidade à proposta de prevenção de doenças e promoção de saúde. Houve também um monitoramento das práticas abordadas nos encontros, o que foi feito pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da área assistida e por um idoso voluntário. Estes deram continuidade às orientações nos domicílios, o que se caracterizou como reforço às orientações sobre cuidados contínuos.

No decorrer das ações sociais e educativas, após a coleta de dados, os participantes relataram ter adquirido e empregado os conhecimentos obtidos sobre os cuidados com a saúde vocal, deglutição, audição e memória. Aqueles que apresentaram queixas sobre os assuntos abordados, foram encaminhados pelos facilitadores a fonoaudiólogos para avaliação e cuidados específicos.

Com esta vivência, notou-se que há a necessidade de dar prosseguimento às intervenções sobre saúde fonoaudiológica no âmbito do envelhecimento, além de abordar outras temáticas transdisciplinares, pois as estratégias adotadas estimulam o autocuidado. Os processos de educação em saúde buscam ampliar e fortalecer a autonomia social, muitas vezes, prejudicada na terceira idade (Barbosa, Martin, & Oliveira, 2020).

No decorrer dos encontros, observaram-se idosos mais orientados quanto aos temas abordados, saudáveis e autônomos em relação à sua saúde, além de conscientes sobre os aspectos da velhice e de como evitar, aceitar e tratar alterações relacionadas à memória, voz, deglutição e audição.

O envelhecimento ainda é visto por muitas pessoas como um estado patológico. A partir dos encontros, percebeu-se a importância de ter profissionais de saúde capacitados para lidar com a população idosa e suas necessidades, incluindo o fonoaudiólogo. Nesse sentido, a educação em saúde é o processo por meio do qual os profissionais de saúde participam do cotidiano da população, constituindo uma uma prática social crítica e transformadora, perceptivelmente indispensável (Farias, Assis, Dantas, Silva, Monteiro, Carvalho, Fernandes, & Bezerra, 2020).

4. Conclusões

Os resultados da intervenção mostraram que os objetivos dos encontros foram alcançados. A análise dos dados permitiu concluir que os participantes apresentaram melhoras no sentido esperado da intervenção, pois passaram a dar maior atenção às práticas educativas em saúde relativas à saúde vocal, deglutição, audição e memória. Verificou-se, ainda, que os idosos demonstraram maior autonomia, ao compreender e aplicar em seu cotidiano as orientações fonoaudiológicas.

Cabe ressaltar que são escassos os relatos sobre abordagens de promoção da saúde em parceria com os CRAS, por isso, sugere-se que haja mais intervenções dessa natureza para ampliar a disseminação de conhecimento em saúde para a população, como forma de prevenir doenças e aumentar a qualidade de vida dos idosos.

Ações futuras podem utilizar medidas observacionais para averiguar e melhor acompanhar as vivências dos conhecimentos obtidos, registar mudanças ao longo da intervenção ou indicadores de satisfação do paciente.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.155-162

Análises desse tipo auxiliam na interpretação dos resultados para melhor ajustar a metodologia dos encontros ao público-alvo, bem como reduzir as resistências na adesão aos hábitos saudáveis. Assim, tal estudo pode trazer importantes contribuições para o planejamento de ações futuras, adequando-as ao contexto e à população-alvo.

Os ganhos advindos de novos estudos que associem fonoaudiologia e saúde do idoso poderão fortalecer estratégias promotoras de saúde, interessando aos profissionais da saúde e da assistência social, pesquisadores, gestores, além de contribuir com as políticas públicas de educação, saúde e assistência social voltadas ao idoso.

A adoção de uma abordagem de investigação qualitativa permitiu verificar que os encontros com os idosos foram percebidos pelos participantes como proveitosos para a melhoria das condições de saúde do grupo, uma vez que propiciam o autocuidado e a autonomia. Essas evidências foram destacadas a partir dos registos nos diários de campo e discussões entre os facilitadores, o que favoreceu a análise de conteúdo e a interpretação das temáticas. Nessa perspectiva, a implantação de ações dessa natureza em outras UAPS e CRAS poderá atingir um número significativo da população e capacitá-la para atuar como uma rede de apoio social promotora de saúde.

Pode-se concluir que o envelhecimento saudável é resultado da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, integração social, suporte familiar e independência econômica. Para isso, fazem-se necessárias ações contínuas de educação em saúde que fortaleçam a rede de apoio aos idosos, além de destacar a importância de cuidados continuados e específicos voltados a esse público.

5. Referências

Barbosa, W. G., Martin, D. S., & Oliveira, A. F. (2020). Cultura da educação em saúde na prevenção de doenças em idosos. Revista OKARA: Geografia em debate, 14(1), 213-225.

Brasil. (2003). Lei nº 10741 de 3 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm

Brown, H. J., Zhou, D., & Husain, I. A. (2020). Management of presbyphonia: A systematic review of the efficacy of surgical intervention. Am J Otolaryngol., 41(4), 102532.

Carneiro, J. A., Gomes, C. A. D., Durães, W., Jesus, D. R., Chaves, K. L. L., Lima, C. A., Costa, F. M., & Caldeira, A. P. (2020). Autopercepção negativa da saúde: prevalência e fatores associados entre idosos assistidos em centro de referência. Ciência & Saúde Coletiva, 25(3), 909-918.

Chern, A., & Golub, J. S. (2019). Age-related Hearing Loss and Dementia. Alzheimer Dis Assoc Disord., 33(3), 285-290.

Farias, L. L. S., Assis, L. T. D., Dantas, R. B., Silva, F. C. S., Monteiro, V. C. M., Carvalho, P. R. S., Fernandes, C. C., & Bezerra, I. N. M. (2020). Ações de promoção à saúde vivenciada com grupo de isoso: um relato de experiência. Brazilian Journal of Development, 6(6), 33817-33828.

Fonseca, A. C. D., Estevam, S. R., Mariz, S. L. L., Oliveira, L. C., & Souza, C. M. P. (2021). Interdisciplinaridade na gestão do cuidado ao idoso. Brazilian Journal of Health Review, 4(2), 4045-4050.

Freire, P. (2013). Educação como prática da liberdade. 44. ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra.

Guckert, S. B., Souza, C. R., & Arakawa-Belaunde, A. M. (2020). Atuação fonoaudiológica na atenção básica na perspectiva de profissionais dos núcleos de apoio à saúde da família. CoDAS, 32(5), e20190102.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2019a). SIDRA: Estimativas de População - EstimaPop. Rio de Janeiro: IBGE. https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/EstimaPop/tabelas

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. (2019b). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - Características gerais dos domicílios e dos moradores 2018. Rio de Janeiro: IBGE. https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101654_informativo.pdf

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.155-162

Jafari, Z., Kolb, B. E., & Mohajerani, M. H. (2019). Age-related hearing loss and tinnitus, dementia risk, and auditory amplification outcomes. Ageing Res Rev., 56, 100963.

Lord, S. R., Delbaere, K., & Sturnieks, D. L. (2018). Aging. Handb Clin Neurol., 159, 157-171.

Loughrey, D. G., Kelly, M. E., Kelley, G. A., Brennan, S., & Lawlor, B. A. (2018). Association of Age-Related Hearing Loss With Cognitive Function, Cognitive Impairment, and Dementia: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg., 144(2), 115-126.

Kost, K. M., & Sataloff, R. T. (2018). Voice Disorders in the Elderly. Clin Geriatr Med., 34(2), 191-203.

Martins, A. M. E. D. B. L., Nascimento, J. E., Souza, J. G. S., Sá, M. A. B. D., Feres, S. D. B. L., Soares, B. P., & Ferreira, E. F. (2016). Associação entre transtornos mentais comuns e condições subjetivas de saúde entre idosos. Ciência & Saúde Coletiva, 21(11), 3387-3398.

Minayo, M. C. S. (2014). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed., São Paulo: Hucitec.

Minayo, M. C. S., Deslandes, S. F., & Gomes, R. (2013). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 33. ed. Petrópolis: Vozes.

Pinto, I. V. L., Reis, A. M. M., Almeida-Brasil, C. C., Silveira, M. R., Lima, M. G., & Ceccato, M. G. B. (2016). Avaliação da compreensão da farmacoterapia entre idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte, MG, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 21(11), 3469-3481.

Santos, R. G. O., Feitosa, A. L. F., Melo, A. M. S., & Canuto, M. S. B. (2018). Fonoaudiologia e Gerontologia: revisão sistemática da atuação Fonoaudiológica. Distúrb Comun., 30(4), 748-758.

Silva, S. G. M., Assunção, A. N., & Porto, V. F. A. (2020). Perfil fonoaudiológico de idosos participantes de grupos de convivência desenvolvidos na Atenção Primária à Saúde. Distúrb Comun., 32(2), 245-258.

Simões, C. C. S. (2016). Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais.

Warnecke, T., Dziewas, R., Wirth, R., Bauer, J. M., & Prell, T. Z. (2019). Dysphagia from a neurogeriatric point of view : Pathogenesis, diagnosis and management. Gerontol Geriatr., 52(4), 330-335.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.155-162

Eficácia da Reabilitação na mobilidade, prevenção e diminuição do risco de queda em doentes com Parkinson

Ricardo Loureiro[1], Rosa Martins[2], Joana Bernardo[1] e Susana Batista[3]

[1]Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Portugal | ricardo_loureiro_1@hotmail.com; joana_bernardo@live.com.pt | https://orcid.org/0000-0001-6135-2278; https://orcid.org/0000-0003-3614-9061

[2]Departamento de Enfermagem de Reabilitação da ESSV, Portugal | rmartins.viseu@gmail.com | https://orcid.org/0000-0001-9850-9822

[3]Departamento de Enfermagem de Reabilitação da ESSV, Portugal | susanapbatista@gmail.com | https://orcid.org/0000-0003-0256-6027

Resumo: Introdução: O doente com Parkinson apresenta frequentemente alterações na postura, diminuição da mobilidade e um maior risco de incidência de quedas. **Objetivos**: Avaliar a eficácia de programas de Reabilitação na melhoria da mobilidade, na prevenção e diminuição do risco de queda em doentes com Parkinson.Métodos: Utilizando a estratégia PICO, realizou-se uma Revisão Integrativa no período temporal 2012-2019. O corpus do estudo integrou 7 estudos primários, resultantes de pesquisa em bases de dados nacionais e internacionais. Seguiram-se os princípios propostos pela Cochrane Handbook. **Resultados:** Ficou demonstrada a eficácia dos planos de Reabilitação na melhoria da mobilidade e no risco de queda dos doentes. Os protocolos de intervenção de Enfermagem de Reabilitação devem incluir para além dos exercícios clássicos (treinos de marcha, de equilíbrio e correção postural), exercícios de estimulação propriocetiva, recurso à Realidade Virtual e intervenções tecnológicas. **Conclusões:** Os programas de Reabilitação instituídos nos doentes com Parkinson mostraram-se eficazes, contudo a introdução de novas estratégias de intervenção pode aumentar significativamente melhorias na saúde dos doentes.

Palavras-chave: Doença de Parkinson; Imobilização; Acidentes por Quedas; Enfermagem em Reabilitação.

Efficacy of Rehabilitation on Mobility, Prevention and Reduction of the Fall's Risk in Parkinson's Patients

Abstract: Introduction: The patient with Parkinson disease often presents changes in posture, decreased mobility and an increased risk of falling. **Objectives:** To evaluate the effectiveness of Rehabilitation programs in improving mobility, preventing and decreasing the risk of falling in Parkinson's patients. Methods: Using the PICO strategy, an Integrative Review was carried out in the period 2012-2019. The study corpus included 7 primary studies, resulting from research in national and international databases. The principles proposed by the Cochrane Handbook were followed.**Results:** The effectiveness of Rehabilitation plans in improving mobility and the fall´s risk for patients was demonstrated. The Rehabilitation Nursing intervention protocols must include, in addition to the classic exercises (gait, balance and postural correction training), proprioceptive stimulation exercises, use of Virtual Reality and technological interventions. **Conclusions:** The Rehabilitation programs instituted in patients with Parkinson's disease demonstrated to be effective, however the introduction of new intervention strategies can significantly improve the patients' health.

Keywords: Parkinson Disease; Immobilization; Accidental Falls; Rehabilitation Nursing.

1. Introdução

O processo de envelhecimento humano exige atualmente uma particular atenção pelas Ciências da Saúde. Trata-se de um processo, que tende a ser cada vez mais longo e simultaneamente acompanhado por alterações fisiológicas e biológicas associadas a processos degenerativos, cujas implicações negativas se fazem sentir sobretudo na capacidade funcional das pessoas (Rocha et al. 2017; Martins et al. 2018).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.163-171

A doença de Parkinson (DP), no leque das doenças progressivas e degenerativas do Sistema Nervoso Central, é das mais comuns, ocupando em Portugal o segundo lugar. Dados recentes do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2019) mostram que em Portugal, no ano de 2017, se registaram 935 mortes devido à DP, representando 0,8% da mortalidade no nosso país. À semelhança dos valores epidemiológicos a nível mundial, os homens apresentam uma maior taxa de mortalidade em relação às mulheres, com 0,9% do total de óbitos e 0,8% do total de óbitos em mulheres. E ainda segundo a Associação Portuguesa de Doentes de Parkinson (APDP, 2019), estima-se que em Portugal possam ser afetadas por esta doença entre 18000 a 20000 pessoas. A idade parece constituir-se como um fator de risco importante, uma vez que, cerca de 97% dos óbitos por DP ocorreram em pessoas com 65 e mais anos, e com uma percentagem de 85% em pessoas com 75 e mais anos. Dados do INE (2019) destacam ainda uma idade média de 82,7 anos nos óbitos por esta patologia.

A DP é, na perspetiva apresentada pela APDP (2019), uma doença crónica que afeta o sistema motor, ou seja, que envolve os movimentos corporais, levando a tremores, rigidez, bradicinesia, instabilidade postural e alterações da marcha. A instabilidade postural, associada à perda de reflexos posturais, provoca repercussões muito negativas no equilíbrio levando a um aumento muito significativo das quedas nestes pacientes (Santos, 2018). As quedas, constituem de facto uma situação comum nestes doentes, apresentando uma incidência que varia entre os 40 e os 70%, valores estes bastante superiores aos verificados em outras patologias neurológicas (Nielsen, Santos, Gering, & Sant'Ana, 2018). Embora se trate, de uma patologia reconhecida internacionalmente como doença do movimento, são vários os sintomas não motores que podem surgir, envolvendo múltiplas funções, como o ciclo de regulação sono-vigília, componente cognitiva e comportamental, humor, alterações específicas do sistema nervoso autónomo, funções sensoriais e de perceção da dor (Barbosa & Melo, 2017). Além do referido, condiciona a funcionalidade, a autonomia, a independência e a qualidade de vida, quer da pessoa portadora da doença, quer da própria família. Pelas razões apontadas, o controle e alívio da sintomatologia é fundamental e representa um enorme desafio para os profissionais de Saúde, sendo atualmente discutida pela comunidade científica, a importância de uma intervenção de Reabilitação multidisciplinar. Luz e Coronago (2017), dizem-nos que a terapêutica medicamentosa contribui sem dúvida para controlar os sintomas da doença, não obstante, com o passar do tempo ocorre uma perda da eficácia medicamentosa. Assim, propõem que o acompanhamento seja multidisciplinar, associando tratamento farmacológico e não farmacológico, dando especial enfoque a intervenções diferenciadas, inovadoras e integradas em programas de Reabilitação. Neste sentido e considerando as competências especializadas atribuídas aos Enfermeiros de Reabilitação (ER), cujo objetivo principal consiste em maximizar as capacidades motoras e minimizar ou atenuar as dificuldades (entre elas, a instabilidade postural e quedas) presentes no doente com Parkinson, pode trazer contributos fundamentais não só ao doente, mas também às famílias, às comunidades e à Saúde no geral (Lizon, Cholewa & Uher, 2017).

A revisão do estado da arte sobre a matéria, demonstra que as evidências científicas nacionais e internacionais existem numa pluralidade de estudos. Muitos deles, estão direcionados para a prevenção e redução do número de quedas em pessoas com DP, e descrevem a implementação de programas de Reabilitação, contudo, encontram-se neles grandes disparidades, não só nos processos de implementação, mas também nos resultados obtidos. Estes achados, justificam a presente Revisão Integrativa (RI), que tem por objetivo avaliar a eficácia de programas de Reabilitação na melhoria da mobilidade, na prevenção e diminuição do risco de quedas em doentes com Parkinson. A opção pelas metodologias qualitativas (narrativa dos estudos) de carater mais exploratório tem a vantagem de diminuir as incertezas sobre as melhores intervenções e estabelecer prioridades e eficácia na definição e implementação dos programas de reabilitação dirigidos ás pessoas com doença de Parkinson. É ainda nosso desejo, alargar o conhecimento científico em Enfermagem (com especial enfoque na área especializada em ER) e produzir evidências que alicercem intervenções reabilitadoras integradas na prática clínica, uma vez que, são ainda escassas em Portugal.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.163-171

Deste modo e de acordo com as linhas de orientação internacional *Cochrane Handbook* (2017), formulou-se a pergunta de partida segundo o acrônimo PICO: Que programas de Reabilitação (I) apresentam eficácia na melhoria da mobilidade, na prevenção e diminuição do risco de quedas (O), em doentes com Parkinson (P)?

2. Métodos

A população alvo desta RI são pessoas portadoras de DP. A pesquisa decorreu nos meses de Julho e Agosto de 2019 e foi realizada por dois autores de forma independente,no sentido de fazer validação por pares no processo de recolha de informação. Na ausência de consenso foi incluído um terceiro autor. Foi efetuada em bases de dados eletrónicas, nomeadamente: CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) complete, Cochrane Central Register of Controlled Trials, MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) complete, por apresentarem reconhecida idoneidade científica. Complementámos ainda a nossa pesquisa com as bases de dados Pubmed (Public Medline), PEDro (Base de Dados em Evidências em Fisioterapia) e Repositórios Institucionais. No sentido de identificar evidência científica mais atualizada, definiu-se como filtro cronológico 2012-2019 e os descritores utilizados foram retirados da MeSH Browser, sendo estes: “rehabilitation; “programs” “fall´s risk”; “nursing”; “Rehabilitation interventions,” nos idiomas português, inglês e espanhol, com os operadores boleanos *OR* e *AND.* Assim, obteve-se a fórmula: Parkinson´s disease OR people AND fall AND fall´s risk AND Nursing AND Rehabilitation interventions. Após a pesquisa dos estudos, foram ainda estabelecidos e aplicados critérios de seleção desses mesmos estudos, encontrando-se estes expressos no quadro 1.

Quadro 1. Critérios de seleção do estudo.

Critérios de seleção
Artigos publicados entre 2012 e 2019 (inclusive).
Artigos publicados cuja população alvo seja a pessoa com DP. São excluídos estudos que simultaneamente apresentem uma ou mais comorbilidades sem relação com a doença.
Artigos que avaliem a eficácia de programas de Reabilitação em pessoas com DP, direcionados à melhoria da mobilidade, da prevenção e diminuição do risco de queda.
Estudos que demonstram benefícios de programas de Reabilitação na melhoria da mobilidade e/ou na prevenção e diminuição do risco de queda em pessoas com DP.
Artigos escritos em português, inglês e espanhol.

Posteriormente, a avaliação da qualidade dos estudos foi realizada por dois autores de forma independente, uma vez que a avaliação da sua qualidade se torna fundamental, devido às implicações na tomada de decisão na prática baseada na evidência. O Joanna Briggs Institute (JBI) propõe uma avaliação metodológica dos ensaios clínicos, que pressupõe a avaliação do risco de viés, ou seja, erros sistemáticos no desenho, condução e análise dos estudos quantitativos, que possam ter impacto na validade das inferências desses estudos (JBI, 2015). Em Portugal, Carneiro (2008), Diretor do Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência (CEMBE) e da Cochrane Portugal, propõe uma grelha de análise crítica de ensaios clínicos, aos quais atribui um score de classificação final. De acordo com esta classificação, só são considerados de qualidade os estudos com pontuação igual ou superior a 75%, critérios estes, aplicados nesta revisão. Dado tratar-se de uma RI, o presente estudo não foi submetido à Comissão de Ética da Instituição de Ensino onde foi realizado, porém, todos os trabalhos utilizados foram devidamente citados e referenciados, respeitando os direitos de autor. Assim, num primeiro momento, obtivemos uma lista (com título e resumo) de 3253 artigos filtrados, que foram submetidos a uma avaliação crítica por dois revisores, de forma independente, com base na relevância do tipo de estudo, dos participantes e das intervenções para a revisão em curso.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.163-171

Após seleção dos estudos por parte de cada revisor resultou por consenso, a exclusão de 2356 artigos pelo título, e 350 por se encontrarem repetidos, ficando, portanto, 547 artigos.

Destes, após leitura de resumos, e aplicação de testes de relevância I (que consistem em estar ou não em concordância com a questão orientadora) foram excluídos 501, ficando assim 46 artigos para prosseguir a respetiva seleção. Num segundo momento, procedeu-se à leitura integral dos 46 artigos (em texto completo) e à luz dos critérios e dos testes de relevância II, (que consistem na aplicação dos critérios de seleção), foram excluídos 41, e selecionados apenas 7 artigos. Os valores de score total apresentados nos estudos oscilaram entre o mínimo de 84.21% (E3) e máximo de 94.74% (E5). Os procedimentos metodológicos anteriormente descritos e que compreenderam a seleção das publicações para esta RI, encontram-se ilustrados no fluxograma da figura 1.

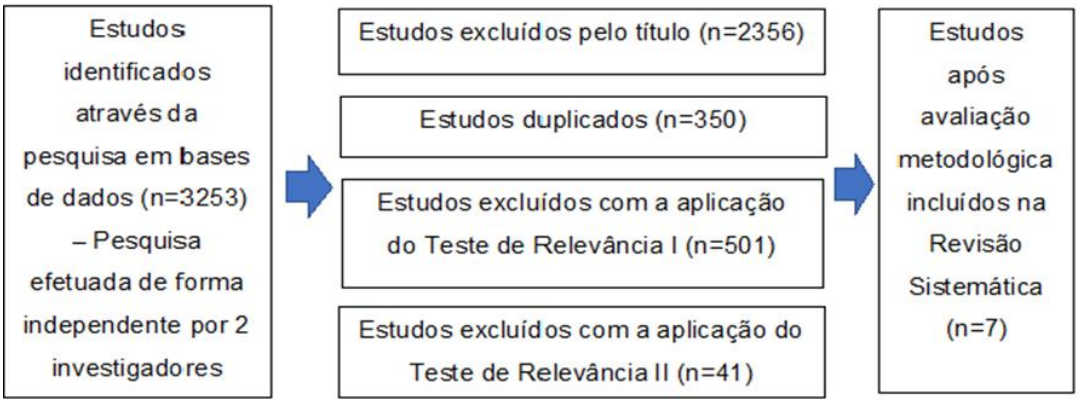


Fig. 1. Fluxograma do processo de pesquisa e seleção de estudos.

Por fim, os resultados do corpus dos artigos incluídos na RI, foram agrupados num quadro e objeto de síntese narrativa.

3. Resultados

Os dados que resultaram da análise dos sete artigos que compõem o *corpus* deste estudo, irão ser apresentados de forma sintética no quadro 2. Por um lado, verifica-se que são estudos realizados à escala global, em diferentes zonas geográficas do Mundo, como sejam o continente Americano (América do Norte e do Sul), Europa e Ásia. Não obstante da sua localização geográfica, os estudos demarcam-se entre si pela diversidade de atualizações no que concerne à conceção de cuidados e à implementação de intervenções em Reabilitação na DP. O quadro 2 expressa informações relativas aos autores, ano de publicação e país, tipo de estudo, amostras, intervenções e sínteses dos resultados.

Quadro 2. Resumo dos estudos incluídos na revisão.

Estudos/Autores/País	Tipo de Estudo	Participantes/Intervenções/Evidencia alcançada
E1 Santos et al. (2012). Brasil	Estudo primário prospetivo	Participantes- 33 pacientes com DP. Intervenções- Exercícios terapêuticos de força, resistência e flexibilidade, efetuados durante 60 minutos, 3 vezes por semana ao longo de 12 semanas no domicílio. Resultados- Melhorias nas atividades de vida diária (AVD), na função motora e na mobilidade.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.163-171

Estudos/Autores/País	Tipo de Estudo	Participantes/Intervenções/Evidencia alcançada
E2 Ferrazzoli et al. (2018). Itália	Estudo clínico prospetivo e randomizado.	Participantes-186 pacientes com DP, integrando 93 o grupo de controlo (GC)e 93 o grupo experimental. Intervenções- Programa de Reabilitação multidisciplinar – 1 hora por semana durante 10 semanas com 2 avaliações. Resultados- Melhoria significativa na mobilidade, nas AVD, bem-estar emocional, suporte social, cognição, comunicação e qualidade de vida, apenas na última avaliação.
E3 Kwok et al. (2017). China	Estudo clínico prospetivo e randomizado.	Participantes-126 pacientes com DP, integrando 63 o grupo experimental (GE) e 63 o GC. Intervenções- No GE, treino de força e resistência, associado a sessões de yoga, 90 minutos por semana durante 8 semanas. No GC, uma sessão semanal de 60 minutos de treino de força e resistência muscular. Resultados- Melhorias na flexibilidade, marcha e equilíbrio, maior relaxamento corporal e função mental apenas no GE.
E4 Bekkers et al. (2014). Estados Unidos da América	Estudo prospetivo randomizado controlado	Participantes- 26 pacientes com DP com história de quedas; 13 pacientes no GE e 13 no GC; Intervenções- exercícios terapêuticos de informação propriocetiva no controlo postural (vibração do tendão de Aquiles) Resultados- maior equilíbrio corporal médio-lateral e ântero-posterior, no GE.
E5 Liao et al. (2015). China	Estudo clínico quantitativo, estratificado, randomizado e controlado.	Participantes- 36 pacientes com DP divididos em 3 grupos: -12 no grupo 1;12 no grupo 2; e 12 no GC. Intervenções- G1- Efeito da Realidade Virtual (estimulação visual e auditiva);G2- Exercícios terapêuticos clássicos;GC-Sem intervenção. Resultados- Melhorias a contornar os obstáculos na postura e na velocidade de movimento - G1.Melhorias no equilíbrio dinâmico e organização sensorial no G2.
E6 Silva et al. (2019) Brasil.	Estudo clínico prospetivo e randomizado	Participantes-18 pacientes com DP (8 no GE e 10 no GC). Intervenções- Foram realizadas 15 sessões de reabilitação física, cada uma com a duração de 40 minutos e 2 vezes por semana, nos dois grupos. No GE, foi associada exercitação mental, com a duração de 15 minutos por sessão (sequencia de passos). Resultados- Melhor avaliação no Índice de marcha dinâmica, melhoria da mobilidade funcional com redução do risco de queda e menor tempo de execução real do passo no GE.
E7 Shen et al. (2015). China	Estudo clínico prospetivo e randomizado.	Participantes- 51 pacientes com DP (26 no GE e 25 no GC). Intervenções- programa tecnológico inovador (computorizado) para o equilíbrio corporal e treino de marcha no GE (duração de 12 semanas, em que nas primeiras 8 com uma frequência de 3 sessões por semana em laboratório e nas últimas 4 semanas em contexto domiciliário, com 5 dias de sessões semanais). GC- Programa de fortalecimento muscular. Resultados- Diminuiu o número de quedas no GE aos 3, 6 e 15 meses após o início da intervenção; aumento do comprimento do passo e no apoio do pé. Aumento da velocidade da marcha nos dois grupos.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.163-171

4. Discussão dos Resultados

Os estudos incluídos nesta revisão, como se constatou, são maioritariamente clínicos, prospetivos e randomizados controlados, com diversos instrumentos de avaliação, porém permitindo a avaliação da eficácia de intervenções dos programas de Reabilitação em pessoas portadoras da DP. A análise individualizada dos estudos mostrou alguma homogeneidade no desenho dos estudos, mas uma grande heterogeneidade relativamente ao número da amostra, aos objetivos formulados, às variáveis estudadas e ao tipo de intervenção aplicada. Esta heterogeneidade impossibilitou a realização de metanálise, o que viria aumentar a objetividade e validade dos achados.

A amostra dos estudos referidos era composta por doentes com DP, em estádios da doença diferenciados (III, IV e V) e as idades oscilaram entre os 48 e os 77 anos. Globalmente, os estudos apresentavam GE e GC (sem intervenção ou com intervenção diferenciada). Utilizaram maioritariamente, como método de avaliação da eficácia dos programas de Reabilitação e questionários, aplicados em diferentes momentos. Foram feitos antes e depois da intervenção e em alguns casos às 2ª, 4ª, 8ª, 12ª e 18ª semanas após intervenção. Veja-se a este propósito que a eficácia das intervenções se diferenciou pela positiva tendo por base o período temporal em que decorreram os programas. O E1 de Santos et al. (2012) mostrou melhores resultados no desempenho das AVD, na mobilidade e equilíbrio apenas na avaliação efetuada à 12ª semana de intervenção. Estes dados estão alinhados com os de Lizon, Cholewa, & Uher (2017),ao enfatizar as melhorias verificadas sobretudo no autocuidado e na mobilidade.

Similarmente o E2 de Ferrazzoli et al (2018), revelou que após 2 semanas de implementação do PR, não se encontraram melhorias nas atividades pretendidas, contudo à 10ª semana, a avaliação traduziu resultados bem mais satisfatórios, sendo as diferenças estatísticas significativas ($p<0.001$) nos resultados do Global Index Score (GBI). As melhorias verificaram-se globalmente na mobilidade, nas AVD, no bem-estar emocional, suporte social, e cognição. O E5 de Liao, Yang, Cheng, Wu, Fuh & Wang (2015) mostrou também que o equilíbrio dinâmico e a organização sensorial foram dimensões que melhoraram de forma significativa entre a 4º e a 8ª semana de intervenção. O E7 de Shen e Mak (2015), vem também reforçar a pertinência dos períodos de realização dos programas, ao concluírem que o número de quedas no GE diminui de forma continuada, aos 3, 6 e 15 meses após o início das intervenções. Luz e Coronago (2017) afirmam que os programas de reabilitação continuadados demonstram níveis de eficácia superiores quando comparados com outros mais curtos sobretudo ao nível da postura, da mobilidade e na prevenção das quedas.

A análise do tipo de intervenções e programas instituídos demonstra que na generalidade dos estudos existiu a implementação de exercícios terapêuticos direcionados à dimensão física como o treino de força, resistência e flexibilidade, treino de equilíbrio corporal e ainda o treino de marcha. Porém, é de realçar aspetos inovadores que resultaram da associação de outras metodologias de intervenção e que se revelaram muito positivos. Veja-se o caso de E3 de Kwok, Kwan, Auyeung, Mok & Chan (2017) que implementou num dos grupos uma sessão semanal de Yoga de 90 minutos durante 8 semanas, associado ao treino de força e resistência muscular. Os benefícios encontrados neste grupo foram uma melhoria na flexibilidade, marcha e equilíbrio, maior relaxamento corporal e bem-estar holístico. Segundo os autores, a estimulação da perceção corporal em termos de mobilidade (reforçada pelo Yoga) melhorou sintomas motores, diminuiu instabilidade postural e aumentou a capacidade funcional das pessoas com DP, sugerindo a sua implementação como parte integrante de um Plano de Reabilitação neste tipo de doentes. Estes dados são parcialmente corroborados pelos de Souza et al. (2017) ao demonstrarem que as sessões de yoga podem ser tão eficazes quanto os treinos de alongamento e resistência para quem tem Parkinson. Porém, no que diz respeito à redução de ansiedade á depressão e bem-estar, o yoga teve melhor desempenho que os demais exercícios.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.163-171

O E4 de Bekkers et al. (2014) dá também especial ênfase ao efeito terapêutico da informação propriocetiva no controlo postural em doentes com Parkinson, com história prévia de quedas. Os resultados demonstraram diferenças estatisticamente significativas no grupo experimental (valor de p=0.043), comparado com o grupo de controlo, no que concerne ao maior equilíbrio corporal médio-lateral do primeiro grupo. Não obstante, em relação à direção antero-posterior, os resultados demonstram diferenças estatisticamente significativas no equilíbrio corporal em superfícies instáveis e na presença de vibração do tendão de Aquiles em comparação com a presença sobre superfícies estáveis (valor de p<0.001). Resultados semelhantes são apresentados por Nielson et al. (2018) ao verificarem que o treinamento que inclua exercícios de proprioceção, melhora significativamente a postura e a capacidade de manter o equilíbrio durante condições de instabilidade.

O estudo 5 realizado por Liao, Yang, Cheng, Wu, Fuh e Wang (2015) pretendia avaliar o efeito provocado pela Realidade Virtual (através de estimulação visual e auditiva), na forma como os doentes com Parkinson ultrapassam determinados obstáculos, na marcha e no equilíbrio corporal. Em relação a contornar os obstáculos, o primeiro grupo apresentou melhorias estatisticamente significativas (valor de p<0.05), comparado com o grupo de controlo. Para além deste resultado, o grupo que teve acesso às sessões com Realidade Virtual exibiu melhores índices do que os participantes com programa de exercícios terapêuticos, nomeadamente com alterações estatisticamente significativas na postura e na velocidade de movimento (p<0.05). Este facto foi confirmado por um estudo desenvolvido por Tan et al. (2014), que concluiu que o tratamento com realidade virtual, melhorou a qualidade de vida dos idosos com doença de Parkinson, com especial ênfase para a percepção de qualidade de vida relacionada com o bem-estar emocional e estigma, seguidos da mobilidade e cognição. Sugere ainda, que o enfrentamento da doença de Parkinson deve contemplar, além de seus sinais e sintomas, aspectos relacionados à qualidade de vida, a fim de não subestimar a complexidade do sujeito e a repercussão subjetiva da doença e/ ou tratamento.

O E6 realizado por Silva et al (2019) pretendia avaliar os efeitos da exercitação mental associada à reabilitação física motora sobre a marcha e o risco de queda em pessoas com DP. Os resultados demonstraram diferenças estatisticamente significativas do grupo experimental (p<0.05) na avaliação do Índice de marcha dinâmica, considerando os autores que após a intervenção (com exercitação mental) houve melhoria da mobilidade funcional com redução do risco de queda dos doentes. Consideram ainda, que uma melhor aprendizagem motora é de grande importância para os doentes, ao permitir o armazenamento e consolidação de informações motoras na memória de longo prazo, promovendo-se igualmente o aumento da precisão espacial e temporal do movimento. De forma similar o E7 de Shen e Mak (2015), pretendia avaliar os efeitos de um programa tecnológico para o equilíbrio corporal e de treino de marcha na redução de quedas em doentes com DP. Os resultados demonstraram que o grupo submetido ao programa tecnológico registou um aumento significativo do comprimento do passo e no tempo de apoio do pé. Apesar do aumento na velocidade da marcha verificado nos dois grupos, os autores consideram importante a incorporação de novos sistemas tecnológicos, uma vez que estes podem contribuir para o incremento de mais e melhor inovação científica no domínio da Reabilitação em doentes com Parkinson. Estes resultados constituem-se como reforço e validação dos já sugeridos por diferentes estudos, desde a APDP, (2019), Santos, (2018) e Tan et al. (2014), ao recomendarem a implementação de programas multi e interdisciplinares nos pacientes com esta patologia.

5. Conclusões

A evidência destes estudos primários sugere uma eficácia efetiva dos programas de Reabilitação, com relevância estatística significativa, em diferentes dimensões. As melhorias observadas, foram além do foco principal do nosso estudo. Constatámos que revelaram melhoria da mobilidade (todos os estudos); diminuição e/ou prevenção do risco de quedas (E5, E6 e E7); melhoria nas AVD (E1 e E2) e melhoria do bem-estar dos sujeitos (E1, E2 e E3).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.163-171

Um outro aspeto que consideramos relevante foi a introdução de novas estratégias de intervenção nos programas implementados, revelando-se estas também eficazes nas melhorias pretendidas. Nestas intervenções estão incluídas as sessões de Yoga (E3), o efeito terapêutico da informação propriocetiva no controlo postural (E4), o recurso á realidade virtual (através de estimulação visual e auditiva) (E5), os efeitos da exercitação mental associada à reabilitação física motora (E6) e ainda o recurso a programas tecnológicos (E7).

Igualmente interessante, é o local de realização dos programas: de facto a sugestão de programas de Reabilitação domiciliários dirigidos às pessoas/ famílias, possibilita a implementação de planos diferenciados e ajustados às condições circunstanciais do doente com Parkinson fora do ambiente hospitalar.

Foram consideradas limitações desta pesquisa: o número reduzido de estudos; as diferenças metodológicas seguidas, dificultando a comparabilidade e generalização de resultados; a limitação do idioma escrito (português, espanhol e Inglês) sentida na tradução dos descritores; a inexistência de programas de Reabilitação implementados apenas por ER. Pese embora, a complexidade e diversidade dos estudos apresentados (mas sempre respondendo às questões de investigação), consideramo-los importantes ao permitir que novas atualizações de cariz técnico-científico possam ser equacionadas e integradas nos programas de Reabilitação para aplicação em contexto de cuidados.

Como implicações, reforçamos a necessidade de promover mais Investigação sobre o tema em análise, com validação e avaliação dos programas de Reabilitação que demonstrem eficácia na melhoria da mobilidade, na prevenção e na diminuição do risco de queda em doentes com Parkinson. Propomos ainda estudos com metodologias semelhantes de modo a aumentar a capacidade de comparação e possibilidade de criação de recomendações das evidências clínicas. Quanto às implicações para a prática, recomendamos a elaboração de programas de Reabilitação estruturados que integrem um misto de intervenções “clássicas” e novas abordagens terapêuticas (acima explicitadas) pois parece ser evidente a obtenção de resultados

O incremento da produção científica na área específica da Enfermagem de Reabilitação é um processo desafiador, por permitir adquirir e desenvolver competências e habilidades fundamentais na sua prática profissional quotidiana.

6. Referências

Associação Portuguesa de Doentes de Parkinson. (2019). *Manual para pessoas com Parkinson.* https://apdpk298646906.files.wordpress.com/2019/11/parkinson-manual__pt.pdf

Barbosa, E. R., & Melo, L. M. (2007). Importância das manifestações não motoras da doença de Parkinson. *Revista Neurociências, 15,* 51-60. http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2007/RN%2015%2001/Pages%20from%20RN%2015%2001-8.pdf

Bekkers, E. M. J., Dockx, K., Heremans, E., Vercrruysse, S., Verschueren, S. M. P., Mirelman, A., & Nieuwboer, A. (2014). The contribution of proprioceptive information to postural control in elderly and patients with Parkinson’s disease with a history of falls. *Frontiers in Human Neuroscience, 8,* 1-9. doi: doi.org/10.3389/fnhum.2014.00939

Carneiro, A. V. (2008). Como avaliar a investigação clínica: O exemplo da avaliação crítica de um ensaio clínico. *Jornal Português de Gastrenterologia, 15*(1), 30-36. http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-81782008000100007&lng=pt&tlng=pt

Ferrazzoli, D., Ortelli, P., Zivi, I., Veronica, C., Urso, E., Ghilardi, M., … Frazzitta, G. (2018). Efficacy of intensive multidisciplinary rehabilitation in Parkinson’s disease: A randomised controlled study. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 89,* 828-835. doi: 10.1136/jnnp-2017-316437

Instituto Nacional de Estatística. (2019). *Causas de morte 2017*. Lisboa, Portugal: INE.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.163-171

Joanna Briggs Institute (2015). *The Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2015: Methodology for JBI scoping reviews.* http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping- -Reviews_2015_v2.pdf

Kwok, J. Y. Y., Kwan, J. C. Y. K., Auyeung, M., Mok, V. C. T., & Chan, H. Y. L. (2017). The effects of yoga versus stretching and resistance training exercises on psychological distress for people with mild-to-moderate Parkinson´s disease: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials, 18*, 1-13. doi: 10.1186/s13063-017-2223-x

Liao, Y. Y., Yang, Y. R., Cheng, S. J., Wu, Y. R., Fuh, J. L., & Wang, R. Y. (2015). Virtual reality–based training to improve obstacle-crossing performance and dynamic balance in patients with Parkinson's disease. *Neurorehabilitation and Neural Repair, 29*(7). doi: 10.1177/1545968314562111

Lizon, K., Cholewa, J., & Uher, I. (2017). Influence of physical rehabilitation on social networks and quality of life among people with Parkinson´s disease. *Journal of Physical Education and Health*, *10,* 35-42. http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-e98e13fc-20ea-4078-b8a7-3a7471dbb548

Luz, K. P. S., & Coronago, V. M. M. O. (2017). A doença de Parkinson na pessoa idosa e a relação com sua qualidade de vida. *Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, *11*(35), 116-136. doi: 10.14295/idonline.v11i35.720

Martins, R., Figueiredo, A., Andrade, A., Albuquerque, C., & Martins, C. (2018). Investimento na vida pessoal em idosos institucionalizados. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, *1*(1), 7-15. doi: 10.37914/riis.v1i1.24

Nielsen, M. B., Santos, Y. F., Gering, E., & Sant'Ana, J. E. (2018). Sinais prodrómicos na doença de Parkinson: Prevalência da constipação intestinal. http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/cadernos-educacao-saude-fisioter/article/view/1944

Rocha, L. S. O., Mineshita, N. H., Sobral, L. L., Santos, M. C. S., & Rocha, R. S. B. (2017). Influence of global postural reeducation method on respiratory muscle strenght and parkinsonian quality of life. *Manual Therapy, Posturology & Rehabilitation Journal*, *15*. doi:10.17784/mtprehabjournal.2017.15.504

Santos, A. R. S. (2018). *Sintomas não motores na doença de Parkinson: Estudo qualitativo exploratório* [Dissertação de mestrado]. Universidade de Lisboa, Portugal.

Santos, V. V., Araújo, M. A., Nascimento, O. J. M., Guimarães, F. S., Orsini, M., & Freitas, M. R. G. (2012). Effects of a physical therapy home-based exercise program for Parkinson's disease. *Fisioterapia e Movimento, 4*(25), 709-715. doi: 10.1590/S0103-51502012000400003

Shen, X., & Mak, M. K. Y. (2015). Technology-assisted balance and gait training reduces falls in patients with Parkinson's disease: A randomized controlled trial with 12-month follow-up. *Neurorehabilitation and Neural Repair, 29,* 103-111. doi: 10.1177/1545968314537559

Silva, L. P., Duarte, M. P. S., Souza, C. C. B., Lins, C. C. S. A., Coriolano, M. G. W. S., & Lins, O. G. (2019). Efeitos da prática mental associada à fisioterapia motora sobre a marcha e o risco de quedas na doença de Parkinson: Estudo piloto. *Fisioterapia e Pesquisa, 2,* 112-119. doi: 10.1590/1809-2950/17012926022019

Sousa, A.S., Lopes, K. L., Fragnani, S. G., Nery, T., Werner, E., Bezerra, P. P. (2017). Physiotherapy associated with yoga and musicotherapy in parkinson's disease: clinical trial. *Rev Bras de Neurol.* 53(3): 31-40, 2017 https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/12/876875/rbn-533-4-fisioterapia-associada-a-yoga.pdf

Tan, S. B., Williams, A. F., & Kelly, D. (2014). Effectiveness of multidisciplinar interventions to improve the quality of life for people with Parkinson´s disease: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies, 51*(1), 166-174. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.03.009

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.163-171

Avaliação e Ensino na pós graduação em Ensino na Saúde, diferentes momentos de um mesmo processo: Um estudo de caso

Maria Viviane Lisboa de Vasconcelos[1], Cynthia de Jesus Freire[1], Bruna de Sá Duarte Auto[1], Silmara Santos Vieira[1], Tiago Perez Leitão Maciel[1] e Célia Maria Silva Pedrosa[1]

[1]Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Alagoas, Brasil | camposdelisboa@gmail.com; cynthiamola@hotmail.com; brunaduarte100@gmail.com; silnara12@gmail.com; tiago_plm@hotmail.com; celpedrosa@gmail.com | https://orcid.org/0000-0002-7861-7225; https://orcid.org/0000-0001-5462-567X; https://orcid.org/0000-0001-7316-2914; https://orcid.org/0000-0002-1868-4143; https://orcid.org/0000-0001-7051-5876; https://orcid.org/0000-0002-9661-6066

Resumo: O trabalho apresenta um estudo de caso sobre a implementação do ensino híbrido com metodologias ativas para o treinamento de habilidades no ensino da avaliação na pós-graduação em Ensino na Saúde. O objetivo da pesquisa foi analisar as concepções dos mestrandos (docentes e preceptores) do curso de pós-graduação em Ensino na Saúde sobre o treinamento de habilidades no ensino de avaliação do aluno. Trata-se de um estudo de caso único (instrumental, do tipo educacional e com abordagem mista) desenvolvido a partir de uma atividade prática oferecida para 20 pós-graduandos da disciplina de Avaliação no Ensino na Saúde. As metodologias ativas presenciais foram intercaladas com momentos de produção on-line. Como instrumentos, utilizaram-se um questionário semiestruturado, o método de avaliação do treinamento de Kirkpatrick e o diário do professor. Os dados construídos foram submetidos à técnica de análise de conteúdo e à análise estatística. Apenas 20% dos pós-graduandos referiram conhecimento prévio em métodos de avaliação. Todos consideraram a estratégia utilizada adequada e relevante para o ensino do conteúdo proposto e relataram o uso do aprendizado em seu trabalho. A pesquisa qualitativa por meio do estudo de caso, demonstrou que uso de metodologias ativas permite solidificar o conteúdo almejado e aumentar a interação entre a equipe no meio acadêmico.

Palavras-chave: Educação na Pós-graduação em Saúde; Educação em Saúde; Avaliação em Saúde; Avaliação do Ensino; Estudo de Caso.

Assessment and Teaching in the Postgraduate Course in Health Education, Different Moments of the Same Process: A Case Study

Abstract: The work presents a case study on the implementation of hybrid teaching with active methodologies for the training of skills in the teaching of evaluation in the postgraduate course in Health Education. postgraduate course in Health Education on skills training in the teaching of student assessment. This is a single case study (instrumental, educational type and with a mixed approach) developed from a practical activity offered to 20 graduate students in the discipline of Evaluation in Health Education. The active face-to-face methodologies were interspersed with moments of online production. As instruments, a semi-structured questionnaire, the Kirkpatrick training evaluation method and the teacher's diary were used. The constructed data were submitted to the technique of content analysis and statistical analysis. Only 20% of graduate students reported previous knowledge in assessment methods. All considered the strategy used adequate and relevant for teaching the proposed content and reported the use of learning in their work. The study demonstrated that the offer through active methodologies allows to solidify the desired content and to increase the interaction between the team in the academic environment.

Keywords: Health Graduate Education; Health Education; Health Assessment; Teaching Assessment; Case study.

1. Introdução

A educação na área da saúde exige do professor além de conhecimentos técnicos específicos em sua área de atuação habilidades e práticas pedagógicas voltadas para a construção de competências profissionais, cabendo ao docente a escolha das metodologias de aprendizagem mais adequadas para atendê-las.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.172-184

Com a disponibilidade e a possibilidade do uso das tecnologias digitais de informação e comunicação (TDICs) em educação, foram criadas condições para o desenvolvimento de metodologias ativas que combinam atividades presenciais e atividades realizadas *on-line*, conhecidas como *blended learning* ou ensino híbrido (Valente, 2014; Valente, Almeida, & Geraldini, 2017).

O ensino híbrido é uma abordagem pedagógica que define programas educacionais que utilizam mais de uma modalidade de aprendizagem ou de formação integrada, por meio da combinação de atividades em sala de aula com atividades *on-line*, otimizando espaços, tempos e metodologias, com o objetivo de oferecer as melhores experiências de aprendizagem e obter o melhor resultado possível entre os estudantes. Nos momentos síncronos, os estudantes, em grupo, participam de práticas reais e imersivas, o que visa a a troca de conhecimentos em tempo real. No momento assíncrono, o estudante, individualmente, utiliza as plataformas de aprendizagem para desenvolver as atividades, exercendo seu controle e flexibilidade sobre o tempo, o lugar, o modo e/ou o ritmo de estudo (Christensen, Horn, & Staker, 2013; Valente, 2014; Moran, 2015).

Dentre os modelos de ensino híbrido, tem-se o modelo por rotação, no qual os estudantes se revezam em atividades realizadas em diferentes modalidades de ensino, sendo pelo menos uma delas ensino *on-line*, seguindo um roteiro fixo ou a critério do professor. O modelo de rotação por estações é aquele no qual os estudantes se revezam dentro do ambiente de uma sala de aula (Christensen, Horn, & Staker, 2013; Valente, 2014).

Na dimensão do trabalho docente, a avaliação é parte integrante e estratégica do processo de ensino e aprendizagem, provendo informações que contribuem para seu aprimoramento (Pereira, Flores, & Niklasson, 2016). Apesar das mudanças no modo de avaliar ocorridas no último século, o processo é, ainda, um desafio para docentes e instituições. As limitações físicas e de recursos humanos institucionais e a formação docente dos educadores em avaliação frequentemente restringem o processo avaliativo a testes cognitivos e a avaliações somativas, quando é a avaliação formativa a peça que impulsiona e se integra à aprendizagem (National Center for Biotechnology Information, 2014). Dessa forma, exige-se dos docentes, colaboradores e instituições de ensino muita persistência e empenho.

Dessa maneira, além do aspecto formativo da avaliação, é essencial que durante a formação os profissionais da saúde sejam avaliados de maneira global, incluindo as habilidades cognitivas, psicomotoras e de comunicação, além dos atributos de bom profissional. Para isso, a escolha do método avaliativo necessita estar alinhada aos objetivos de aprendizagem e aos tipos de competências cujo domínio se quer alcançar (Preston et al., 2020). Para tanto, o estudante precisa ter acesso regular às evidências do seu progresso, a partir de um processo avaliativo formativo e continuado, por meio de uma variedade de métodos, registros personalizados do seu desempenho individual e oferta de *feedback* oportuno (Centers for Disease Control and Prevention, 2012).

Os educadores da área de saúde, em sua maioria, não têm formação no campo da avaliação (Auto et al., 2020), reproduzindo modelos e sendo intuitivos. Além disso, em um país de dimensões continentais como o Brasil, o nível de formação didático-pedagógica dos docentes universitários se apresenta em diferentes compassos de aprimoramento (Centers for Disease Control and Prevention, 2012).

Na comunidade universitária, a discussão sobre desenvolvimento docente é crescente, e observa-se um avanço, nos cursos de pós-graduação acadêmicos e/ou profissionais, no sentido de fornecer formações didático-pedagógicas, com o intuito de preparar profissionais docentes com competência pedagógica.

Desde 2019, o Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Mestrado Profissional em Ensino na Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas – Brasil, de caráter multiprofissional, oferta a disciplina de Avaliação no Ensino na Saúde como componente curricular obrigatório para todos os mestrandos matriculados no curso.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.172-184

A disciplina tem como um dos focos centrais a discussão de métodos avaliativos inovadores, com o intuito de provocar novas reflexões nos pós-graduandos, enquanto docentes e preceptores, permitindo o ensino de diferentes habilidades a partir dos recursos disponíveis.

Nesse cenário, despontam as metodologias ativas: estratégias pedagógicas que colocam o foco do processo de ensino-aprendizagem no estudante, tornando-o protagonista de sua aprendizagem, criando oportunidades de ensino que transformam conhecimento em ação, desenvolvendo no estudante habilidades cognitivas, capacidade crítica e reflexiva sobre suas práticas. Isso envolve fornecer e receber *feedback*, aprendendo a interagir com colegas e professores, bem como explorando atitudes e valores pessoais e sociais (Valente, 2014; Moran, 2015; Valente, Almeida, & Geraldini, 2017).

Dessa maneira, emerge a pergunta norteadora dessa pesquisa: “Como o ensino híbrido e as metodologias ativas podem contribuir para tornar o aprendizado e o exercício no tema - avaliação do estudante e *feedback* - mais eficiente e atrativo?"

Assim, a pesquisa propôs analisar as concepções dos mestrandos (docentes e preceptores) do curso de pós-graduação em Ensino na Saúde sobre o treinamento de habilidades em avaliação do estudante na disciplina de Avaliação no Ensino na Saúde. O trabalho desenvolvido durante o processo de avaliação ofereceu dados que suscitaram entre os professores a necessidade de constituir um estudo de caso e compartilhar essas informações em um artigo científico.

Dessa maneira, utilizando uma abordagem que contemple as novas demandas educativas, optou-se pela pesquisa qualitativa, e com base na contemporaneidade do objeto em estudo, fez-se uso do estudo de caso como metodologia de investigação na educação e sua aplicabilidade.

2. Percurso Metodológico

Trata-se de um Estudo de Caso único, instrumental, educacional, com abordagem de métodos mistos concomitantes (Qual+quan) e que teve como unidade de análise definida o uso do Ensino Híbrido com Metodologias Ativas Inovadoras para aquisição de conhecimento e treinamento em métodos avaliativos no Programa de Pós-Graduação, nível Mestrado, na disciplina de Avaliação no Ensino na Saúde. O presente estudo enfatiza os *workshops* realizados para o desenvolvimento docente em avaliação do estudante, por meio da aprendizagem híbrida: metodologias ativas presenciais intercaladas com momentos de produção em ambiente virtual.

Este projeto foi desenvolvido segundo a metodologia do estudo de caso único, instrumental e educacional. Segundo Stake (1978), o estudo de caso procura retratar, naturalmente, a realidade do fenômeno educacional em sua inteireza, sem depender muito de artifícios analíticos utilizados por outros métodos mais tradicionais da investigação científica.

Yin (2005) sugere a análise de três fatores: o tipo de problema a ser resolvido, o controle que o investigador possui sobre os acontecimentos e o grau de foco em eventos contemporâneos, em contraste com eventos históricos.

Com relação ao tipo de problema, esta pesquisa é do tipo exploratória, tentando responder como o uso do ensino híbrido e das metodologias ativas, no curso de pós-graduação, pode melhorar a aquisição de conhecimento sobre métodos avaliativos na saúde para promover o desenvolvimento docente. Sobre o segundo ponto mencionado por Yin (2005), o controle sobre tais fenômenos por parte do investigador é muito pequeno, não podendo interferir diretamente nas decisões das mudanças focadas no trabalho. Por fim, trata-se de um caso contemporâneo, analisado no contexto da ministração da disciplina.

O caso único representa, segundo Yin (2005), o caso decisivo no que tange a testar uma teoria bem formulada, satisfazendo todas as condições para se confirmar, contestar ou estender tal teoria.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.172-184

Morin (2002) traz um novo olhar para os Estudos de Caso em diferentes áreas do conhecimento, quando afirma que é preciso encontrar o caminho de um pensamento multidimensional que integre e desenvolva formalização e quantificação, mas que não se restrinja a isso, uma vez que a realidade é multidimensional e comporta as dimensões individual, social, biológica, econômica e demográfica.

Segundo Creswell e Plano Clark (2007 apud Creswell, 2010), a pesquisa com métodos mistos é um tipo de abordagem investigativa que associa as formas qualitativas e quantitativas, de maneira sequencial ou concomitante. Para os autores, é mais que coletar e analisar dois tipos de dados, envolvendo o uso das abordagens em conjunto, de maneira que o produto final do estudo seja maior do que uma das abordagens isoladamente.

Para Chizzotti (2011) a pesquisa qualitativa usando ou não quantificações, fundamentando-se em teorias metodológicas apropriadas, e com base no entendimento de que as interações humanas e sociais constroem realidades, pretende interpretar o sentido dos eventos a partir do significado que as pessoas lhe atribuem, considerando o modo como elas falam e agem. Neste caso, o objetivo não é a análise dos sujeitos em si, mas de seus conhecimentos, práticas, comportamentos e atitudes.

2.1 Aspectos Éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alagoas, não havendo conflitos de interesse.

2.2 Local da Pesquisa, Período e Amostra

As atividades de ensino-aprendizagem foram programadas pelos docentes responsáveis pela disciplina para ocorrerem em salas de aula convencionais da Faculdade de Medicina (Famed) da Universidade Federal de Alagoas (Ufal), bem como em ambientes virtuais. As atividades foram filmadas e fotografada, com finalidade pedagógica e anuência dos participantes.

O estudo foi desenvolvido em dois *workshops* sequenciais*,* com duração média de 6 horas cada um*,* intercalados por atividades *on-line*, que ocorreram no mês de setembro de 2019.

Participaram do estudo, em uma amostra intencional, todos os 20 pós-graduandos que são professores ou preceptores, matriculados na disciplina Avaliação no Ensino na Saúde, que receberam como identificação, para preservação do seu sigilo, a letra M (mestrando) seguida de numeração correspondente a sua ordem de participação.

Do total de integrantes, 70% eram do sexo feminino (14/20), com faixa etária variando de 29 a 54 anos, com média de 37,9 anos. Quanto à titulação, 19 (90%) eram especialistas e 01 (10%) mestre. A formação dos pós-graduandos matriculados era bastante diversificada na área da saúde, resultado da própria característica multiprofissional do mestrado, que permite a interação da equipe de saúde no ambiente acadêmico.

2.3 Protocolo de Estudo

O desafio para os professores foi elaborar uma disciplina em avaliação, aspecto que vem sendo estudado há algum tempo pelo programa de pós-graduação, sem muitos avanços. Outra dificuldade foi a de usar uma metodologia pouco trabalhada, considerando que a disciplina é recente e, previamente, estava agregada a outra, na qual não havia autonomia, principalmente em relação à carga horária, para ousar uma metodologia diferente. O planejamento consistiu em fornecer elementos que subsidiassem o treinamento em métodos avaliativos para mestrandos com formação diversificada, sendo, estes, docentes e preceptores da área da saúde. Outra provocação foi usar metodologias ativas para oportunizar informações que contemplassem a apreensão do conteúdo e permitissem a interação.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.172-184

No planejamento das etapas, ficou acordada a utilização do ensino híbrido com metodologias ativas, por meio da técnica de rotação por estações, na qual cada estação contemplou os diferentes estilos de aprendizagem no tema “avaliação do estudante”. As atividades foram supervisionadas pelos professores, e o protocolo de rotações pedagógicas sequenciais consistiu em:

- Estação 1 – De característica instrutiva, expositiva e dialogada: os professores apresentaram o tema em *PowerPoint* e dialogaram com os estudantes, fornecendo instruções gerais sobre avaliação da aprendizagem na saúde e esclarecendo dúvidas.

- Estação 2 – Essa estação caracterizou-se pela utilização de uma atividade que denominamos de “Dinâmica da Pirâmide de Miller”, com o intuito de explorar os pontos-chave do processo de ensino-aprendizagem, adaptada de Miller (1990) e das atividades do programa Faimer Brasil (2016) A pirâmide criada por Miller, na década de 1990 (figura 1), consiste em diferentes níveis de atuação do estudante de graduação, com objetivos e avaliação próprios. Com base nisso, foi aplicada uma dinâmica de ensino-aprendizagem cujo objetivo foi discutir os métodos de avaliação do estudante. Nesse movimento, apresentaram-se métodos que são usados em ambientes reais e controlados.



Fig. 1. Pirâmide de Miller e métodos de avaliação. Fonte: Adaptado de Tibério et al. (2012).



Fig. 2. Pirâmide de Miller desenhada no piso da sala de aula (workshop).

Em toda a extensão do chão da sala de aula , foi desenhada, com fita-crepe colorida, uma pirâmide contendo as dimensões de aprendizagem e avaliação conforme os níveis da Pirâmide de Miller (figura 2). Nas paredes da sala, foram colocados cinco *black cardboards*, correspondentes ao grupo de métodos avaliativos, contendo, no título, os temas centrais (avaliação cognitiva, avaliação de habilidades, avaliação em ambientes de trabalho), além de um glossário impresso com os principais métodos (Faimer Brasil, 2016).

Os movimentos sequenciais, chamados de estações pedagógicas da dinâmica (figura 3), caracterizaram-se da seguinte forma:

a) Os participantes reuniram-se em pequenos grupos para debater os próximos passos das estações.

b) Nesse movimento, cada participante sorteou uma etiqueta contendo uma ferramenta avaliativa, por exemplo, OSCE, Mini-Cex, Portfolio, entre outras. Em seguida, o participante utilizou seu conhecimento prévio para estabelecer onde o método sorteado se encontrava nos *cardboards,* posicionando-se ao lado da respectiva cartolina e podendo discutir com outro membro do grupo que ali se encontrava. Posteriormente, o professor entregou o material sobre os instrumentos (glossário), e o participante teve, ainda, a chance de se posicionar em outro *cardborard*.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.172-184

c) Todos os participantes posicionaram-se na pirâmide de Miller, desenhada no chão da sala, dentro das dimensões correspondentes ao seu método avaliativo sorteado. Nesse movimento, eles discutiram entre si e com os professores acerca do método avaliativo e da dimensão em que ele se encontrava.

- Momento *on-line* – Na dinâmica da Pirâmide de Miller, entre as estações 2 e 3, os participantes receberam instruções dos professores sobre as tarefas *on-line* em ambientes virtuais. Além disso, pesquisaram, estudaram e refletiram sobre o método avaliativo sorteado, buscando referências na literatura, e elaboraram uma síntese sobre o mesmo.

- Estação 3 – Os participantes trouxeram os textos elaborados e se posicionaram, agora corretamente, na pirâmide desenhada no chão. Fizeram um comparativo com a atividade da oficina anterior e apresentaram, individualmente, seu método sorteado para toda a plenária, debatendo sobre a sua atividade com os colegas e professores.

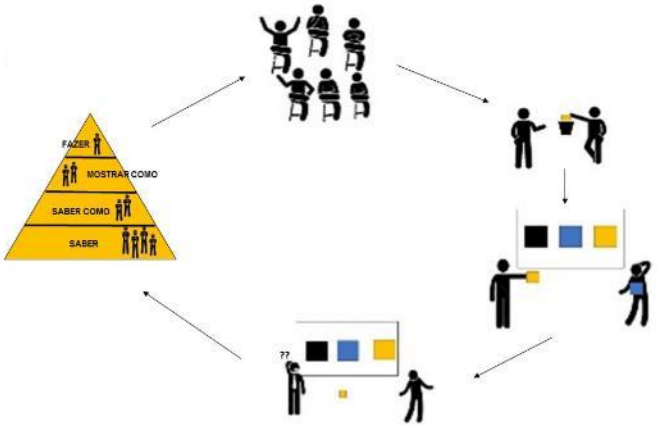


Fig. 3. Dinâmica da Pirâmide de Miller (estações pedagógicas a,b,c).

Durante os momentos presenciais, os estudantes receberam *post-its* para que pudessem avaliar as atividades enquanto estas ocorriam e devolver aos professores ao término.

2.4 Coleta dos dados

Após as atividades, aplicou-se um questionário estruturado, via correio eletrônico, contendo questões acerca das variáveis sociodemográficas dos participantes e de suas impressões sobre a dinâmica e a metodologia híbrida utilizada.

O questionário continha as seguintes perguntas norteadoras: 1) Qual a sua percepção sobre o mais interessante na metodologia utilizada e quais sugere melhorar/modificar. 2) O que você achou especificamente da Dinâmica da Pirâmide de Miller? 3) A didática foi eficaz no ensino do conteúdo proposto sobre avaliação do estudante em seus aspectos cognitivos e de desempenho)? 4) Você utilizaria essa metodologia com seus alunos? 5) Já teve oportunidade de aplicar algum dos métodos avaliativos estudados, na sua prática docente?

Os questionamentos sobre a avaliação da didática dos palestrantes; avaliação do conteúdo/programa; avaliação da infraestrutura e logística, que se referiam a abordagem quantitativa, foram feitos no formato de uma escala, em que se solicitou uma opção que se aproximasse do seu julgamento de acordo com a legenda: 1-Péssimo, 2-Ruim, 3-Regular, 4-Bom e 5-Excelente.

As atividades dos momentos presenciais foram registadas por meio de fotos e vídeos, e as impressões do professor foram anotadas em um diário.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.172-184

2.5 Análise dos Dados

Os dados qualitativos oriundos dos depoimentos dos participantes foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo (Bardin, 2016), que objetiva decompor as unidades temáticas de um texto, organizando-as em categorias, permitindo enumeração das unidades para estabelecer inferências generalizadas (Chizzotti, 2011). Neste sentido os depoimentos dos participantes foram submetidos às fases de leitura, identificação das unidades de registo, transcrição e organização nas categorias emergentes.

Os dados advindos da aplicação do questionário foram submetidos a um **programa de nuvem de palavras** (WorldArt.com) por meio do qual se visibilizaram os termos usados para descrever as impressões dos participantes sobre a dinâmica realizada. Esses dados e as informações do diário do professor foram organizados em categorias de análise, que consistiram numa triangulação desses dados, estabelecendo um diálogo com o questionamento norteador do estudo.

Os dados sociodemográficos e aqueles com caráter quantitativo, obtidos a partir do uso do questionário, foram tratados por meio da estatística descritiva, com uso da distribuição de frequências.

Para avaliação da disciplina foi utilizado o método de Kirkpatrick e Kirkpatrick (2009), que consiste em um modelo de avaliação consagrado internacionalmente e que tem a finalidade de avaliar ações educativas voltadas para profissionais.

3. Resultados e Discussão

Todos os 20 pós-graduandos matriculados participaram das atividades da disciplina e da pesquisa. Destes, apenas 20% referiram algum conhecimento prévio sobre métodos avaliativos.

Como componente essencial do método qualitativo, o registro das impressões e percepções durante nossa prática permitiu uma reflexão sobre o processo e indicou o que foi importante na nossa atuação para o aprendizado do grupo, assim como o que precisava ser ajustado (diário do professor).

A partir das falas oriundas das respostas ao questionário, produziu-se a seguinte nuvem de palavras elaborada no programa (WordArt.com):



Fig. 4. Nuvem de palavras sobre a dinâmica da Pirâmide de Miller, realizada em sala de aula.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.172-184

Dessa nuvem de palavras, emergiram as seguintes categorias de análise dos temas:

3.1 Categoria 1: Pirâmide de Avaliação

Dois termos enfatizados na nuvem de palavras foram “pirâmide” e “avaliação”, inferindo-se que a Pirâmide de Miller trouxe para o centro da discussão a forma como os professores e preceptores avaliam seus estudantes nas etapas de aprendizagem, desde as bases cognitivas do conhecimento (saber) até o desenvolvimento de habilidades e competências profissionais (fazer).

Nessa fase da dinâmica aplicada em sala de aula, os pós-graduandos conheceram as diversas possibilidades de avaliação da aprendizagem e como elas podem contribuir para a continuidade do ensino (figura 4), além da identificação do *feedback* adequado para cada tipo de avaliação.

> *(...) foi assertivo, quando pensamos no fato de solidificar o conhecimento apresentado, pois a classificação do método avaliativo em questão era literalmente posta dentro dos espaços de classificação na pirâmide e debatido com a participação de todos e sempre contando com o feedback da atividade (M1).*

Estudo realizado por Mendonça, Cotta, Lelis & Carvalho Junior (2015) mostrou que a utilização da Pirâmide de Miller na avaliação dos estudantes da área da saúde permite a inclusão de diversos métodos para alcançar a melhor avaliação no ambiente de ensino, abordando as características individuais, interpessoais e sociais.

Nesse contexto, podemos observar que a avaliação do estudante, vinculada aos níveis da Pirâmide de Miller, permite sua realização em várias dimensões, buscando identificar as habilidades técnicas profissionais, mas também os aspectos humanos. Essas inferências foram apresentadas no decorrer da discussão da atividade pelos professores e preceptores, enfatizando a necessidade dos avaliadores conhecerem bem os instrumentos avaliativos escolhidos, suas potencialidades, fragilidades e o *feedback* pertinente no momento da avaliação (diário do professor).



Fig. 5. Pós-graduandos posicionados na dimensão da Pirâmide de Miller (fotografia).

3.2 Categoria 2: Motivação e Autonomia

As palavras “aprendizagem”, “prática”, “dinâmica” e “engajamento” deram origem à segunda categoria de análise. Nessa categoria, observa-se o potencial da metodologia ativa utilizada para a sedimentação do conhecimento.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.172-184

> *Me surpreendeu a forma como foi trabalhada a representação gráfica da Pirâmide de Miller em sala de aula, nos levando a conceituar, de forma mais prática, cada um dos seus diferentes níveis de objetivos educacionais de aprendizagem, ao mesmo tempo em que éramos desafiados a conhecer diversos métodos de avaliação e a reconhecer a aplicação deles dentro da pirâmide, estando, cada um de nós, literalmente 'imersos' nela (M9).*

Com base nos depoimentos descritos, pode-se comprovar que a educação enfatizada por Dewey (1959), Freire (2009) e Moran (2015), envolvendo, motivando e dialogando com os estudantes, mostra a importância de superar a educação tradicional e focar na aprendizagem.

> *(...) chegar na sala de aula e nos deparar com uma imensa pirâmide delineada no chão, ocupando quase toda a extensão da sala, e diversas folhas coladas na parede exibindo várias siglas que, na sua imensa maioria, não conhecíamos, (...) despertou o interesse, gerou uma enorme curiosidade a respeito do que iria se dar naquela tarde, nos fez intuir de várias formas como seria a atividade* (M11).

As metodologias ativas são assim caracterizadas devido à aplicação de dinâmicas pedagógicas que envolvam os estudantes, no intuito de engajá-los em atividades práticas que estabeleçam relações com o contexto, desenvolvendo estratégias cognitivas, estimulando sua criatividade, inovação e capacitação para aprendizagem ao longo da vida (Barbosa & Moura, 2013; Valente, Almeida, & Geraldini, 2017).

> *A metodologia nos estimulou a prestar mais atenção, discutir, pesquisar (...) e nos envolveu no conteúdo, melhorando o engajamento da turma* (M20).

3.3 Categoria 3: Estratégia Colaborativa

A escolha pelo método qualitativo que norteou a pesquisa e o uso da metodologia ativa que direcionou todo o processo possibilitou um aprendizado contínuo, uma vez que o objeto de análise foram os significados das falas dos pós-graduandos, suas atitudes e comportamentos, a interação e comunicação entre si e entre estes e os professores da disciplina. Propiciou momentos de leveza e descontração, permitindo observar o desenvolver da absorção do conteúdo, a reflexão e construção do conhecimento.

> *A dinâmica (...) estimulou a curiosidade, o raciocínio, a tomada de decisão, a interação com os outros colegas do mestrado, pois discutimos e opinamos* (M7).

Para Moran (2015), a conexão interpares com os docentes e entre os docentes, de uma maneira contínua e ritmada, proporciona um avanço muito maior. E, nesse sentido, o papel do professor é decisivo como moderador/orientador de caminhos e atividades. Ainda segundo esse autor, na educação formal, alguns projetos privilegiam a aprendizagem colaborativa; outros, a individual. Ambos são importantes, mas devem estar integrados no sentido de atender às demandas de uma sociedade mais dinâmica. É necessário o equilíbrio, no sentido de que aprendemos sozinhos e com os demais.

> *(...) Proporcionou o envolvimento de todos os discentes, teve momentos de descontração, o que tornou a experiência de aprendizagem dinâmica e significativa* (M3).

3.4 Categoria 4: Avaliação da Metodologia Utilizada

Os participantes consideraram o aprendizado com metodologias ativas divertido, produtivo, envolvente e relevante, relatando terem adquirido conhecimento e habilidades para utilizar, com confiança, os métodos avaliativos. Todos analisaram a estratégia educacional como adequada para o ensino do conteúdo proposto e referiram que utilizariam essa metodologia junto a seus estudantes.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.172-184

> *O uso da pirâmide de Miller foi algo dinâmico, participativo e envolvente, adorei todo processo* (M16).

A educação lúdica vai além de jogos e brincadeiras, contempla todas as faixas etárias e produz resultado significativo na aprendizagem. Segundo Fortuna (2001), "uma aula lúdica é uma aula que se assemelha ao brincar – atividade livre, criativa, imprevisível, capaz de absorver a pessoa que brinca, não centrada na produtividade". Nesse sentido, podemos entender o lúdico, no seu contexto pedagógico, sendo aplicado no curso de pós-graduação *stricto sensu*, evidenciando que, no espaço da universidade, é possível aplicar a educação lúdica de forma eficiente e construtiva, trazendo o estudante para assumir o protagonismo da sua aprendizagem.

Com o intuito de avaliar o desdobramento das atividades realizadas, dentro do módulo empregou-se o método de Kirkpatrick, que consiste em um modelo de avaliação consagrado internacionalmente e que tem a finalidade de avaliar ações educativas voltadas para profissionais. É composto de quatro níveis de avaliação do treinamento: (1) reação, (2) aprendizado, (3) comportamento (transferência) e (4) resultados.

O nível 1 do método de Kirkpatrick (reação) dimensiona as impressões dos participantes em relação ao conteúdo, aos instrutores, aos materiais e recursos, ao ambiente e às instalações. A reação positiva não garante, necessariamente, a aprendizagem, mas, de acordo com Kirkpatrick, todos os programas devem ser avaliados nesse nível, como forma de promover melhorias.

Nesse aspecto, foi realizada a avaliação dos palestrantes quanto à metodologia utilizada em sala de aula, à infraestrutura da atividade, à qualidade do conteúdo e do programa, e evidenciou-se um predomínio das respostas "bom" e "excelente", considerando-se a reação positiva ao treinamento (Figura 5).

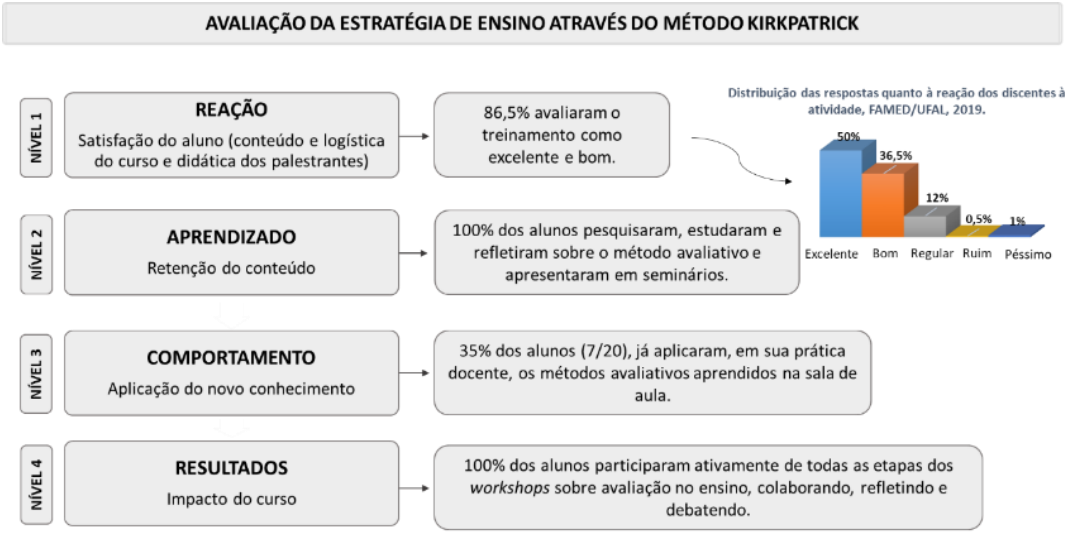


Fig. 6. Avaliação de treinamento dos pós-graduandos na disciplina de Avaliação no Ensino na Saúde, usando como referência o método de Kirkpatrick.

Na figura 6, podemos observar que, na mensuração das respostas quantitativas ao questionário, todos os níveis embasados no método de Kirkpatrick foram alcançados na nossa disciplina.

Como resultado do momento *on-line* 1, os participantes construíram textos em forma de resenha sobre cada um dos métodos sorteados, refletiram e apresentaram suas produções à turma no momento presencial seguinte. Os textos foram considerados de bom nível e as apresentações satisfatórias, ajudando a solidificar o conteúdo (nível 2 Kirkpatrick).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.172-184

Quanto ao nível 3 do método Kirkpatrick (comportamento), que se refere à aplicação do conhecimento na sua prática, promovendo mudanças no comportamento dos participantes após o treinamento, observou-se que 35% dos estudantes (7/20) já puderam aplicar os métodos avaliativos aprendidos na sala de aula, demonstrando um impacto positivo.

Para avaliar o nível 4, consideramos o interesse do aluno em participar, visto que 100% dos pós-graduandos participaram ativamente de todas as etapas dos *workshops*: colaborando, refletindo, discutindo e trazendo experiências da sua prática docente para o contexto (diário do professor).

Quanto ao tema estudado, ficou claro que um único instrumento não é capaz de avaliar todas as dimensões profissionais, mas que é possível unir diversos métodos em cada nível da Pirâmide de Miller, na busca por uma avaliação assertiva, que contribua para a formação de qualidade dos profissionais na área da saúde.

4. Considerações Finais

Esse estudo de caso mostrou a integração do ensino híbrido em uma instituição de ensino superior, com o auxílio do método qualitativo de estudo. A aplicação da metodologia ativa com ensino híbrido trouxe para a disciplina de Avaliação no Ensino em Saúde os seguintes desafios: 1) planejamento e execução da técnica em uma carga horária restrita; 2) fornecer elementos de treinamento em métodos avaliativos para mestrandos com diferentes formações na área da saúde; 3) promover a integração entre os participantes e 4) garantir a apreensão do conteúdo.

A implantação do ensino híbrido, conforme apontamentos amplamente divulgados na literatura científica traz a vantagem da autonomia do aluno sobre o uso de seu tempo para estudo e aprofundamento em momentos oportunos. O registro da prática pelos professores em um diário de campo, etapa característica e essencial do método qualitativo, trouxe reflexões e consequentes ajustes que garantiram o amadurecimento do processo.

Como resultado, os pós-graduandos conheceram as diferentes formas e instrumentos de avaliação da aprendizagem, explorando seus objetivos educacionais, aplicabilidade, potencialidades e fragilidades, assim como as técnicas de feedback mais adequadas. De forma ativa descobriram as possibilidades de inclusão dos diversos métodos para alcançar a melhor avaliação no ambiente de ensino, analisando não apenas os aspectos técnicos, mas também a dimensão humana. A estratégia educacional foi considerada adequada, produtiva e relevante para aquisição e aplicação prática de conhecimentos e habilidades.

O uso do método qualitativo, embora tenha exigido uma maior preparação e dedicação por parte dos professores e uma adequada organização na infraestrutura da disciplina, possibilitou uma maior aproximação com a questão da pesquisa, desde a sua formulação, passando pela escolha das estratégias metodológicas utilizadas, assim como a organização dos dados para análise, que foram reunidos dentro de uma mesma categoria por conversarem e debaterem entre si, permitindo a análise da interação humana e social na construção de realidades, a partir dos significados e sentidos que as pessoas dão aos fenômenos que os cercam. Ao mesmo tempo, proporcionou um maior grau de interação entre a equipe, propiciando a troca de experiências e fortalecendo a confiança para aplicação de métodos avaliativos.

A pesquisa qualitativa com o estudo de caso traz como contribuição a apresentação de um modelo que pode ser utilizado para o treinamento de professores em métodos avaliativos, bem como para o desenvolvimento de novas pesquisas com métodos qualitativos e/ou métodos mistos acerca do tema avaliação no ensino superior. Entretanto apresenta a limitação de ser um estudo de caso, e por isso pontual e com implicações em curto prazo, carecendo de novos estudos que evidenciem as implicações do treinamento sobre o processo de trabalho, avaliação e feedback realizado por educadores a longo prazo, uma vez que este aperfeiçoamento deve ser contínuo para assegurar a transformação de práticas.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.172-184

Agradecimentos

Aos membros do programa de desenvolvimento docente Faimer Brasil e em especial as professoras doutoras Eliana Amaral e Sandra Tibiriçá deste programa de educação para as profissões da saúde, pelo compartilhamento da Dinâmica com a Pirâmide de Miller.

5. Referências

Auto, B. S. et al. (2020). A pesquisa-ação educacional no desenvolvimento docente em métodos avaliativos para o médico residente. *Investigação qualitativa em saúde*: avanços e desafios. Lisboa: Ludomedia.

Barbosa, E. F., & Moura, D. G. (2013). Metodologias ativas de aprendizagem na Educação Profissional e Tecnológica. *B. Tec. Senac*, 39(2), 48-67.

Bardin, L. (2016). Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70.

Centers for Disease Control and Prevention. (2012). *Health Education Curriculum Analysis Tool*. Atlanta: CDC.

Chizzotti, A. 2011. Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais. Petrópolis, RJ: Vozes.

Christensen, C. M., Horn, M. B., & Staker, H. (2013). Ensino híbrido: uma inovação disruptiva? Uma introdução à teoria dos híbridos. *Clayton Christensen Institute*. Recuperado de https://porvir.org/wp-content/uploads/2014/08/PT_Is-K-12-blended-learning-disruptive-Final.pdf.

Creswell, J. W. (2010). Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Porto Alegre: Artmed.

Dewey, J. (1959). *Vida e educação*. São Paulo: Acional.

Faimer Brasil. (2016). *Glossário de métodos de avaliação dos estudantes*. Recuperado de https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4511218/mod_folder/content/0/Glossario_Instrumentos%20de%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20FAIMER%20BRASIL%202016.pdf?forcedownload=1.

Fortuna, T. R. (2001). Formando professores na universidade para brincar. In Santos, S. *A ludicidade como ciência*. Rio de Janeiro: Vozes.

Freire, P. (2009). *Pedagogia do oprimido*. São Paulo: Paz e Terra.

Kirkpatrick, J., & Kirkpatrick, W. K. (2009). The Kirkpatrick four levels: a fresh look after 50 years 1959-2009. *Kirkpatrick Partners*. Recuperado de http://www.kirkpatrickpartners.com/Portals/0/Resources/Kirkpatrick%20Four%20Levels%20white%20paper.pdf.

Mendonça, E. T., Cotta, R. M. M., Lelis, V. P., & Carvalho Junior, P. M. (2015). Assessment of professionalism in students of health-related courses: a systematic review. *Interface*, 2015.

Miller, G. (1990). The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine*, 65, 63-67.

Moran, J. M. (2015). Mudando a educação com metodologias ativas. In Souza, C. A., & Morales, O. E. T. *Convergências midiáticas, educação e cidadania*: aproximações jovens. V. 2. Ponta Grossa: Foca Foto; Proex UEPG. p. 15-33.

Morin, E. (2002). Ciência com Consciência. 6ª. Ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

National Center for Biotechnology Information. (2014). Assessing health professional education: workshop summary. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK248052/.

Pádua, E. M. de, Carlos, D. M., Ferriani M. G. C. (2017). *Estudos de Caso: Informações e Registros como critérios de consistência e credibilidade em abordagens qualitativas. Lisboa. Ludomedia*

Pereira, D., Flores, M. A., & Niklasson, L. (2016). Assessment revisited: a review of research in assessment and evaluation in higher education. *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 41, 1008-1032.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.172-184

Preston, R. et al. (2020). Exploring the impact of assessment on medical student's learning. *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 45, 109-124.

Souza, R. G. S. (2012). Atributos fundamentais dos procedimentos de avaliação. In Tibério, I. F. L. C. et al. *Avaliação Prática de Habilidades Clínicas em Medicina.* São Paulo: Ed. Atheneu. p. 2-11.

Stake, R. E. (1978). The case study method in social inquiry. *Educational Researcher*, 7(2), 5-8.

Valente, J. A. (2014). Blended learning e as mudanças no ensino superior: a proposta da sala de aula invertida. *Educar em revista*, 4, 79-97.

Valente, J. A., Almeida, M. E. B., & Geraldini, A. F. S. (2017). Metodologias ativas: das concepções às práticas em distintos níveis de ensino. *Rev. Diálogo Educ*., 17, 455-478.

Van der Vleuten, C. P. M. (2005). Assessing profess competence: from methods to programs. *Med Educ*, 39, 309-317.

Yin, R. K. (2005). *Estudos de caso*: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.172-184

O que Sabes Tu que Cuidas de Mim? – Características e Necessidades em Saúde da Mulher Cabo-Verdiana

Carolina Henriques[1], Paulo Santos[2] e João Frade[3]

[1] Doutorada em Enfermagem, Professora Coordenadora, Departamento de Ciências de Enfermagem, Center for Innovative Care and Health Technology (ciTechCare), Politécnico de Leiria, Portugal | carolina.henriques@ipleiria.pt | https://orcid.org/0000-0002-0904-8057

[2] Doutorado em Enfermagem, Professor Adjunto, Center for Interdisciplinary Research in Health (CIIS), Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal | paulofigueiredosantos@gmail.com | http://orcid.org/0000-0001-7409-1011

[3] Doutorado em Saúde Pública, Professor Adjunto, Departamento de Ciências de Enfermagem, Center for Innovative Care and Health Technology (ciTechCare), Politécnico de Leiria, Portugal | joao.frade@ipleiria.pt | https://orcid.org/0000-0002-4947-1052

Resumo: O trabalho recai sobre elas, mulheres cabo-verdianas, a apanha da lenha para a fogueira, procurando pão para os filhos, de cesta na mão, regressando do campo. Dos trabalhos informais aos formais, as mulheres cabo-verdianas sobreviveram entre o colonizador português e o homem cabo-verdiano. Conhecermos de que forma os enfermeiros cabo-verdianos perspetivam a mulher cabo-verdiana, foi o mote para este trabalho, onde se procura, não só aceder à perspetiva dos enfermeiros sobre as características da mulher cabo verdiana, tal como, às necessidades em saúde destas mulheres. Recorreu-se à metodologia qualitativa da análise de conteúdo de Bardin. Concluímos que as mulheres cabo-verdianas, ainda hoje, são caracterizadas como mulheres trabalhadoras, centradas ao espaço doméstico, muitas vezes vítimas de violência de género, e com baixa literacia. Face às necessidades em saúde, identifica-se que os enfermeiros consideram como necessário o acesso destas mulheres a consultas gratuitas e a melhores cuidados no domínio da saúde materna e obstétrica.

Palavras-chave: Mulher; Cabo Verde; Análise de Conteúdo; Qualitativo.

What Do You Know Who Cares About Me? – Cape-Verdean Women's Health Characteristics and Needs

Abstract: The work falls on them, gathering firewood for the fire, looking for “bread-for the children”, basket in hand, returning from the field. From informal to formal jobs, Cape Verdean women survived between the Portuguese colonizer and the Cape Verdean man. Knowing how Cape Verdean nurses perceive Cape Verdean Women was the motto for this work, which seeks to not only access nurses' perspective on the characteristics of Cape Verdean women, as well as the health needs of these women. Bardin's qualitative content analysis methodology was used. We conclude that Cape Verdean women, even today, are characterized as working women, focused on the domestic space, often victims of gender violence, and with low literacy. In view of the health needs, it is identified that nurses consider it necessary for these women to have free consultations and better care in the field of maternal and obstetric health.

Keywords: Woman; Cape Verdean; Content Analysis; Qualitative.

1. Introdução

A mulher cabo-verdiana desde sempre vivenciou uma situação de pobreza económica e social. Relegada para segundo plano, a mulher cabo-verdiana, numa cultura de hegemonia masculina, teve durante muitos anos pouca participação ao nível do poder político e social. Trabalhadora dentro da esfera privada e cuidadora dos filhos e da família, a mulher cabo-verdiana foi-se vendo relegada para segundo plano. O espaço doméstico, considerado inato à mulher, foi onde estas mulheres exerceram o seu papel de mães, esposas, cuidadoras de dependentes e empregadas domésticas. Segundo Gomes (2011) as mulheres cabo-verdianas foram excluídas da vida pública e incluídas na vida privada. Foram consideradas em muitas situações, meramente “objeto de reprodução” e a questão da educação era vista como um direito exclusivamente dos homens, ou seja, “segundo a cultura patriarcal, as raparigas não necessitavam de aprender a ler e a escrever para serem boas esposas e boas donas de casa” (Gomes, 2011, p.106).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.185-191

Quase como se de um destino traçado se tratasse, as mulheres cabo-verdianas acreditam, ainda hoje, que a sua função é essencialmente reprodutora, onde a família, a cultura e a igreja, lhe incutem o ideal de "procriar, obedecer e sofrer" (idem, p.107).

Ao longo dos últimos anos, Cabo Verde tem procurado desenvolver políticas de apoio às mulheres, principalmente no domínio da saúde materna e saúde infantil, já que ser e nascer menina parece à partida, uma desvantagem. Foi em 1977, que entrou em funcionamento o primeiro Programa Materno Infantil e de Planeamento Familiar em Cabo Verde, muito devido ao elevado índice de mortalidade infantil e de famílias numerosas (Instituto Cabo-verdiana de Igualdade e Equidade do Género, 2014). Com a independência do povo cabo-verdiano, surgem diversos programas de políticas sociais, numa tentativa de combater a fome, reduzir a mortalidade infantil, promover o acesso à educação, à saúde e combater as questões de desigualdade de género (Lopes, 2002), porque a pobreza em Cabo Verde tem um cunho feminino, uma vez que ela atinge maioritariamente as mulheres. Neste sentido, e pela importância da temática, importa conhecermos de que forma os enfermeiros cabo-verdianos perspetivam a Mulher Cabo-verdiana, no que concerne às suas características, tal como, às suas necessidades em saúde.

2. Metodologia

O presente estudo insere-se numa metodologia qualitativa, onde participaram 38 enfermeiros cabo-verdianos, a frequentar formação de 2º ciclo na área científica de enfermagem, tendo o estudo decorrido em Cabo Verde, durante o ano de 2020.

Com o objetivo de conhecer de que forma os enfermeiros cabo-verdianos perspetivam a Mulher Cabo-verdiana, no que concerne às suas características, tal como, às suas necessidades em saúde, definimos como questão de investigação que centraliza este trabalho: *De que forma os enfermeiros cabo-verdianos perspetivam a Mulher Cabo-verdiana, no que concerne às suas características e às suas necessidades em saúde?*

Os participantes no estudo foram selecionados intencionalmente em que como critérios de inclusão definimos: Ser enfermeiro; detentor da licenciatura em enfermagem; frequentar um curso de mestrado em enfermagem e aceitar participar voluntariamente na investigação.

No âmbito da colheita de dados recorreu-se à realização de um questionário, somente com duas questões abertas, nomeadamente: 1. Pelas suas palavras, caracterize a Mulher Cabo-verdiana; 2. Pela sua experiência profissional, quais as necessidades em saúde da Mulher em Cabo Verde?

Para o tratamento destas questões procedeu-se à análise de conteúdo de Bardin (2011), segundo os pressupostos inerentes à metodologia qualitativa. Foram tidos em consideração todos os procedimentos formais e éticos, no que diz respeito à submissão do protocolo de investigação a uma comissão de ética (Parecer 676/06-2020), tal como o pedido de consentimento informado aos participantes do estudo.

2.1 Análise de Conteúdo de Laurence Bardin

A análise de conteúdo define-se "…como um conjunto de técnicas de análise das comunicações utilizando para tal procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens" (Bardin, 2011, p.40). A análise de conteúdo é uma técnica específica, que exige dedicação e tempo por parte dos investigadores, recorrendo à indução analítica para a definição de categorias e subcategorias de análise (Freitas, Cunha, & Moscarola, 1997).

Tendo como referência a obra de Laurence Bardin, recorremos à análise de conteúdo como procedimento de análise de dados desta investigação, sendo que, segundo Flick (2009), a análise de conteúdo, além de realizar a interpretação após a colheita dos dados, desenvolve-se por meio de técnicas refinadas.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.185-191

No entanto, é preciso analisarmos criticamente os aspetos inerentes à 'numeração' dos achados, para que não possamos perder de vista o paradigma qualitativo em que a investigação se insere. Bardin (2006, p. 38) refere que a análise de conteúdo consiste num conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Como afirma Chizzotti (2006, p. 98), "o objetivo da análise de conteúdo é compreender criticamente o sentido das narrativas, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas", muito embora, vários investigadores têm criticado o recurso a indicadores quantitativos para salientar o sentido das narrativas, pressuposto este que foge ao que é esperado das metodologias qualitativas. Atendendo a que a análise de conteúdo constitui uma técnica de análise de dados que objetiva o encontro do significado da narrativa sobre determinado tema (Mozzato & Grzybovski, 2011), há a necessidade da descodificação do que é dito. No entanto, na nossa opinião, este encontro de significado não se deve traduzir somente na translação de dados numéricos, já que as metodologias qualitativas têm, segundo Streubert e Carpenter (2002), características importantes, como a crença que existem múltiplas realidades; a abordagem visa em fim último à compreensão do fenómeno estudado; os participantes são centrais no processo investigativo; a pesquisa deve limitar a corrupção do contexto natural do fenómeno de interesse e uma compreensão do fenómeno, que se traduz de forma literária com recurso às narrativas dos participantes.

Bardin (2011) enuncia que o processo de análise de conteúdo envolve 3 fases ou etapas: a pré-análise, a exploração do material e por último, o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação, tendo sido estas etapas que seguimos no decurso desta investigação, salvaguardando sempre a importância dos achados e o seu significado para os participantes.

Na **etapa da pré-análise** procurámos organizar todo o material a ser analisado, pelo que, organizámos dois blocos de dados. O primeiro refere-se ao primeiro objetivo do estudo e à primeira questão que foi colocada aos nossos participantes: "Pelas suas palavras, caracterize a Mulher Cabo-verdiana". O segundo bloco de dados diz respeito ao segundo objetivo do estudo e à segunda questão que foi colocada: "Pela sua experiência profissional, quais as necessidades em saúde da Mulher em Cabo Verde?". Desta forma, procurámos tornar operacional os dados colhidos.

Após a sua organização em dois blocos centrais, desenvolvemos subsequentemente quatro etapas: a leitura flutuante, a demarcação nas narrativas do que será analisado, a formulação das questões (entendemos que o questionamento é a atividade subjacente à análise de conteúdo) que advêm dos dados, e por último, a referenciação dos índices e elaboração de indicadores, que envolve a determinação de indicadores por meio de recortes de texto nos documentos de análise (Bardin, 2006), que sustentam a interpretação final.

Seguidamente entrámos na segunda fase, a chamada **exploração do material**, que consistiu na exploração do material com a definição de categorias (sistemas de codificação) e a identificação das unidades de registo (unidade de significação a codificar, segmento de conteúdo a considerar como unidade base, visando a categorização e a contagem frequencial) e das unidades de contexto (unidade de compreensão para codificar a unidade de registo que corresponde ao segmento da mensagem, a fim de compreender a significação exata da unidade de registo). Esta etapa é extremamente importante, porque possibilita o processo interpretativo. Se efetivamente a codificação, a classificação e a categorização são básicas nesta fase (Bardin, 2006), os investigadores, sob o paradigma indutivo, não devem perder-se tão-somente naquilo que a contagem frequencial lhes revela, mas na descrição analítica dos achados encontrados, orientados pelos referenciais conceptuais e teóricos que os possam sustentar. A análise de conteúdo, enquanto técnica de investigação qualitativa, procura encontrar respostas centrada na experiência social, "tal como é criada e dá sentido à vida humana" (Streubert & Carpenter, 2002, p. 2).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.185-191

Efetivamente o processo de codificação e categorização possibilitaram as interpretações e as inferências, e foi efetivamente durante este processo que os investigadores transformaram os dados brutos das diferentes respostas que tinham face aos dois blocos de dados, em dados significativos, recorrendo às técnicas de recorte, agregação e enumeração, permitindo "atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão" (Bardin, 2006, p. 103).

Para Bardin (2006) a terceira etapa diz respeito ao **tratamento dos resultados**, **inferência e interpretação**. O tratamento dos resultados obtidos, a inferência e a interpretação, compreendem operações a que os dados brutos são sujeitos, para assim se tornarem significativos e o investigador poder fazer inferências, recorrendo à intuição, à análise reflexiva e crítica. Gostaríamos aqui de salientar, que mais que as operações de contagem frequencial (que consideramos ser um meio para salientar a importância de determinados dados e não um meio de reflexão sobre esses mesmo dados, para o contexto significativo dos participantes na investigação), os investigadores centraram-se na condensação e no destaque das informações para análise, culminando nas interpretações.

Para Thompson (1995) e Denzin e Lincoln (2000) estas três etapas só fazem sentido se os investigadores forem munidos de ferramentas que lhes permitam fazer uma análise contextual e histórica, recorrendo sistematicamente à intuição e à crítica.

Atendendo a esta reflexão realizada neste artigo, sobre a contagem frequencial das unidades de registo referente à segunda etapa do processo de análise de conteúdo de Bardin (2006) e o risco de se transformar esta metodologia numa análise mais numérica dos dados do que o seu próprio significado, Flick (2009, pp. 292-293) citando Mayring (1983), propõe-nos uma metodologia de análise de conteúdo assente em três fases: síntese da análise de conteúdo, por meio da omissão de enunciados; análise explicativa de conteúdo, com o esclarecimento de trechos difusos, ambíguos ou contraditórios; por fim, a análise estruturadora de conteúdo, por meio da estruturação no nível formal relativo ao conteúdo. Também Bardin (2006) reflete sobre estes aspetos, onde, se por um lado procurou através da sua metodologia o rigor da objetividade e da cientificidade, por outro, salvaguarda que não se deve perder nunca a riqueza da subjetividade, pois é isso que dá sentido à própria metodologia.

3. Resultados e Discussão

Como referido anteriormente participaram no estudo 38 enfermeiros cabo-verdianos, a frequentar formação de 2º ciclo na área científica de enfermagem. Os participantes foram confrontados com duas questões abertas, que se dicotomizaram em dois blocos de dados. O primeiro bloco de dados centrou-se na perspetiva dos enfermeiros sobre a Mulher Cabo-verdiana, no que concerne às suas características e o segundo bloco de dados referente às necessidades em saúde destas mulheres.

Face ao primeiro bloco de dados, e atendendo às etapas explicitadas no segundo capítulo deste artigo, verificou-se que os enfermeiros atribuíram como características das mulheres cabo-verdianas o facto de serem mulheres trabalhadoras (1ª categoria), que vivenciam maioritariamente a sua vida no espaço doméstico (2ª categoria), sendo muitas das vezes vitimas (3ª categoria), com características humanas muito presentes (4ª categoria), onde a educação (do ponto de vista da literacia) é baixa (5ª categoria).

Pela análise detalhada de cada categoria constituída por diferentes unidades de registo, verifica-se que os enfermeiros atribuem às mulheres cabo-verdianas, mulheres muito trabalhadoras, embora confinadas ao espaço doméstico. Pela análise destas duas categorias na tabela 1 verificamos igualmente, que são atributos dados às mulheres cabo-verdianas serem corajosas e fortes, batalhadoras e guerreiras, considerando-as sobrecarregadas na dimensão do trabalho.

> *"Mulher cabo-verdiana é guerreira, apesar dos constrangimentos trabalha duramente para sustento dos filhos e demais membros da família" (E1).*

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.185-191

No espaço doméstico, estas mulheres são percecionadas como chefes de família, mulheres-mães, cuidadoras, educadoras e companheiras.

> "*Muitas vezes desempenham inúmeros papéis, a de ser mãe e pai ao mesmo tempo na educação dos filhos, devido ausência ou falta de assunção de responsabilidade dos homens, mulher dona de casa, trabalhadora, mas consegue sempre dar resposta" (E2).*

Percecionadas como vítimas, terceira categoria, estas mulheres são consideradas como invisíveis para a sociedade, onde situações de violência de género são frequentes, levando a serem percecionadas pelos profissionais de saúde como mansas e humildes.

"Foram consideradas em muitas situações, *meramente objeto de reprodução e a questão da educação era vista como um direito exclusivamente dos homens…" (E6).*

Como seres humanos, quarta categoria, são consideradas como resilientes, criativas e humanas, onde prevalece, na quinta categoria, uma imagem de baixa literacia.

Tabela 1. Perceção dos profissionais sobre as características das mulheres cabo-verdianas.

Categoria	Subcategoria	Unidade de significação	n.º/contagem frequencial
Mulher cabo-verdiana	**Trabalho**	Trabalhadora	15
		Corajosa e Forte	14
		Batalhadora	13
		Guerreira	9
		Sobrecarregada	5
		Total da Categoria	**56**
	Espaço Doméstico	Chefe de Família	18
		Mulher-Mãe	30
		Cuidadora	5
		Educadora	3
		Companheira	3
		Total da Categoria	**59**
	Vítimas	Invisíveis	10
		Violência de género	5
		Mansa	3
		Humilde	3
		Total da Categoria	**21**
	Ser Humano	Resiliente	7
		Criativa	3
		Humana	3
		Total da Categoria	**13**
	Educação	Baixa Literacia	5
		Total da Categoria	**5**

No que concerne ao segundo bloco de dados, referente às necessidades em saúde destas mulheres, os enfermeiros consideram como fundamental o acesso a consultas de saúde da mulher de forma gratuita.

> *"…muitas vezes para além do dinheiro para ir à consulta, são condicionadas pela localização geográfica que tenham de deslocar até ao local da prestação dos serviços de saúde" (E1).*

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.185-191

A prevenção da violência baseada no género é outra das necessidades em saúde apontadas pelos profissionais, tal como a qualidade dos cuidados obstétricos, a despenalização do aborto e o aumento da literacia em saúde.

Os dados por nós apresentados fazem-nos refletir que os enfermeiros de Cabo Verde trazem com eles uma narrativa histórica da construção do Ser Mulher em Cabo Verde. O género e a raça, continuam a perpetuar a ideia da mulher submissa, dependente e pouco participativa na sociedade. Se hoje se assiste a uma valorização da mulher cabo-verdiana, ao aumento do número de mulheres a frequentar o ensino, tal como, a uma política de empoderamento das mulheres em Cabo Verde, ainda subsistem muitas mulheres vítimas de desigualdade e violência de género, e é esse olhar predominante sobre as mulheres cabo verdianas que os profissionais de saúde no geral, e os enfermeiros em particular nos remetem, o que vai ao encontro de Camacho (2010), Carvalho (2015) e Gonçalves (2017). Estes achados remetem para a necessidade de continuarmos a desenvolver projetos e programas de apoio à mulher cabo-verdiana, seja do ponto de vista da sua saúde, seja do ponto de vista económico-social.

4. Conclusões

Esta pesquisa permitiu-nos ir ao encontro da perspetiva dos enfermeiros cabo-verdianos face às características da mulher cabo-verdiana e das suas necessidades em saúde. Percebemos, pelos resultados, que as mulheres cabo-verdianas, ainda hoje, são caracterizadas como mulheres muito trabalhadoras, centradas ao espaço doméstico, muitas vezes vítimas de violência de género, e com baixa literacia.

No que concerne às necessidades em saúde, identifica-se que os enfermeiros consideram como necessário o acesso das mulheres cabo-verdianas a consultas gratuitas no âmbito da saúde da mulher e a melhores cuidados no domínio da saúde materna e obstétrica. Segundo Haraway (1995, p. 12), o mundo real e os problemas reais, do género ou da raça, não podem ser olhados com olhos cínicos de quem maquilha uma realidade socialmente construída por jogos de poderes, porque, “a doutrina ideológica do método científico e toda a verborragia filosófica a respeito da epistemologia tinham sido inventadas para distrair nossa atenção de chegar ao conhecimento do mundo efetivamente através da prática da ciência.”

Através da metodologia da análise de conteúdo, procurámos não só desvelar as características e as necessidades em saúde de mulheres cabo-verdianas pelos olhos de quem cuida delas, como desvelar que questões como o género, a raça são muitas vezes conceitos e construções alvo de estigmatização política, social e económica, assistindo-se muitas vezes à simulação ou a uma co-construção sobre estas realidades, mais ou menos favoráveis aos meios onde se situam.

A utilização da metodologia qualitativa da análise de conteúdo neste estudo permitiu-nos, uma análise sistemática e aceder a uma grande quantidade de dados que é impossível aqui traduzir, sendo que, procurámos sempre salvaguardar que a redução a uma contagem frequencial não nos afastasse do significado particular de cada categoria e de cada unidade de registo. Mais que a sua expressão numérica, o que interessa aqui demarcar, é que os resultados do nosso estudo tornam evidente que estamos perante uma problemática de género, que persiste no tempo, a que os profissionais de saúde são chamados a dar resposta, pois por cada achado encontrado estará uma mulher.

Entendemos que o estudo apresentado apresenta algumas limitações, não só quanto ao numero de participantes, que é reduzido, por outro, o estudo utilizou como recurso um questionário, já que não era possível aos investigadores entrevistarem este numero de profissionais de saúde, atendendo ao tempo que dispunham para a realização da pesquisa.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.185-191

5. Referências

Bardin, L. (2006). *Análise de conteúdo*. Edições 70. Lisboa. Portugal

Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo* (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). Lisboa: Edições 70. (Obra original publicada em 1977)

Camacho, E. B. (2010). *A Participação das Mulheres na Política em Cabo Verde: 1975-2006* (Bachelor's thesis). Disponivel em www.portaldoconhecimento.gov.cv

Carvalho, C. S. (2015). A Questão De Gênero Na Agenda Pública E Política De Cabo Verde, África: Papel das ONG Feministas na Luta pelos Direitos das Mulheres. *Outros Tempos – Pesquisa em Foco-História*, 12(19).

Chizzotti, A. (2006). *Pesquisa em ciências humanas e sociais* (8a ed.). São Paulo: Cortez.

Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2000). *Handbook of qualitative research* (2nd ed.). Thousand Oaks: Sage publications.

Flick, U. (2009). *Introdução à pesquisa qualitativa* (3a ed., J. E. Costa, Trad.). São Paulo: Artmed. (Obra original publicada em 1995)

Freitas, H. M. R., Cunha, M. V. M., Jr., & Moscarola, J. (1997). Aplicação de sistemas de software para auxílio na análise de conteúdo. *Revista de Administração da USP, 32*(3), 97-109.

Gomes, C. (2011). *Mulher e Poder: O caso de Cabo Verde*. IBNL, Praia. ICIEG 2008 Mulheres e Homens em Cabo Verde. Factos e Números.

Gonçalves, L. M. M. (2017). Participação da mulher na política em Cabo Verde. http://repositorio.unilab.edu.br/jspui/bitstream/123456789/786/1/2017_proj_lgoncalves.pdf

Haraway D. (1995). Saberes Localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos pagu,* (5), pp. 07-41.

Instituto Cabo-verdiana de Igualdade e Equidade do Género (2014). Relatório Cabo Verde Beijing +20. República de Cabo Verde.

Lopes, J. (2002). *Cabo Verde: as causas da independência* (e o estado de transição Democrática na África Lusófona). Spleen edições. Colecção Xis da Questão. Cidade da Praia.

Mozzato, A. & Grzybovski, D. (2011). Análise de Conteúdo como Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafios. *RAC*, Curitiba, v. 15, n. 4, pp. 731-747, Jul./Ago. 2011.

Streubert, H. & Carpenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem*. Lusociência, Edições técnicas e cientificas.

Thompson, J. B. (1995). *Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa* (2a ed., Grupo de Estudos sobre Ideologia, Comunicação e Representações Sociais da Pós-Graduação do Instituto de Psicologia da PURCS, Trad.). Rio de Janeiro: Vozes. (Obra original publicada em 1990).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.185-191

Risco de Lesões Músculo Esqueléticas nos Enfermeiros: Contributos do Photovoice

Maria Helena Presado[1], Armando David Sousa[2], Cristina Lavareda Baixinho[3], Ana Leonor Mineiro[4], Fátima Mendes Marques[3], Mário Cardoso[1] e Tiago Nascimento[5]

[1] Departamento de Saúde Materna e Obstétrica, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal | mhpresado@esel.pt; mmcardoso@esel.pt | https://orcid.org/ 0000-0002-6852-7875; https://orcid.org/ 0000-0003-4961-9026

[2] Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, Madeira, Portugal | armandodav@gmail.com | https://orcid.org/ 0000-0002-6393-5896

[3] Departamento de Enfermagem de Reabilitação, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal | crbaixinho@esel.pt; fmarques@esel.pt | https://orcid.org/0000-0001-7417-1732; https://orcid.org/ 0000-0001-6581-6711

[4] Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal | leonor1981@yahoo.com.br | https://orcid.org/ 0000-0003-4505-6262

[5] Departamento de Administração em Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal | tnascimento@esel.pt | https://orcid.org/0000-0003-3646-9057

Resumo: Um dos principais problemas de saúde ocupacional dos enfermeiros são as lesões músculo-esqueléticas relacionadas com as condições de trabalho (LMELT), as atividades específicas dos Enfermeiros e fatores de risco individuais, psicossociais e organizacionais. **Objetivos:** Analisar a perceção dos estudantes de mestrado sobre o risco de lesões músculo esqueléticas ligadas ao trabalho na sua prática clínica. **Métodos:** Estudo qualitativo, descritivo e exploratório com recurso ao Photovoice como método de investigação de ação participativa suportado na compreensão das experiências dos estudantes. A análise de conteúdo seguiu as etapas definidas por Bardin e foi suportada pelo software webQDA®; **Resultados:** Os participantes são 6 estudantes da Unidade Curricular Biomecânica no cuidar do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia. Das 185 unidades de enumeração obtidas, 119 correspondem a fatores de risco físico, 38 a fatores psicossociais e organizacionais e 28 a fatores de risco individual. Sabem os princípios da biomecânica, mas identificam dificuldades na sua utilização face à emergência e natureza da atividade profissional. **Conclusões:** Salientamos o desadequado uso de espaços e equipamentos face às características individuais que contribuem para o risco dos profissionais no contexto de trabalho, agravadas pela situação de pandemia. Foi essencial a utilização do Photovoice como método de recolha de dados, por possibilitar aceder à perspetiva dos participantes sobre os seus fatores de risco de LMELT e promover um papel mais ativo na sua prevenção.

Palavras-chave: Transtornos Traumáticos Cumulativos; Riscos Ocupacionais; Enfermeiro; Fatores de Risco; Perceção.

Risk of Skeletal Muscle Injury in Nurses: Contributions of Photovoice

Abstract: One of the nurse's main occupational health problems are the Work-Related Musculoskeletal Disorders (WRMD). There are specific risks related to the nursing activity, as well as individual, psychosocial and organizational risks. **Objectives:** To analyze the perception of master's students about the risk of musculoskeletal injuries related to work in their clinical practice. **Methods:** Qualitative, descriptive and exploratory study using Photovoice as a method of investigating participatory action based on the understanding of students' experiences. The content analysis followed the steps defined by Bardin and was supported by the WebQdA® software; **Results:** The participants are 6 students from the Biomechanical Curricular Unit in the care of the Specialist Nurse, Maternal Health and Obstetrics. Of the 185 enumeration units obtained, 119 correspond to physical risk factors, 38 to psychosocial and organizational factors and 28 to individual risk factors. They know the principles of biomechanics, but they identify difficulties in their use in view of the emergence and nature of professional activity. **Conclusions.** We emphasize the inappropriate use of spaces and equipment in view of the individual characteristics that contribute to the risk of professionals in the work context, aggravated by the pandemic situation. The use of Photovoice as a method of data collection was essential, as it made it possible to access the perspective of participants on their risk factors for WRMD and promote a more active role in its prevention.

Keywords: Cumulative Trauma Disorders; Occupational Risks; Nurses; Risk Factors; Perception.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.192-201

1. Introdução

As lesões músculo-esqueléticas ligadas ao trabalho (LMELT) são identificadas como um dos principais problemas globais de Saúde Ocupacional, verificando-se elevado impacto nos Enfermeiros, com prevalências a 12 meses que podem oscilar de 34% a 88% (Thinkhamrop et al., 2017). As LMELT podem ser definidas como transtornos traumáticos cumulativos decorrentes de distúrbios isolados ou combinados, nos músculos, articulações, cartilagem ou discos vertebrais, caracterizadas por desconforto, incapacidade ou dor persistente, causada ou agravada maioritariamente pelo desenvolvimento do trabalho e os efeitos do ambiente no qual este trabalho é desempenhado (Boakye et al., 2018).

Os enfermeiros no seu contexto clínico, acarretam elevada exposição a fatores de risco, proveniente dos movimentos repetidos, das posturas inapropriadas, da aplicação de força e pelas vibrações de algumas tarefas. A exigência física e articular de algumas tarefas são extremas, com maior incidência na coluna vertebral. Os Enfermeiros consignam esta exigência em intervenções autónomas e interdependentes como a administração de terapêutica, prestação de cuidados de higiene, posicionamentos, entre outros (Presado et al., 2015; Serranheira et al., 2012).

Na prestação dos Enfermeiros Obstetras, surgem riscos adicionais de acordo com três dimensões percecionadas: o equipamento e os recursos materiais, fatores relacionados com a parturiente e fatores associados com a natureza da tarefa (Presado et al., 2015). Contribuem também para o agravamento das lesões fatores como idade, anos de prática, índice de massa corporal, horas de trabalho, satisfação e stress laboral (Okuyucu et al., 2019).

Atualmente num contexto de pandemia (COVID-19), os enfermeiros são sujeitos à tensão e exaustão física da prestação de cuidados, com dinâmicas de trabalho variadas, oriundas do número crescente de pacientes, com possível deterioração rápida, sujeitos a exposição à doença e à morte (Chang et al., 2020). Embora o stresse, ansiedade e a depressão possam ser vistos como reações emocionais normais diante de uma pandemia (Liu et al. 2020), o seu surgimento e manutenção agravam as LMELT.

Embora os riscos das LMELT já tenham sido identificados desde o século XVIII, a sua desvalorização continua presente, os profissionais e os gestores valorizam a qualidade dos cuidados prestados e desvalorizam a importância da saúde dos prestadores, havendo mesmo a possibilidade de ocorrer stress pós-traumático (Bianchi et al., 2019).

A desvalorização destes fatores em prol das necessidades dos doentes, da resiliência dos profissionais, das necessidade económica e sociais, potenciam o agravamento das lesões na dimensão temporal contribuindo para a ocorrência do presenteísmo – entendido como o exercício de funções no local de trabalho em condições de saúde precárias e muitas vezes com um desempenho abaixo do expectável (Rainbow & Steege, 2017), e consequentemente, no absentismo laboral, com consequências inequívocas na qualidade dos cuidados e com impacto financeiro na sustentabilidade e eficiência das organizações (Aysun & Bayram, 2017; Luan et al., 2018; Nascimento & Pestana, 2019). A análise e mitigação dos riscos na prática do Enfermeiro, promovendo o "*awareness*" dos profissionais, tem um impacto positivo na redução da sintomatologia músculo-esquelética e associado à adequada gestão, promovem o bem-estar do colaborador, a segurança dos pacientes, bem como as dotações seguras nos contextos de prática clínica (Okuyucu et al., 2021).

Com este estudo pretendemos analisar a perceção dos estudantes de mestrado em saúde materna e obstétrica sobre o risco de LMELT na sua prática clínica, decorrente da Unidade Curricular (UC) de Opção: Biomecânica no Cuidar do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia (UC-BCEESMO).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.192-201

2. Metodologia

Estudo de abordagem qualitativa, descritivo e exploratório baseado num conhecimento compreensivo cuja interpretação se assumiu como elemento fulcral na investigação. A procura de experiências de ensino-aprendizagem indo ao encontro da realidade do contexto clínico e fomentando o pensamento crítico dos estudantes (Andina-Díaz, 2020; Gonçalves et al., 2021), levou os sete investigadores e docentes da UC-BCEESMO, a lançar o desafio da utilização do Photovoice. Este é um método participativo da metodologia investigativa envolvendo fotografia e reflexão (Wang & Burris, 1997; Werremeyer et al., 2020). Como prática de produção de conhecimento, o Photovoice assenta em três objetivos: 1) habilitar as pessoas na identificação, registo e reflexão sobre potencialidades e problemas da sua comunidade; 2) promover o diálogo crítico e o conhecimento sobre temas importantes através de grupos de discussão das fotografias; 3) dar visibilidade às suas vidas, nomeadamente, a decisores políticos e financeiros (Wang & Burris, 1997; Wang et al., 1998).

Esta estratégia de investigação de ação participativa é cada vez mais valorizada na área da saúde (Capewell et al., 2020; Santos et al., 2018; Werremeyer et al., 2020) e na formação em enfermagem (Andina-Díaz, 2020), pelo desenvolvimento de competências de comunicação e de intervenção. Deste modo, para responder à questão de investigação: Qual a percepção dos estudantes sobre o risco de LMELT na sua prática clínica? foi solicitado aos estudantes que documentassem a realidade do seu local de trabalho, relativamente ao risco de LMELT. Nesta análise, é impossível distinguir opiniões, perceções e significados individuais desagregados do seu contexto (Baixinho, C.L., Presado, M.H. & Ribeiro, J., 2019).

As fotos foram obtidas através de máquinas fotográficas, telefones portáteis com câmaras acopladas ou *tablets* e respeitando o anonimato das pessoas que apareceram nas fotografias (rostos pixelados) (Andina-Díaz, 2020; Santos et al., 2018). Os participantes produziram um texto com uma análise e descrição reflexiva das fotos contextualizadas na problemática das LMELT. Ao partilharem e analisarem as suas fotografias, os estudantes recorreram ao poder da imagem visual para comunicar as suas experiências, perícia e conhecimentos (Wang et al., 1998).

A amostra foi constituída inicialmente por 6 estudantes que aceitaram participar após explicação e esclarecimento de dúvidas sobre o estudo. Os critérios de seleção dos estudantes foram: a) estarem a frequentar a UC BCEESMO e, b) exercerem atividade profissional em contexto de cuidados de saúde.

Após a recolha de dados procedeu-se à análise que envolveu a organização sistematizada dos documentos elaborados pelos estudantes. A constituição de um *corpus* implicou atender à representatividade, exaustividade, homogeneidade e relevância dos documentos disponíveis em relação ao objeto de estudo (Bardin, 2016).

Os dados foram submetidos a análise de conteúdo (Bardin, 2016), suportada pelo software WebQdA® (Costa & Amado, 2018), por possibilitar a partilha de informação entre investigadores, a análise de dados não estruturados, como imagens (Freitas et al., 2017).

Os dados foram transformados constantemente e agregados em unidades temáticas proporcionando uma descrição exata das caraterísticas pertinentes do conteúdo (Bardin, 2016). Posteriormente, realizou-se a categorização e a contagem frequencial, que incidiu no tipo de unidades de registo (UR). Embora os programas de análise qualitativa sejam uma ferramenta facilitadora, estes não substituem a codificação humana (Fornari & Fonseca, 2020). Dois investigadores asseguraram a atribuição dos códigos aos discursos, sendo validada pela restante equipa de investigadores, atendendo ao carácter colaborativo do WebQdA® (Costa & Amado, 2018).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.192-201

A Comissão de Ética da ESEL aprovou previamente a investigação e foi solicitado aos estudantes o consentimento informado. A confidencialidade foi assegurada tendo sido garantido o anonimato dos participantes, os nomes dos estudantes foram identificados com um nome fictício, criando um código (P) que será utilizado neste trabalho. Apenas a equipa de investigadores teve acesso aos projetos de intervenção.

3. Resultados

Participaram no estudo 6 estudantes do sexo feminino, que frequentaram a UC-BCEESMO. A idade dos participantes varia entre os 28 anos e 48 anos com uma média de 34,5 anos, o tempo profissional como enfermeiro varia entre 6 anos e 27 anos (média de 11,3 anos) e o tempo de exercício de funções no serviço atual varia entre 2 e 10 anos (6,8 anos de tempo médio). Relativamente às características pessoais dos participantes, o peso varia entre 50Kg e 65kg (média de 58,7Kg), a altura entre 1,62m e 1,80m (1,7m) e o IMC varia entre 19,1 e 23,9 (média de 21), encontrando-se dois enfermeiros em situação de baixo peso.

Dos textos produzidos pelos participantes com base nos registos fotográficos, foi realizada a análise qualitativa recorrendo ao WebQDA®. Na pesquisa das palavras mais frequentes, obtivemos a palavra “trabalho” com 31 referências, seguindo-se a “posição” com 24 referências e as palavras “serviço” e “altura” ambas com 19 referências (Figura 1).



Fig. 1. Palavras mais frequentes dos textos narrativos, Lisboa, 2020.

O resultado da codificação dos textos permite-nos verificar que, das 185 unidades de enumeração (referencias) obtidas: 119 correspondem aos fatores de risco físico, 38 aos fatores de risco psicossociais e organizacionais e, 28 aos fatores de risco individual (Tabela 1).

Tabela 1. Referenciação dos fatores de risco, Lisboa, 2020.

Dimensão dos Fatores de Risco	Ref	Fontes
Físico	119	1,2,3,4,5 e 6
Psicossociais e Organizacionais	38	1,2,3,4,5 e 6
Individual	28	1,2,3,4,5 e 6
Total	**185**	**6**

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.192-201

Os participantes identificaram como **Fatores de risco Psicossociais e Organizacionais**, as características físicas dos espaços, ausência de equipamentos ou inadequados e a dinâmica da instituição/serviços (trabalho por turnos, rácios e sobrecarga de trabalho), expressas nos verbatins:

- "(…) o espaço físico dos quartos é reduzido, para além das camas, mesas de cabeceira e mesas de apoio à refeição, ainda é necessário criar um espaço com materiais de consumo clínico" (P1).
- "(…) contexto laboral é constante a sobrecarga e stress de trabalho, pois é um serviço de enorme afluência de utentes na sua maioria totalmente dependentes e que frequentemente necessitam de cuidados especializados, existindo escassos recursos humanos para dar resposta a estas necessidades" (P4).
- "(…) serviço dinâmico, com poucas rotinas estabelecidas e por isso com elevada imprevisibilidade dos turnos, o que conduz a um permanente estado de alerta" (P3).
- "(…) existe um transfere, que se encontra no bloco operatório, que se localiza num dos extremos arquitetónicos do serviço, conduzindo a que este apenas seja utilizado maioritariamente nesta localização" (P3).
- "(…) trabalha por turnos, com elevadas cargas de horário, realizando muitas vezes dois e três turnos noturnos por semana, devido à escassez de recursos humanos" (P3).
- "(…) as pausas laborais, sejam consecutivamente adiadas e muitas vezes não realizadas, resultando numa sobrecarga permanente da equipa de enfermagem devido aos ritmos intensos de trabalho" (P3).
- "(…) no início da pandemia cada quarto tinha uma lotação máxima de dois utentes, atualmente e dado o aumento do número de casos positivos, os utentes com covid positivo, chegam a estar três por quarto" (P1).

O código de árvore do software webQDA® dos **Fatores de risco Físico**, permite-nos constatar que existem 119 referências relativas à categoria mecânica corporal. Todos os participantes aludiram a aspetos que se enquadram no alinhamento corporal, equilíbrio, movimento corporal, fricção e atrito, força mecânica.

Na subcategoria alinhamento corporal foi possível verificar que, das 31 referências, 6 mantinham alinhamento, e 25 não mantinham, visível nesta citação: "posição estática flexão da coluna, ocorrendo desequilíbrio corporal, pelo desalinhamento os ombros relativamente às cristas ilíacas, com rotação externa das tíbias e ligeira flexão dos joelhos, para preservar algum equilíbrio" (P5).

O equilíbrio obteve 30 referencias, das quais 27 são de postura em desequilíbrio: "peso não está distribuído uniformemente, sendo que o centro de gravidade se encontra deslocado para a frente, fora da base de sustentação, colaborando para a diminuição do equilíbrio" e "apoiada praticamente num só pé e utilizo a distensão da coluna vertebral de forma a chegar à prateleira mais alta do armário de stock" (P5).

O movimento corporal conseguiu 30 referências, 28 fazem alusão à posição estática por longos períodos, visível nestas citações "(…) a enfermeira encontra-se numa posição estática por um longo período (superior a 6 minutos)" e "(…) ficar em pé e trabalhar nos computadores que estão alocados aos carros de medicação" (P6).

Relativamente a "Fricção e Atrito", apenas apuramos 7 referencias de 5 participantes (fontes). A força mecânica foi aludida por 6 fontes com 14 referencias.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.192-201

Classificado como “outros” fatores, encontramos 7 referencias mencionados por 3 participantes, correspondendo à sintomatologia das LMELT, como presente nesta citação: “(…) sintomatologia tende a piorar no fim do turno e quando trabalho por dias consecutivos, e por sua vez, melhora nos dias de folga ou durante as férias” (P4) e a consciencialização da adoção de posturas incorretas: “adoção de posturas inadequadas e viciosas quando estou a exercer a minha prática clínica, pois tenho plena consciência que estou a ser incorreta comigo própria” e “maioria das vezes é sob stresse e de forma rápida que as realizo e não penso nas consequências da forma como as concretizo” (P4).

Tabela 2. Categorização dos fatores de risco físico, Lisboa, 2020.

Fatores de Risco Físico	Ref	Fonte
Alinhamento corporal	31	6
Equilíbrio	30	6
Movimento corporal	30	6
Fricção e atrito	7	5
Força mecânica	14	6
Outros	7	3
Total	**119**	**6**

No que concerne aos riscos individuais, salientamos que 5 fontes apresentaram 28 referencias às características pessoais como a idade, peso, altura e hábitos de vida como a alimentação e exercício físico.

4. Discussão

O Photovoice foi relevante como método de recolha de dados por traduzir a auto perceção dos participantes e permitir uma melhor compreensão do significado das LMELT e, concomitantemente, promover um papel mais ativo na sua prevenção (Topcu et al., 2020).

Os resultados reforçam o que está descrito em outros estudos que identificam um conjunto de riscos associados à prática clínica dos enfermeiros: 1) físico (movimento corporal, alinhamento corporal, equilíbrio, força, e atrito e fricção); 2) individual (idade, peso, altura) e; 3) psicossociais e organizacionais (espaço de trabalho, equipamentos e dinâmica organizacional) (Baixinho, Presado, Marques, & Cardoso, 2016a).

A organização de um turno de trabalho e a tomada de decisão sobre a adoção dos princípios da biomecânica é complexa e pode ser relevada para segundo plano pela existência de vários focos de atenção, com a obrigatoriedade de rapidamente se passar de uma posição estática para uma dinâmica (Baixinho, Presado, Marques, & Cardoso, 2016b). Na análise da nuvem de palavras as que emergem com maior expressividade são trabalho e posição, o que de algum modo relaciona bem as dificuldades associadas ao volume de trabalho, diversidade de atividades e alterações frequentes de posição.

O risco acrescido de lesões está associado a períodos prolongados com posturas incorretas, sem respeito pelo alinhamento corporal, mantendo-se na posição de pé com flexão acentuada do pescoço e da região dorsolombar e dorsiflexão quando manipulam “cargas”, mantendo simultaneamente movimentos repetitivos, com aplicação de força e elevação do membro superior a 90º (Ganer, 2016).

O atual contexto de pandemia patente nas descrições dos participantes, obriga à restruturação dos serviços e um aumento do fluxo de trabalho, bem como, a sobre carga física, emocional e psicossocial, fruto da incerteza diária (Chang et al., 2020; Liu et al., 2020).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.192-201

A natureza especifica de algumas atividades desempenhadas pelos enfermeiros (exemplo o parto) têm riscos associados aos movimentos bruscos de pronosupinação, realizados com as mãos elevadas em relação aos ombros (Taghinejad, Azadi, Suhrabi & Sayedinia, 2016), que dificilmente podem ser controlados. Assim, uma atividade que já é por si 'penosa' torna-se difícil de controlar por um conjunto de fatores profissionais, psicossociais e organizacionais.

Os resultados desta pesquisa reforçam o supracitado, com as participantes a descrever situações em que não conseguem manter o equilíbrio, com má distribuição do seu peso corporal e não manutenção do centro de equilíbrio na base de sustentação. Outras registam os elevados períodos na posição de pé, a fricção e o atrito na execução das atividades e a força também como elementos de difícil controlo, o que vai ao encontro dos outros resultados obtidos também por abordagens qualitativas (Long, Bogossian & Johnston, 2013; Ganer, 2016).

Estes riscos que advém da tomada de decisão das profissionais, e da falta de formação, são agravados pelo ambiente de trabalho inadequado, materiais e equipamentos desajustados, às suas características antropométricas e às exigências tempo e rácio profissional/utente (Baixinho et al., 2016a; 2016b). Corroborando o que outros autores advogam sobre a necessidade de reforçar a formação ao nível pré e pós-graduada sobre a biomecânica (Presado et al., 2015), os resultados apontam que mesmo com formação há dificuldades em manter a segurança postural, o que justifica uma aposta em políticas de saúde ocupacional que promovam o bem-estar e controlem os fatores de risco com participação ativa de todos os envolvidos.

Este repto à prevenção justifica-se na elevada prevalência e nas consequências que estas lesões têm para os enfermeiros, para as organizações com o absentismo, e para o sistema de saúde, dado que muitas destas lesões evoluem para a cronicidade e exigem cuidados de reabilitação e cirurgias que aumentam os custos com o tratamento (Aysun & Bayram, 2017; Boakye et al., 2018; Luan et al., 2018; Nascimento & Pestana, 2019).

A solução pode passar pela formação contínua em contexto de trabalho, com envolvimento da equipa multiprofissional e recurso à prática simulada de alta-fidelidade (Presado et al., 2015; Baixinho et al., 2016a; 2016b; Baixinho, C.L., Presado, M.H. & Ribeiro, J., 2019).

Face à gravidade do fenómeno, recomenda-se o desenho de uma intervenção multidimensional para o controlo deste grave problema de saúde pública.

5. Conclusões

A análise do resultados tornou evidente os múltiplos fatores de risco de LMELT percecionados pelos participantes na sua prática clínica e as inúmeras exigências biomecânicas da sua atividade, condicionando a adoção frequente de posturas inadequadas, evidenciadas por: adoção maioritária de posições estáticas; posturas forçadas que exigem alinhamentos não naturais do corpo, com maior sobrecarga nas regiões cervical e dorsolombar; desvios do centro de gravidade, com uma base de sustentação pouco ampla, contribuindo para a diminuição do equilíbrio; realização de movimentos repetitivos e; utilização incorreta das alavancas para efetuar força.

Todos os participantes apresentaram fatores de risco individuais; psico-sociais e organizacionais e físicos para o desenvolvimento de LMELT. Neste âmbito, a intervenção ergonómica é imperiosa de modo a minimizar os fatores de risco de LMELT, promovendo a adoção de posturas adequadas por parte dos enfermeiros, de forma a realizarem a tarefa com conforto, segurança e eficiência.

Consideramos importante o controlo do ambiente físico, a organização adequada do espaço de trabalho, a existência de equipamentos funcionais, ergonomicamente concebidos, adaptados e adequados à prática clínica, assim como, um investimento na formação dos profissionais para a prevenção das LMELT, não só em contexto laboral, mas igualmente nos contextos de formação graduada e pós-graduada.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.192-201

Este estudo obteve um contributo essencial da Investigação Qualitativa para a compreensão da problemática em análise. A utilização do Photovoice, como método de recolha de dados, na investigação qualitativa, foi essencial aos investigadores, por possibilitar aceder à perspetiva dos participantes e melhor compreender qual a sua perceção acerca dos fatores de risco de LMELT presentes na sua prática clínica e de que forma podem desenvolver estratégias interventivas para prevenção das LMELT. Este estudo permitiu alcançar uma nova visão do fenómeno, recorrendo à perspetiva dos seis enfermeiros participantes, o que favorece a compreensão das LMELT.

Consideramos que este estudo traz contributos relevantes para a prática clínica e para a investigação de natureza interpretativa, quer pelo processo metodológico, quer pelos resultados obtidos.

O enfoque na segurança dos profissionais é essencial, de forma a garantir cuidados de saúde mais seguros, eficientes e produtivos, diminuindo assim o presenteísmo, o absentismo laboral e os gastos com a saúde provocados pelas LMELT.

6. Referências

Andina-Díaz, E. (2020). Using photovoice to stimulate critical thinking: An exploratory study with nursing students. Em Revista Latino-Americana de Enfermagem (Vol. 28, pp. 1–7). scielo. https://doi.org/10.1590/1518-8345.3625.3314

Aysun, K., & Bayram, Ş. (2017). Determining the level and cost of sickness presenteeism among hospital staff in Turkey. International Journal of Occupational Safety and Ergonomics, 23(4), 501–509. https://doi.org/10.1080/10803548.2016.1274159

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*, 29(sup), 36-43. https://doi.org/10.5020/18061230.2016.sup.p36

Baixinho, C. L., Presado, H., Marques, F. M., & Cardoso, M. (2016b). Prevenção das lesões músculo-esqueléticas: relatos dos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica. *Atas CIAIQ*, 2, 488-97

Baixinho, C.L., & Presado, M.H., Ribeiro, J. (2019). Qualitative research and the transformation of public health. Ciência & Saúde Coletiva; 24 (5)1583-1583. https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.05962019

Bardin, L. (2016). Análise de Conteúdo. Em Edições 70.

Bianchi, T., Belingheri, M., Nespoli, A., De Vito, G., & Riva, M. A. (2019). Occupational risks in midwifery: From Bernardino Ramazzini to modern times. Safety and Health at Work, 10(2), 245–247. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.shaw.2018.11.002

Biggs, J., & Tang, C. (2011). Teaching for quality learning at university (4th ed.). Open University Press. http://books.google.se/books/about/Teaching_for_Quality_Learning_at_Univers.html?id=XhjRBrDAESkC&pgis=1

Boakye, H., Numarce, B., Ameh, J. O., & Bello, A. I. (2018). Work-related musculoskeletal disorders among nurses and midwives at a municipal health facility in Ghana. Ghana Medical Journal, 52(4), 228. https://doi.org/10.4314/gmj.v52i4.10

Capewell, C., Ralph, S., & Symonds, M. (2020). Listening to women's voices: Using an adapted photovoice methodology to access their emotional responses to diagnosis and treatment of breast cancer. Journal of Patient Experience, 7(6), 1316–1323. https://doi.org/10.1177/2374373520930463

Chang, D., Xu, H., Rebaza, A., Sharma, L., & Dela Cruz, C. S. (2020). Protecting health-care workers from subclinical coronavirus infection. *The Lancet. Respiratory Medicine*, 8(3), e13. https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30066-7

Clemente, M. R., Vieira, R., Martins, F., & Andrade, A. I. (2014). Linguistic diversity in Aveiro, Portugal: Exploring linguistic landscape methodologies in the «Beira Mar» neighborhood. Internet Latent Corpus Journal, 3(1), 116–133.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.192-201

Costa, A. P., & Amado, J. (2018). Análise de conteúdo suportada por software. Ludomedia

Costa, A. P., Loureiro, M. J., Reis, L. P., & Neri de Souza, F. (2015). Análise de interações focada na colaboração e cooperação do modelo 4C. Revista Lusófona de Educação, 29, 19–39.

Fornari, L. F., & Fonseca, R. M. G. S. da. (2020). Critical-emancipatory workshop analysis through qualitative analysis software. Qualitative Report, 25(13), 90–103.

Freitas, F., Ribeiro, J., Brandão, C., Souza, F. N. de, & Costa, A. P. (2017). Experiência de utilizador em pacotes de software de análise qualitativa: da usabilidade à (auto)aprendizagem. Em A prática na Investigação Qualitativa: exemplos de estudos (1a parte) (Vol. 1, Número 1, pp. 147–172). Ludomedia.

Ganer N. (2016). Work related musculoskeletal disorders among healthcare professional and their preventive measure: a report. *IJSRSET*, 2(4), 693-8. https://doi.org/10.4103/0019-5278.146896

Gonçalves, J. P., Marques, C. G., & Gonçalves, S. P. (2021). Manual de investigação qualitativa - conceção, análise e aplicações. Pactor.

Liu S, Yang L, Zhang C, et al. (2020). Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. Lancet Psychiatry, (7), e17–18. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30077-8

Long, M. H., Bogossian, F. E. & 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 Saf, 61, 223-9. https://doi.org/10.1177/216507991306100506.

Luan, H. D., Hai, N. T., Xanh, P. T., Giang, H. T., Van Thuc, P., Hong, N. M., & Khue, P. M. (2018). Musculoskeletal disorders: prevalence and associated factors among district hospital nurses in Haiphong, Vietnam. BioMed Research International, 2018. https://doi.org/10.1155/2018/3162564

Nascimento, T., & Pestana, G. (2019). Improving efficiency in organizations by monitoring stress and promoting awareness and wellbeing at the workplace. European Conference on Knowledge Management, 2, 1197–1204. https://doi.org/10.34190/KM.19.165

Okuyucu, K., Gyi, D., Hignett, S., & Doshani, A. (2019). Midwives are getting hurt: UK survey of the prevalence and risk factors for developing musculoskeletal symptoms. Midwifery, 79. https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102546

Okuyucu, K., Hignett, S., Gyi, D., & Doshani, A. (2021). Midwives' thoughts about musculoskeletal disorders with an evaluation of working tasks. Applied Ergonomics, 90, 103263. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.apergo.2020.103263

Presado, M. H., Marques, F. M., Baixinho, C. L., & Cardoso, M. (2015). Lesões músculo-esqueléticas nos enfermeiros especialistas em sáude materna. CIAIQ, 1, 193–198.

Rainbow, J. G., & Steege, L. M. (2017). Presenteeism in nursing: An evolutionary concept analysis. Nursing Outlook. https://doi.org/10.1016/j.outlook.2017.03.005

Santos, M. A. F., Lopes, M. A. P., & Botelho, M. A. R. (2018). Photovoice as a method of data collection in the study of motherhood over the age of 35: The power of images. Em A. P. Costa, L. P. Reis, F. N. de Souza, & A. Moreira (Eds.), Advances in Intelligent Systems and Computing (Vol. 621, pp. 316–326). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-61121-1_27

Serranheira, F., Cotrim, T., Rodrigues, V., Nunes, C., & Sousa-Uva, A. (2012). Lesões musculosqueléticas ligadas ao trabalho em enfermeiros portugueses: «ossos do ofício» ou doenças relacionadas com o trabalho? Revista Portuguesa de Saúde Publica, 30(2), 193–203. https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2012.10.001

Taghinejad, H., Azadi, A., Suhrabi, Z. & Sayedinia, M. (2016). Musculoskeletal disorders and their related risk factors among Iranian nurses. Biotech Health Sci, 3(1), e34473. https://doi.org/10.17795/bhs-34473.

Teixeira-Dias, J. J. C., Pedrosa de Jesus, H., de Souza, F. N., & Watts, M. (2005). Teaching for quality learning in chemistry. International Journal of Science Education, 27(9), 1123–1137. https://doi.org/10.1080/09500690500102813

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.192-201

Thinkhamrop, W., Sawaengdee, K., Tangcharoensathien, V., Theerawit, T., Laohasiriwong, W., Saengsuwan, J., & Hurst, C. P. (2017). Burden of musculoskeletal disorders among registered nurses: evidence from the Thai nurse cohort study. BMC Nursing, 16(1), 68. https://doi.org/10.1186/s12912-017-0263-x

Topcu, G., Buchanan, H., Aubeeluck, A., & Ülsever, H. (2020). Informal carers' experiences of caring for someone with Multiple Sclerosis: A photovoice investigation. British Journal of Health Psychology, n/a(n/a). https://doi.org/10.1111/bjhp.12482

Wang, C. C., Yi, W. K., Tao, Z. W., & Carovano, K. (1998). Photovoice as a participatory health promotion strategy. Health Promotion International, 13(1), 75–86. https://doi.org/10.1093/heapro/13.1.75

Wang, C., & Burris, M. A. (1997). Photovoice: Concept, methodology, and use for participatory needs assessment. Health Education & Behavior, 24(3), 369–387. https://doi.org/10.1177/109019819702400309

Watts, M., & Alsop, S. A. (2000). Terms of engagement: Learners and school science. Paper presented to the Annual Conference of the Canadian Society for the Study of Education.

Werremeyer, A., Skoy, E., Burns, W., & Bach-Gorman, A. (2020). Photovoice as an intervention for college students living with mental illness: A pilot study. Mental Health Clinician, 10(4), 237–243. https://doi.org/10.9740/mhc.2020.07.237

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.192-201

Itinerário Terapêutico e Vulnerabilidade Social em Adultos com Doença Falciforme

Rosana Brandão Vilela[1], Lorena Cardoso Caldas[1], Brunna Correia Santos[1], Alexia Carneiro de Almeida[1], Maria Alexsandra Silva[1], Sidney José Santos[2]

[1]Universidade Federal de Alagoas, Faculdade de Medicina, Maceió-Al, Brasil | zanavilela@gmail.com; lorenancfcaldas@gmail.com; brunna_mac@hotmail.com; alexiaalmeida@hotmail.com; maria_alexsandra_e@hotmail.com | https://orcid.org/0000-0003-3910-4678; https://orcid.org/0000-0002-2813-5498; https://orcid.org/0000-0003-1726-6019; https://orcid.org/0000-0003-2565-8696; https://orcid.org/0000-0002-3167-9357

[2]Associação das Pessoas com Hemoglobinopatias de Alagoas, Brasil | sid.s@globo.com | https://orcid.org/0000-0003-0951-0413

Resumo: A reconstituição do itinerário terapêutico é uma tecnologia utilizada na prática da pesquisa qualitativa. Este estudo buscou analisar a vulnerabilidade social de pessoas adultas com doença falciforme (DF), por meio da reconstrução de itinerários terapêuticos. Trata-se de uma enfermidade hereditária, crônica, de alta prevalência no Brasil, que pode causar uma série de complicações ao longo da vida do indivíduo acometido. Na pesquisa foram entrevistados sete adultos (cinco mulheres e dois homens), com doença falciforme. Os participantes, selecionados de forma intencional, apresentaram em comum um histórico clínico e laboratorial de DF do tipo grave (SS). O material foi submetido à análise de conteúdo, na modalidade temática, utilizando as categorias indicadas previamente: (a) Renda, trabalho e escolaridade; (b) Interações familiar, social e amorosa; (c) Associação de pacientes e Internet. Os resultados da pesquisa demonstraram que a reconstituição de itinerários terapêuticos possibilita a compreensão dos variados modos da vulnerabilidade social na vida dessas pessoas, no estado de Alagoas, apresentando as diferenças e as similaridades nas formas de seu enfrentamento. Observou-se a vulnerabilidade social associada à precária comunicação sobre a doença, no ato da consulta médica, na escola e no trabalho. A inserção desses indivíduos em grupos de convivência, a exemplo das mídias sociais, trouxe benefícios como fonte de conhecimento, bem como canal de comunicação com outras pessoas com diagnóstico semelhante. Portanto, a reconstrução de itinerários terapêuticos mostrou-se uma importante ferramenta para: conhecer e avaliar esta dimensão analítica da vulnerabilidade e sua relação com o autocuidado em saúde; identificar a necessidade de ações mais efetivas visando oportunidades educacional, econômica, social e cultural; e favorecer a afirmação da experiência trazida pelas pessoas com doença falciforme.

Palavras-chave: Itinerário Terapêutico; Pesquisa Qualitativa; Doença Falciforme; Vulnerabilidade Social.

Therapeutic Itinerary and Social Vulnerability in Adults with Sickle Cell Disease

Abstract: The reconstruction of the therapeutic itinerary is a technology applied in the practice of qualitative research. This study intended to analyze the social vulnerability of adults with sickle cell disease, through the reconstruction of therapeutic itineraries. It is a hereditary, chronic disease, highly prevalent in Brazil, which can cause a series of complications throughout the life of the affected individual. In the survey, seven adults (five women and two men) with sickle cell disease were interviewed. The participants, selected intentionally, had in common a clinical and laboratory history of severe sickle cell disease (SS). The collected data were submitted to content analysis, in the thematic modality, applying the categories previously indicated: (a) Income, work and education; (b) Family, social and loving interactions; (c) Patient's support groups. The results of the study show that the reconstruction of therapeutic itineraries make it possible to understand the various types of social vulnerability in the lives of these people, in the state of Alagoas, showing the differences and similarities in the ways of coping. The link between social vulnerability and receiving little information about the disease when having a medical appointment either/ both in school and work was also observed/ considered in this study. The inclusion of these individuals in social groups — social media, particularly — brought benefits such as source of knowledge, as well as a channel of communication with other people with a similar diagnosis. Therefore, therapeutic itinerary is an important tool for being aware and evaluate this analytical dimension of vulnerability and its linking with self-care regarding to health; identify the need for more effective actions aimed at educational, economic, social and cultural opportunities, and favor the affirmation of the experience brought by people with sickle cell disease.

Keywords: Therapeutic Itinerary; Qualitative Research; Sickle Cell Disease; Social Vulnerability.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.202-210

1. Introdução

A doença falciforme (DF) é definida como um conjunto de patologias hematológicas crônicas, hereditárias, as quais têm em comum a presença da hemoglobina S (HbS) nas hemácias e apresentam impacto significativo na vida das pessoas e suas famílias (Zago, 2001).

A HbS é originada de uma mutação genética que afeta uma das bases nitrogenadas do ácido desoxirribonucleico (DNA) (Naoum, 2011). Esta hemoglobina, em baixas condições de oxigênio, assume a forma de foice, possibilitando o fenômeno vaso-oclusivo e hemólise (Zago, 2001). A doença se configura como uma condição crônica que exige cuidados continuados e prolongados. Ainda é compreendida como incurável, embora já existam potenciais tratamentos, como é o caso do Transplante de Medula Óssea (TMO) para receptores compatíveis dentro ou fora da família (Pieroni et al., 2007).

Dados do Ministério da Saúde estimam o nascimento de 3.500 bebês com a patologia a cada ano, evidenciando a relevância epidemiológica da doença no país. É uma das alterações genéticas mais frequentes no Brasil que se distribui de forma heterogênea, apresentando maior prevalência onde a proporção da população negra é maior, cujas frequências do gene variam de 2% a 3% em todo o país, aumentando para 6% a 10% entre pretos e pardos (Brasil, 2015). Este dado indica não apenas uma questão de raça, mas também de classe para a doença, visto que, no Brasil, a população negra está na base da pirâmide social e apresenta os piores indicadores epidemiológicos, educacionais e econômicos (Brasil, 2006; Figueró & Ribeiro, 2017).

Um conjunto de ações e propostas, tais como diagnóstico por meio da triagem neonatal, prevenção com vacinas e antibioticoterapia profilática, bem como introdução da hidroxiureia, advindas, em especial, da influência do movimento negro sobre o poder público, modificou a expectativa de vida das pessoas acometidas pela DF. Esse aumento na longevidade das pessoas com DF demanda cuidados continuamente, uma vez que são pessoas que, em face do adoecimento crônico, da incapacidade e do sofrimento, convivem com estado de vulnerabilidade constante (Al Nagshabandi & Abdulmutalib, 2019; Cançado & Jesus, 2007; Marques, Cavalcanti & Ruzzi-Pereira, 2015; Ferreira et al., 2013; Ohara, et al., 2012).

Vulnerabilidade é termo aplicável a diferentes campos temáticos, remetendo ao sentido de fragilidade, não apenas condicionada à ausência ou precariedade no acesso à renda, mas atrelada também às fragilidades de vínculos afetivo-relacionais e desigualdade de acesso a bens e serviços públicos. Na área da saúde, o conceito de vulnerabilidade tem presença na: Bioética, Saúde Mental, Saúde Ambiental, Epidemiologia (Carmo & Guizardi, 2018).

Para Ayres et al. (2003) e Ayres (2009), a vulnerabilidade aparece, então, como uma possibilidade de buscar novas sínteses teóricas, de fazer a Epidemiologia dialogar com outras ciências e com outros saberes não científicos, uma possibilidade de construir saberes compreensivo-interpretativos, produtores de sínteses aplicadas. Trata-se da possibilidade de adoecimento do indivíduo de acordo com a sua situação, que pode estar relacionado as próprias características do indivíduo (vulnerabilidade individual), ao nível de coesão social construído durante a sua vida (vulnerabilidade social) ou ao grau de comprometimento governamental (âmbito programático).

Cronin et al. (2019) indicaram que fatores sociais impactavam no número de hospitalizações, no cuidado à saúde de pessoas com DF. A revisão integrativa realizada por Albrecht et al. (2016), que visou identificar as dimensões da vulnerabilidade, presentes na produção indexada na Biblioteca Virtual da Saúde, não encontrou estudos que abordassem diretamente a questão da vulnerabilidade individual e/ou social relacionadas a esta doença.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.202-210

Para compreender a vulnerabilidade social das pessoas adultas com DF, a presente pesquisa amparou-se na compreensão dos itinerários terapêuticos (IT), definidos como os diversos recursos acessados e os variados caminhos a serem percorridos pelos sujeitos na busca pelo cuidado em saúde. Vilela et al. (2019) constataram que a reconstituição do IT foi fundamental para visualizar as dificuldades vivenciadas pelas pessoas com DF na busca por cuidados em saúde, revelando assim a situação de vulnerabilidade programática vivenciada por esta população.

O IT compreende muito mais que a descrição linear das escolhas feitas pelo sujeito sobre os equipamentos institucionalizados de saúde, pois relaciona-se com uma variedade de saberes que se encontra próxima à sua realidade sociocultural, que lhe permite constituir compreensões e valores para lidar com seu processo de saúde-doença-cuidado.

Diante destes argumentos e da necessidade de maiores contribuições para o tema, justificou-se o desenvolvimento deste estudo pautado na seguinte pergunta: A reconstrução dos itinerários terapêuticos (IT) possibilita compreender a vulnerabilidade social de pessoas adultas com DF? Desse modo, a presente investigação teve como objetivo analisar a vulnerabilidade social de pessoas adultas com DF, por meio da reconstrução de itinerários terapêuticos.

2. Metodologia

Trata-se de pesquisa descritiva, transversal e de abordagem quantitativa, derivada de uma pesquisa mais ampla, desenvolvida no período de 2017 a 2020, que teve como objetivo norteador: analisar a integralidade do cuidado a indivíduos com DF atendidos no estado de Alagoas, sob a perspectiva do trabalho em rede na atenção à saúde.

A pesquisa qualitativa permite trabalhar com o universo dos significados, fenômenos e processos que não podem ser quantificados, possibilitando a explicação do contexto social no qual o indivíduo está inserido, permitindo inferir sobre os acontecimentos produzidos em certa realidade (Minayo, 2015).

Para a pesquisa, foram entrevistadas sete pessoas adultas, sendo duas do sexo masculino, com idades de 30 e 32 anos, e cinco do sexo feminino, com idades variando de 20 a 40 anos. Os entrevistados apresentaram em comum um histórico clínico e laboratorial de DF do tipo grave (SS - anemia falciforme). A escolha dos participantes foi intencional procurando a representatividade e considerando que a extensão do objeto e a complexidade do estudo devem orientar o tamanho da amostra na pesquisa qualitativa (Minayo, 2015; Taquette & Borges, 2020).

A produção do material empírico procedeu-se pela realização de entrevistas abertas, com foco nos caminhos utilizados para lidar com os agravos em saúde e/ou doenças, ou seja, os itinerários terapêuticos (IT).

IT é um termo que designa um conjunto de planos, estratégias e projetos voltados para um objeto preconcebido: o tratamento da aflição (Alves & Souza,1999). Nesse sentido, estudos ressaltam a potência de sua análise na busca da influência exercida pelo contexto sociocultural durante o percurso de busca e realização do cuidado. A utilização da visão dos usuários pode ajudar na construção de políticas mais efetivas (Bellato et al., 2016).

Para tanto, partiu-se da seguinte solicitação: Conte-me a história de sua vida considerando a doença falciforme, desde a história que lhe contaram de quando você era criança, até os dias de hoje.

Todas as entrevistas foram efetuadas nos Centros de Referência (CRs) onde o sujeito realizava seu acompanhamento, por escolha do próprio participante, num único encontro, com a presença de, pelo menos, dois membros da equipe de pesquisa.

As narrativas foram gravadas em meio digital, com a anuência do entrevistado. Assim, cada entrevista caracterizou um texto, e o conjunto desses textos constituiu o corpus de análise desta pesquisa, representando a voz das pessoas com DF.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.202-210

O *corpus* da pesquisa que originou este artigo, entre outros, foi composto por 80 páginas digitadas em arquivo *Word,* fonte *Times New Roman,* tamanho 12, espaço simples, correspondendo à coleta realizada no período de julho de 2017 a fevereiro de 2019.

Na última etapa do método foi realizada a análise de conteúdo, na modalidade temática, a qual, segundo Minayo (2015), tem como eixo central o "tema" que, por sua vez, comporta feixes de relações que podem ser apresentadas graficamente por uma palavra, frase ou resumo.

Neste estudo, a análise abordou dados das narrativas referentes a: situação socioeconômica, oportunidades de escolaridade e emprego, convívio social, e o papel da família e da associação de pacientes no enfrentamento das problemáticas advindas com a doença. Nesta etapa, tomou-se como base a noção de vulnerabilidade discutida por Ayres et al. (2003) e Ayres (2009), em que a vulnerabilidade social diz respeito ao modo como o indivíduo convive em um meio social no qual as pessoas experimentam possibilidades de participação social e política, acesso à educação, à saúde, à justiça, ao trabalho, aos benefícios sociais, à cultura, ao lazer e demais bens sociais (Ayres et al., 2003).

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética, por meio da plataforma Brasil, e foi aprovada sob CAAE sob nº 60437416.2.0000.5013. Com o intuito de preservar o anonimato dos participantes, os seus nomes foram substituídos por nomes de línguas faladas pelos negros de origem bantu.

3. Resultados e Discussão

Considerando a dimensão social, uma das perspectivas da vulnerabilidade, na busca por compreender como indivíduos e grupos de indivíduos se expõem a dado agravo à saúde (Ayres, 2009), três categoriais foram identificadas e constituídas previamente, são elas: Renda, trabalho e escolaridade; Interações familiar, social e amorosa; Grupos de apoio ao paciente.

3.1 Renda, Trabalho e Escolaridade

A variabilidade clínica da doença, que provoca diferença na gravidade e no sofrimento experimentados, contribuiu para percepções distintas em relação à repercussão da patologia nos processos que envolvem a renda, o trabalho e a escola.

Os participantes da pesquisa apresentavam renda individual e familiar baixa, variando de um a três salários mínimos. Quase a totalidade das pessoas com DF recebia benefício social, o que os auxiliava na manutenção das despesas domiciliares e na aquisição de medicamentos, entre outras necessidades:

> *A gente recebe um benefício através de mim, né? A minha mãe não trabalha, porque ela deixou de trabalhar porque eu adoecia muito quando pequena, então a gente vive do benefício (Ajaua).*
>
> *Quem mantém uma casa, com o benefício que se tem, então às vezes pra manter a casa, pra manter a alimentação, pra manter alguma uma outra coisa, muitas vezes realmente não tem condições de comprar essa medicação (Tonga).*

As condições sociais e econômicas das pessoas e familiares envolvidos na pesquisa demonstram que a presença da bolsa de prestação continuada (BPC), no valor de um salário mínimo, se torna essencial para a renda familiar. Essa insegurança financeira tem sido indicada como situação recorrente entre pessoas com doença falciforme e suas famílias e impacta diretamente a saúde (Cronin et al., 2019; Ohara et al., 2012).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.202-210

A exclusão do mercado de trabalho de pessoas com DF aparece em estreita relação com a baixa escolaridade, e também com a incapacidade de atender aos requisitos do empregador, em razão das crises álgicas recorrentes (Ferreira et al., 2013; Figueiró & Ribeiro, 2017). Esta dificuldade foi observada em todas as narrativas dos participantes, independentemente do nível de escolaridade:

> *Aí, [a gente] vai para a entrevista e diz: tenho anemia falciforme, então pronto, acaba a entrevista ali. Isso é complicado pra gente, não tem oportunidade de emprego. O pessoal não quer dar oportunidade, que é assim trabalha uma semana, aí na outra semana já não vai, vai faltar, acho que eles pensam assim (Kioko).*

As consequências das interrupções do ciclo escolar durante a infância e adolescência, ocasionadas pelas complicações da DF, e também o despreparo das instituições para lidar com esta condição foram enfatizadas nas narrativas:

> *Eu fazia o EJA, e o EJA é seis meses uma série e seis meses outra série. E eu comecei a estudar em janeiro, aí quando foi em março, eu adoeci. Aí eu precisei ficar internada. Eu passei oito dias internada, tive alta. Eu acho que com quatro dias que eu tive alta, eu tive outra crise e precisei ficar internada de novo. Aí eu passei mais sete dias, depois tive alta, mas eu não fiquei indo pra escola, porque eu tive alta num dia e no outro dia, a dor voltou. Não forte, mas... leve, mas não tinha como eu ir pra escola. Aí eu lembro que eu perdi um mês de aula. Então eu só tinha atestado de um tempo, né? Dos tempo que eu fiquei internada. Eu ainda levei pra escola, falei com os professores, eu mostrei a eles. Eles disseram que iam colocar presença, mas no final de tudo eu tava cheia de falta e com certeza ia ficar reprovada. Aí eu desisti de estudar (Ajaua).*

Neste estudo, assim como na literatura pesquisada, os pacientes parecem estar estudando mais. Porém, este fato não está associado a melhoria do nível socioeconômico deste grupo (Felix et al.., 2010; Amaral et al, 2015). Aqui, infere-se que a escolaridade teve reflexo direto na inserção das pessoas com DF no mercado de trabalho, e incentivou a dependência do auxílio financeiro oferecido pelo governo. Destaca-se que, em contexto de alta vulnerabilidade social, fatores como a baixa escolaridade podem implicar condições não apenas de emprego e renda, mas também de estilo de vida e saúde das pessoas com DF. Neste sentido, Al Nagshabandi e Abdulmutalib (2019) identificaram forte relação entre a gestão do autocuidado com o nível de educação, a condição de vida e a idade.

3.2 Interações Familiar, Social e Amorosa

O cuidado familiar foi representado em diversos aspectos, revelando que os participantes do estudo percebem a relevância do cuidado para a recuperação e estabilidade da saúde.

As narrativas mostram circunstâncias diferenciadas e repletas de cuidado:

> *[…] minha irmã já sabia cuidar de mim, que ela ficava com a minha mãe, quando eu tava internada. Aí a minha irmã explicava muito, também, o que era que tava acontecendo, o que é que podia acontecer e aí eu não tive medo nem hesitei. Eu sabia que ali eu tinha cuidado (Tonga).*

> *Na verdade, toda a família sempre cuidou muito. Então sempre foram muito prestativos, porque não só eu, meu irmão tem a doença. Então todo mundo sempre apoiou muito. Quando eu precisava, todo mundo ia lá em casa pra ajudar. E minha mãe tinha que ir comigo pra o médico, aí meu pai ficava em casa cuidando da casa e ajudando a cuidar dos outros (Ronga).*

O grupo entrevistado percebe a relevância do cuidado familiar para a recuperação e estabilidade da saúde. Para esses atores sociais, esse cuidado proporciona bem-estar.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.202-210

A busca pelo convívio social também foi percebida pelos participantes como um ponto relevante para a qualidade de vida, logo, a solidão se traduz como negativa para o bem-estar. Porém, a fragilidade de saúde e as incapacidades impostas pela doença, associadas ao desconhecimento e preconceito da sociedade, tendem a enfraquecer a interação social e amorosa desses atores, com riscos de isolamento, como demonstra o relato de Ganguela:

> *Às vezes eu quero cavar um buraco, porque eu me acho estranha, porque o povo fica olhando assim. Agora não, mas antes era com muita frequência. Muita, muita [...] eu lembro que a mãe dizia que algumas pessoas da família tinha medo da doença, da anemia falciforme, 'pra' não pegar nos filhos da pessoa [...] Eu até perguntei por uma, duas vezes, se era contagioso a anemia, pra minha mãe, porque eu percebi, eu criança, eu percebi, eu percebi (Ganguela).*

Embora todos os participantes tivessem narrado experiências amorosas anteriores, no momento da pesquisa, apenas um vivenciava relacionamento. Os relatos mostram dificuldade em manter esse vínculo, seja por preconceito, seja por motivos adversos.

> *Agora eu não tenho não [namoro], mas já tive, tive quatro. Dois foi complicado, um foi mais ou menos e o outro foi por causa da anemia. As outras duas, veio descobrir quando eu fiquei doente aí contaram, aí nem quis saber. Nem perguntou nada, nem quis saber, tchau. E a outra foi também a família. Ela aceitou, mas a família acabou fazendo um inferno, dizia: – Você vai passar um dia em casa e um ano todinho no hospital (Kioko).*

> *Por um grande tempo, período, eu evitei. Eu disse: – Não, ninguém vai aguentar namorar comigo, porque eu vivo sentindo dor. E tipo, eu posso cancelar um programa a qualquer momento. Mas depois disso, eu conheci um cara que ele disse que cuidava de mim, se ele pudesse, que queria ficar rico pra comprar medicação pra mim… Mas eu não quero medicação, eu já tenho muita. Aí depois disso eu parei mais de paranoia (Ronga).*

Vários problemas, como: dificuldade no relacionamento familiar, na interação com colegas, no rendimento acadêmico e no desenvolvimento de uma autoimagem positiva, foram relacionados em estudos sobre DF (Costa et al., 2018; Marques, Cavalcanti & Ruzzi-Pereira, 2015). Nesta investigação, a família é representada pelos participantes como um espaço de proteção e cuidado. A interação social mostrou-se prejudicada, especialmente pelo desconhecimento da doença pela sociedade e insegurança da pessoa com DF. Da mesma forma, referiram dificuldades de relacionamento afetivo e laços duradouros necessários para a formação da família que almejavam.

3.3 Grupos de Apoio ao Paciente

Os movimentos associativos de pacientes são redes formadas geralmente por pacientes, familiares e/ou profissionais de saúde que investem na remediação das faltas do sistema de saúde oficial, no compartilhamento de experiências, fortalecimento de vínculos e afetividade entre os pares (Barbosa, 2015; Silva et al., 2013). As associações de pacientes com DF, além dos atributos supracitados, elas possuem um importante papel na construção de autoestima e protagonismo diante o adoecimento (Andrade & Vaitsman, 2002).

As narrativas deste estudo confirmam a importância da Associação, porém, verificou-se pouca frequência às atividades presenciais, ocasionada por: dificuldades na locomoção, metodologias de abordagem da temática, entre outros fatores:

> *Quando a gente participava da Associação, o X entregava alguns panfletos que tem explicando detalhadamente os sintomas, várias coisas, e a gente foi aprendendo pelos panfletos e foi aprendendo com a doença mesmo (Ajaua).*

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.202-210

> *A Associação precisa do sim de cada um, primeiramente o meu. Não é somente chegar, sentar numa cadeira e ouvir aquilo que uma pessoa tem, mas eu também preciso buscar pra poder interagir com a Associação. (Bemba).*

O uso da Internet e das mídias sociais representam um papel de destaque como fonte de conhecimento dos entrevistados, bem como canal de comunicação com outras pessoas com diagnóstico semelhante. A facilidade no acesso, linguagem simples e prática, apresenta um atrativo como ferramenta de democratização da informação.

> *[...] [conhecia a doença] nos livretos que a gente ganhava sobre anemia falciforme e também na internet. Então... até com a dra Y mesmo, eu ia juntando as peças até começar a entender mais. Só que quando eu entrei na internet, aí pronto! Já era! Foi que eu encontrei bem mais [...] O médico fala muito complicado. É só falar, tipo, o básico. Aí anota no caderninho tudo pra pesquisar quando chegar em casa (Ronga).*

O uso das mídias permite que pessoas com DF e/ou seus familiares externem experiências de adoecimentos, de sofrimentos e de solidariedades (Gomberb et al., 2017). Esta investigação mostrou que a internet rompeu fronteiras geográficas, ajudou no investimento do autocuidado e surge como uma potente ferramenta para o fortalecimento da Associação de pacientes.

Existe uma associação estatisticamente positiva entre a capacidade de controle da doença (autoeficácia) e o gerenciamento do autocuidado em pessoas com DF (Al Nagshabandi & Abdulmutalib, 2019). A alta vulnerabilidade social associada à precária comunicação no ato da consulta médica, na escola e no trabalho, evidenciadas neste estudo, ressaltaram a necessidade de empreender esforços de novas pesquisas e planejamento de intervenções para alcançar melhores resultados de saúde em pessoas adultas com DF no estado de Alagoas.

4. Conclusões

O estudo sobre os itinerários terapêuticos possibilitou compreender os variados modos da vulnerabilidade social na vida de pessoas com DF do estado de Alagoas, apresentando as diferenças e as similaridades nas formas de seu enfrentamento.

Os resultados da análise deste estudo denotaram complexidade na produção da vulnerabilidade social das pessoas adultas com DF residentes no estado de Alagoas. Identificaram, ainda, que aspectos referentes à educação, à renda, às oportunidades de trabalho, à falta de investimento na informação sobre a doença, à fragilidade na formação dos professores e profissionais de saúde, e dificuldades relativas à associação de pacientes podem, num contexto desfavorável, gerar um precário cuidado para estas pessoas.

Tais resultados também delinearam que a inserção desses indivíduos em grupos de convivência, a exemplo das mídias sociais, traz benefícios para a interação, bem como favorece mudanças no estilo de vida e na manutenção de bem-estar.

Embora as pesquisas que buscam compreender as conexões entre a vulnerabilidade social e o cuidado em saúde no país sejam recentes e careçam de acúmulo que apoie afirmações mais robustas, elas podem gerar reflexões sobre o tipo de estratégias com potencial para diminuir a vulnerabilidade social das pessoas adultas com DF. Neste sentido, reitera-se a importância do diálogo qualificado com os sujeitos implicados, na busca de ouvir suas necessidades, seus anseios e suas críticas.

Portanto, o levantamento e a identificação dos IT das pessoas com DF – a experiência com a doença ao ser narrada – possibilitaram a ampliação do conhecimento sobre a DF e vulnerabilidade social, bem como provocou a afirmação das pessoas com a doença.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.202-210

Agradecimentos

Esta investigação foi financiada pelo DAGEP/SGEP - Ministério da Saúde, FAMED/UFAL, e PIBIC/CNPq.

5. Referências

Al Nagshabandi, E. A., & Abdulmutalib, I. A. M. (2019). Self-care management and self-efficacy among adult patients with sickle cell disease. *American Journal of Nursing Research*, *7*(1), 51-57.

Albrecht, C. A. M., Aarts, K. M., Brum, M. L. B., Rosa, R.S., & Bordin, R. (2016). Anemia falciforme e dimensões da vulnerabilidade: uma revisão da produção indexada na Biblioteca Virtual da Saúde. In *Comunicação apresentada no V Congresso Online – Gestão, Educação e Promoção da Saúde.* São Paulo, SP, Brasil. https://artigos-convibra.s3.amazonaws.com/2016_72_12736.pdf

Alves, P. C. B., & Souza, I. M. A. (1999). Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre itinerário terapêutico. In M. C. M. Rabelo (Org.), *Experiência de doenças e narrativas* (pp. 125-137). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Amaral, J. L., Almeida, N. A., Santos, P. S., de Oliveira, P. P., & Lanza, F. M. (2015). Perfil sociodemográfico, econômico e de saúde de adultos com doença falciforme. *Rev Rene*, *16*(3), 296-305.

Andrade, G. R., & Vaitsman, J. (2002). Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, *7*, 925-934.

Ayres, J. R. C. M., França Júnior, I., Calazans, G. J., & Saletti Filho, H. C. (2003). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. *Promoção da Saúde: Conceitos, Reflexões, Tendências*, *2*, 121-144.

Ayres, J. R. D. C. M. (2009). Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade*, *18*, 11-23.

Barbosa, R. L. (2015). Associações de Pacientes, Associações de Doentes, Organizações de Pacientes, Grupos Consumidores de Saúde... afinal, sobre o que se está falando?. *Cescontexto-Debates*, (9), 20-33.

Bellato, R., Araújo, L. F. de, Maruyama, S. A. T., & Ribeiro, A. L. (2016). História de vida como abordagemprivilegiada para compor itinerários terapêuticos. In T. E. Gerhardt, R. Pinheiro, E. N. F. Ruiz, & A. G. da Silva Junior (Orgs.), *Itinerários Terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde* (pp. 203-221). Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ. Retrieved from https://cepesc.org.br/wp-content/uploads/2017/07/livro-itinerarios-terapeuticos-1.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. (2015). *Doença falciforme: conhecer para cuidar*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2006). *Saúde Brasil 2006: Uma análise da situação de saúde no Brasil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Cançado, R. D., & Jesus, J. A. (2007). A doença falciforme no Brasil Sickle cell disease in Brazil. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, *29*(3), 204-206.

Carmo, M. E. D., & Guizardi, F. L. (2018). O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cadernos de Saúde Pública*, *34*, e00101417.

Costa, D. O., Araújo, F. A., Xavier, A. S. G., Araújo, L. D. S., Silva, U. B. D., Santos, E. A., & Ferreira, S. L. (2018). Autocuidado de homens com priapismo e doença falciforme. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *71*(5), 2418-2424.

Cronin, R. M., Hankins, J. S., Byrd, J., Pernell, B. M., Kassim, A., Adams-Graves, P., Thompson, A., Kalinyak, K., DeBaun, M., & Treadwell, M. (2019). Risk factors for hospitalizations and readmissions among individuals with sickle cell disease: results of a US survey study. *Hematology*, *24*(1), 189-198.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.202-210

Felix, A. A., Souza, H. M., & Ribeiro, S. B. F. (2010). Aspectos epidemiológicos e sociais da doença falciforme. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, *32*(3), 203-208.

Ferreira, S. L., Cordeiro, R. C., dos Santos, F. C., & Silva, L. S. da. (2013). Vulnerabilidade de pessoas adultas com doença falciforme: subsídios para o cuidado de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, *12*(4), 711-718.

Figueiró, A. V. M., & Ribeiro, R. L. R. (2017). Vivência do preconceito racial e de classe na doença falciforme. *Saúde e Sociedade*, *26*, 88-99.

Gomberg, E., Mandarino, A. C. de S., Mandarino Junior, H. de C., & Borges, W. C. (2017). Visibilidades virtuais de uma Associação de Pessoas com Doença Falciforme na Bahia, Brasil: enfrentamentos e empoderamentos pelo Facebook. *Forum Sociológico,* 30.

Marques, L. N., Cavalcanti, A., & Ruzzi-Pereira, A. (2015). O viver com a doença falciforme: percepção de adolescentes. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, *26*(1), 109-117.

Minayo, M. C. S. (2015). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.

Naoum, P. C. (2011). Sickle cell disease: from the beginning until it was recognized as a public health disease. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia 33*(1), 1-10.

Ohara, D. G., Ruas, G., Castro, S. S., Martins, P. R., & Walsh, I. A. (2012). Dor osteomuscular, perfil e qualidade de vida de indivíduos com doença falciforme. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, *16*(5), 431-438.

Pieroni, F., Barros, G. M. N., Voltarelli, J. C., & Simões, B. P. (2007). Transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) em doenças falciformes. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, 29*(3), 327-330.

Santos, B. C. O., Caldas, L. N. C. F., Almeida, A. C., Vilela, R. Q. B., Riscado, J. L. S., Santos, S., & Cunha, M. F. S. (2018). Triagem neonatal para hemoglobinopatias no estado de Alagoas. *In Poster apresentado no Congresso Brasileiro de Hematologia e Hemoterapia – HEMO2018*. São Paulo, SP, Brasil.

Silva, A. H., Bellato, R., & Araújo, L. (2013). Cotidiano da família que experiência a condição crônica por anemia falciforme. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, *15*(2), 437-446.

Taquette, S.R., & Borges, L. (2020). *Pesquisa qualitativa para todos*. Petrópolis: Vozes.

Vilela, R., Caldas, L., Correia, B., Almeida, A., Silva, M. A., & Santos, S. J. (2019). A integralidade do cuidado em saúde na doença falciforme: uso de itinerário terapêutico no apoio à pesquisa qualitativa avaliativa. *CIAIQ2019*, *2*, 746-755.

Zago, M. A. (2001). Anemia falciforme e doenças falciformes. In E. Hamann, & P. Tauil (Orgs.), *Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população afro-descendente* (pp. 13-35). Brasília: Secretaria de Políticas da Saúde, Ministério da Saúde.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.202-210

Avaliação na Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP): Reflexões acerca do processo

Fabrício Luz Cardoso[1], Sílvia Franco da Rocha Tonhom[2], José Antonio Galbiatti[2] e Mara Quaglio Chirelli[2]

[1] Estudante da Faculdade de Medicina de Marília, Brasil | fabricioramalhense@gmail.com | https://orcid.org/ 0000-0000-0000-0000

[2] Faculdade de Medicina de Marília, Brasil | siltonhom@gmail.com; galbiatti.mao@gmail.com; marachirelli@gmail.com | http://orcid.org/-0000-0001-7522-2861; https://orcid.org/0000-0003-2330-3816 ;https://orcid.org/ 0000-0002-7417-4439

Resumo: Introdução: A Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) ou Problem based learning (PBL) é um método ativo, entre outros, utilizado por instituições de ensino superior e a avaliação é um aspecto fundamental do processo de ensino-aprendizagem. Considerando o tempo de desenvolvimento de métodos ativos, identificou-se a necessidade de realizar uma investigação em uma faculdade do interior paulista/Brasil, com o **objetivo** de analisar como está sendo desenvolvido o processo de avaliação, no cenário de tutorial dessa instituição. **Método:** fundamentou-se de acordo com a metodologia de pesquisa qualitativa em saúde com a realização de entrevistas com trinta estudantes da 1° a 4° série de medicina e 1° e 2° séries de enfermagem da referida instituição, no ano de 2018 e com dezoito tutores com no mínimo dois anos de experiência. Utilizou-se um instrumento com uma parte de identificação e outra com questões norteadoras. A análise dos dados foi facilitada pelo uso do software de análise qualitativa webQDA® e orientada pela análise de conteúdo temática. **Resultados:** Após o processamento da análise, identificou-se alguns temas, cujo aspectos referente a Avaliação será explorado neste artigo: compreensões acerca das avaliações durante o processo tutorial; critérios de avaliação e dificuldade em avaliar o desempenho de estudantes e professores. **Conclusão:** A abordagem qualitativa possibilitou analisar o que estudantes e docentes da instituição pesquisada pensam a respeito da estrutura da avaliação no PBL e permitiu a observação das experiências de outras instituições de ensino superior ao redor do mundo.

Palavras-chave: Aprendizagem Baseada em Problemas; Avaliação; Ensino; Enfermagem; Medicina.

Assessment in Problem-Based Learning (PBL): Reflections on the Process

Abstract: Introduction: Problem Based Learning (PBL) or Problem based learning (PBL) is an active method, among others, used by higher education institutions and assessment is a fundamental aspect of the teaching-learning process. Considering the time of development of active methods, the need to carry out an investigation in a college in the interior of São Paulo / Brazil was identified, with the aim of analyzing how the evaluation process is being developed, in the tutorial scenario of that institution. Method: it was based on the qualitative research methodology in health with interviews with thirty students from the 1st to the 4th series of medicine and the 1st and 2nd series of nursing from that institution, in the year 2018 and with eighteen tutors with at least two years of experience. An instrument with an identification part and another with guiding questions was used. Data analysis was facilitated by the use of qualitative analysis software webQDA® and guided by thematic content analysis. Results: After processing the analysis, some themes were identified, whose aspects regarding the Evaluation will be explored in this article: understandings about the evaluations during the tutorial process; evaluation criteria and difficulty in evaluating the performance of students and teachers. Conclusion: The qualitative approach made it possible to analyze what students and professors of the researched institution think about the structure of the evaluation in the PBL and allowed the observation of the experiences of other institutions of higher education around the world.

Keywords: Problem-based Learning; Assessment; Teaching; Nursing; Medicine.

1. Introdução

Medicina e Enfermagem são áreas em constante metamorfose acompanhando as tendências, inovações/tecnologias, exigências e realidades da contemporaneidade. As instituições de ensino superior encarregadas pela formação dos profissionais de saúde são desafiadas, a responder às demandas sociais e se atualizar com relação às propostas educacionais em suas escolas de ciencias da saúde (Moraes & Manzini, 2006).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.211-217

O Brasil conduziu uma mudança em sua filosofia de atenção à saúde populacional com a substituição do modelo hospitalocêntrico e curativo para um modelo pautado nas esferas biopsicossocioambientais do indivíduo, cuja gênese da transformação se deu com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 (Moraes & Manzini, 2006). Para tal, necessita-se de investimentos na formação professional. Internacionalmente, a temática recebeu notoriedade em eventos como a Conferência de Edimburgo, o Encontro Internacional de Educação Médica e o programa da OMS voltado para a transformação da educação médica (Oliveira *et al*, 2008).

O PBL – Problem based learning ou ABP – Aprendizagem baseada em problemas, destaca como uma Metodologia Ativa de ensino-aprendizagem, sendo precursora no curso de medicina da Universidade de McMaster (Canadá) na década de 60 (Spaulding, 1969). No Brasil o PBL/ABP chegou às universidades na segunda metade da década de 90, sendo como pioneira a Faculdade de Medicina de Marília, em 1997 (Ribeiro & Mizukami, 2004).

Na instituição do estudo, a estrutura curricular está organizada em séries anuais e segue a um tripé composto por três unidades: Unidade de Prática Profissional (UPP), Unidade Educacional Sistematizada (UES) e Unidade Educacional Eletiva (UEE), desenvolvida a partir da segunda série (Faculdade de Medicina de Marília, 2014).

O processo tutorial do PBL envolve a leitura atenta dos casos, elaboração de hipóteses, realização da "Tempestade de idéias", elaboração das questões de aprendizagem, momento de estudo individual, discussão em grupo dos conteúdos estudados individualmente, avaliação de si, do grupo e do tutor ao final de cada encontro e, considerando, que o professor exerce função importante de mediador, é necessário que esse processo seja compreendido e aprimorado a cada vez mais (Komatsu *et al*, 2000).

A avaliação é parte imprescindível do processo de ensino-aprendizagem. Para que seja precisa e completa, se faz necessária a obtenção de informações a partir de situações e fontes diversificadas. (Depresbiteris, 2001).

Perrenoud, (1999) relata dois fundamentos na avaliação: a avaliação formativa e a avaliação somativa.

A avaliação quando formativa indica que o ato de avaliar não faz sentido se isolado, ele deve ser constituinte de todo um processo de ensino-aprendizagem no qual a avaliação não é mais pontual e sim contínua (Reid, 2011). Nessa perspectiva, todas as informações produzidas pela integração e interação entre professores e estudantes, bem como entre os estudantes, são pertinentes (Reid, 2011).

Diante desse contexto, nota-se a necessidade da realização de estudos que permitam elucidar como está sendo desenvolvida a avaliação no processo de ensino-aprendizagem do PBL. Assim, esse estudo objetivou analisar o que estudantes e docentes de uma instituição do interior paulista/Brasil pensam a respeito da estrutura da avaliação no PBL nessa instituição.

2. Metodologia

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa descritiva de natureza qualitativa. De acordo com Minayo *et al* (2016) a pesquisa qualitativa ocupa um avançado nível de realidade no campo das ciências sociais, pois, responde as questões de maneira singularizada, lida com a totalidade das causas, dos significados, das aspirações, das convicções, das atitudes e dos valores do ser humano, que são parte da realidade social.

A pesquisa teve como cenário a Unidade Educacional Sistematizada (UES) das 1°, 2°, 3° e 4° séries de medicina e 1° e 2° séries de enfermagem de uma faculdade do interior paulista/Brasil. No modelo educacional proposto (PBL/ABP) a UES é responsável pela maior parte do conhecimento teórico adquirido nas séries, conhecimento este relativo às disciplinas e habilidades esperadas, que estão envolvidas nos casos de tutoria, descritas no manual de série de cada série.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.211-217

Portanto, pressupõe-se que uma boa condução da UES pelo tutor e um bom aproveitamento por parte dos estudantes torna o processo tutorial mais eficaz.

Os critérios de inclusão na investigação foram: (a) Ser acadêmico ou professor tutor de uma das séries de medicina (1°, 2°, 3° e 4°) ou de enfermagem (1° e 2°) da faculdade em questão, no período de 2017-2018, (b) Concordar com o estudo assinando o termo de livre esclarecimento; (c) Desenvolver atividades de tutoria há pelo menos dois anos (somente para professores), tais critérios condizem com o cenário de estudo que é o grupo de tutoria e foram escolhidas as séries citadas por serem séries onde o processo tutorial acontece seguindo os passos da aprendizagem baseada em problemas, permitindo maior contato entre tutores e alunos. Contou-se, na totalidade, com 20 estudantes de medicina e 10 estudantes de enfermagem distribuídos nas séries; e 12 docentes da medicina e 6 docentes da enfermagem. Estudantes e professores foram distribuídos entre os 40 grupos de tutoria, garantindo, assim, a homogeneidade amostral.

Antes da coleta de dados, os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As entrevistas foram realizadas e transcritas pelo pesquisador. Utilizou-se um instrumento para desenvolvimento das entrevistas, tanto para professores como para os estudantes, organizado de forma semi-estruturado contendo dados de identificação e questões norteadoras abordando o objeto de estudo.

Para a análise dos dados, optou-se pela modalidade de Análise Temática de conteúdo, que segundo Minayo *et al.* (2016) é a mais apropriada quando se faz uso da investigação qualitativa em saúde.

Como ferramenta de apoio na análise temática utilizou-se o software de análise qualitativa webQDA®.

A análise temática baseia-se na descoberta dos núcleos de sentido constituintes de uma comunicação, na qual a presença é importante para a compreensão do objeto de análise do estudo. É dividida em três etapas: (1) pré-análise, (2) exploração do material e (3) tratamento dos resultados obtidos e interpretação (Minayo *et al* 2016).

Na pré-análise realizou-se a leitura flutuante e exaustiva das entrevistas, constituição do corpus, buscando captar as ideias centrais de estudantes e professores acerca do processo de avaliação. Na exploração do material foi selecionado os fragmentos das entrevistas e, em seguida, foi identificado os núcleos de sentido e agrupados em temáticas para posterior análise.

Para manter o anonimato, os participantes foram identificados com a letra E para estudantes e P para professor, seguido de ordem numérica conforme realização das entrevistas.

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo CEP – Comitê de Ética em Pesquisa (envolvendo seres humanos) sob o parecer consubstanciado n° 2.300.019.

3. Resultados

As entrevistas revelaram um eixo-temático relacionados à avaliação no PBL depreendido após transcrição e categorização das mesmaa, utilizando-se o webQDA® - software de análise qualitativa que o nomeia como código-árvore. A seguir serão apresentados os resultados conforme os temas extraídos.

3.1 Compreensões acerca das Avaliações Durante o Processo Tutorial

Durante o processo tutorial estudantes e tutores relataram que realizam avaliação em todos os momentos, sendo que o professor estimula que o estudante o realize com todos os membros do grupo, conforme exemplificado nos fragmentos a seguir:

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.211-217

> *"A gente geralmente realiza a avaliação no final de todas as sessões de tutoria, de abertura de caso, discussão e fechamento" [E-22].*
>
> *"A gente realiza, todo mundo no final da discussão (...) toda tutoria a gente faz a avaliação tanto dos membros, quanto do tutor" [E-24].*
>
> *"Então, todo final de tutoria eu faço avaliação estimulando o estudante a fazer a sua auto avaliação, avaliação dos colegas dele e a minha avaliação, porque eu também não sou perfeito obviamente, então eu sempre deixo aberto a eles que eu sou muito aberto a críticas até pra mudar alguns desempenhos e algum comportamento" [T- 47].*

Na avaliação realizada, tutores e estudantes ressaltam a importância de abordarem das relações interpessoais, visto que o processo é desenvolvido em grupo.

> *"Então é para além de simplesmente seguir os passos da tutoria e obviamente também estar atento as relações no grupo porque é um aspecto importante que também interfere na construção do conhecimento no processo ensino-aprendizagem, as relações do grupo" [T-33].*
>
> *"a gente costuma fazer as críticas quando necessárias de um forma polida, a gente não esquece, a gente não fica só no elogio a gente tenta criticar de uma forma polida também" [E- 21].*

3.2 Critérios de Avaliação

Em relação aos critérios utilizados para o desenvolvimento do processo de avaliação, os participantes citaram aspectos individuais e do movimento do grupo, conforme fragmentos a seguir:

> *"O principal critério era a participação, participou mais, participou menos tal" [E-6].*
>
> *"A gente também gostava muito de avaliar um ao outro, porque tipo todo mundo recebia muito bem, então isso foi até positivo para as pessoas que eram mais tímidas, ter esse feedback do outro era importante" [E-13].*
>
> *"Os critérios de colaboração, do ponto de partida e ponto de chegada do estudante, porque ele começa de uma forma e pode terminar de outra e eu tenho que acompanhar e mostrar isso para ele. Eu tento valorizar muito desde as pequenas coisas, a contribuição, o respeito com os colegas, respeito com tutor, respeitar o jeito de cada um" [T- 34].*

3.3 Dificuldade em Avaliar o Desempenho de Estudantes e Professores

Nessa pesquisa foi notória a identificação de que a avaliação é imprescindível ao processo, que existem iniciativas de realização, contudo, existem fragilidades para o seu desenvolvimento tanto por parte de professores quanto de estudantes, como pode-se verificar nos fragmentos a seguir:

> *"Eu sou uma pessoa muito tímida e ele [tutor] não soube falar comigo, era o começo do primeiro ano e na avaliação eu não sabia nem o que falar direito, tava começando, e eu falei: ah eu estudei bastante para esse problema, ai ele chegou e falou: se você estudou bastante porque você não acrescentou nada de interessante na discussão de hoje? Isso pra mim, tipo eu me inibi em vez de participar mais, eu tinha medo do meu tutor (...) [E-15].*
>
> *"O meu tutor já falou pra gente que ele tem uma certa dificuldade em avaliar os pontos positivos, ele foca só nos negativos e eu acho que isso é um problema, (...), não destaca o avanço que as vezes a pessoa teve" [E-28].*

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.211-217

> *"Só que eu acho que existe ainda uma dificuldade muito grande de avaliar quando são os aspectos negativos, os positivos eles fluem muito mais fácil, mas apontar uma coisa que não ta muito bem as vezes precisa de um empurrão do tutor" [T-50].*

Evidenciou-se também dificuldades em realizá-las, em especial, com menos aprofundamento nos anos seguintes, conforme depoimentos a seguir:

> *"Sim. No quarto ano eu considero que as avaliações são bem menores do que no primeiro e segundo ano. No quarto ano se ele tá mais preocupado em fazer avaliações técnicas, então dificilmente, assim é duro você trazer o grupo pra fazer uma avaliação individual e mesmo quando feitas elas são bem pontuais, não tem aquela avaliação mais geral do que é feito no primeiro, segundo e terceiro ano onde eu já fui tutor" [T-49].*

> *"É uma avaliação que fica meio aberta também, não é muito objetiva e detalhada, mas sempre tem avaliação, a tutoria foi boa, eu participei bem, todo mundo contribuiu, o tutor participou, esse tipo de avaliação" [T- 41].*

4. Discussão

A avaliação proposta pela instituição expressa a importância de considerar o movimento do processo tutorial, permitindo a autoavaliação do estudante e do tutor; a avaliação individual dos pares e do tutor por parte dos estudantes; a avaliação do grupo como um todo pelos estudantes e tutor; a avaliação individual dos estudantes por parte do tutor e as avaliações dos casos de tutoria e pontuação das dificuldades encontradas no estudo. Na essência do PBL/ABP tal momento avaliativo deve ser realizado a fim de toda sessão de tutoria (Komatsu, 1999; Zanolli *et al*, 2002).

Nota-se que alguns grupos seguem com afinco a proposta de avaliação da escola, outros se utilizam somente de alguns pontos e outros não a valorizam.

A principal hipótese aventada para discrepância entre a forma com que a avaliação é realizada nos mais variados grupos dos cursos de medicina e enfermagem se deve, na opinião dos entrevistados, às dificuldades institucionais com capacitação de tutores e co-tutores, hipótese esta também mencionada amplamente na literatura de educação médica (Komatsu, 1999; Faria *et al*, 2008).

No tocante aos critérios de avaliação, tutores e estudantes trouxeram em suas falas que geralmente se avalia: a participação dos estudantes, postura do estudante na tutoria e interação com o grupo, qualidade e diversidade das fontes de pesquisa, pontualidade, assiduidade.

Evidenciou dificuldades de estudantes e tutores em realizar avaliação de pontos negativos e também receber avaliação negativa. É notório que muitas vezes a repulsa pela crítica proferida está ligada à forma com que esta crítica é realizada, tornando-se o momento avaliativo promotor de inibição e resistência progressivas por parte da pessoa avaliada.

Barreto *et al*, (2017) encontraram aspectos semelhantes na avaliação realizada por estudantes e tutores em sessão de tutoria do curso médico. Destacam-se: I) para os estudantes entrevistados certas dificuldades dos tutores estão relacionadas a algumas características pessoais, como relutância em enfrentar o outro, fazer e receber críticas ou simplesmente não gostar/sentir prazer em avaliar; II) estudantes relatam apresentar algum "sentimento aversivo", como medo, ansiedade e frustração, durante as avaliações nas sessões tutoriais; III) a falta de maturidade dos estudantes durante essas avaliações é evidenciada pela dificuldade de enfrentar uma nova forma de avaliar, quando os estudantes veem como perseguição a crítica elaborada, constatando conflitos, atritos e mesmo brigas durante esse momento.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.211-217

Seren & Ustun, (2008) avaliaram estudantes de duas escolas, sendo uma com método tradicional e outra com método PBL. Os escores de habilidades de resolução de conflitos e subescala (empatia, habilidades de escuta, abordagem baseada em requisitos, adaptação social e controle da raiva) formados por ABP foram significativamente maiores do que aqueles educados pelo método convencional de educação. Isso sugere que a ênfase nas habilidades interpessoais, na comunicação em equipe e na autoconsciência que fazem parte do currículo do ABP também deve se tornar um foco nos currículos convencionais. Essas mesmas competências e habilidades devem ser mais proeminentes nas escolas convencionais de enfermagem à medida que se tornam mais focadas no estudante.

5. Conclusão

A pesquisa com abordagem qualitativa alcançou sua proposta de conhecer o que estudantes e docentes da instituição pensam a respeito da avaliação realizada durante o processo tutorial.

As compreensões acerca da avaliação vão ao encontro da proposta institucional, cuja intenção é proporcionar o conhecimento da implementação do processo tutorial, possibilitando identificar as fragilidades para busca de superação entre os desempenhos de estudantes e professores. Contudo, ainda, identifica-se, muitos desafios!

Destaca-se, a diversidade de critérios estabelecidos, dificultando uma avaliação mais objetiva e podendo captar a singularidades dos estudantes, além de limítes de professores e estudantes quanto ao aprofundamento dos processos avaliativos, de forma a articuladar os aspectos cognitivo, afetivo e psicomotor, buscando o alcance do desempenho esperado.

Nesse sentido, investimentos em capacitação docente quanto a proposta curricular e, em especial, o processo de avaliação se fazem necessário.

Agradecimentos

À Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) por financiar o desenvolvimento da pesquisa por meio do Processo nº 17/19474-3.

6. Referências

Moraes, M. A. A. D., & Manzini, E. J. (2006). Concepções sobre a aprendizagem baseada em problemas: um estudo de caso na Famema. Revista Brasileira de Educação Médica, 30(3), 125-135.

Oliveira, N. A. D., Meirelles, R. M. S. D., Cury, G. C., & Alves, L. A. (2008). Mudanças curriculares no ensino médico brasileiro: um debate crucial no contexto do Promed. Revista Brasileira de Educação Médica, 32(3), 333-346.

Spaulding, W. B. (1969). The undergraduate medical curriculum (1969 model): McMaster university. Canadian Medical Association Journal, 100(14), 659.

de Camargo Ribeiro, L. R., & Mizukami, M. D. G. N. (2004). Uma implementação da aprendizagem baseada em problemas (PBL) na pós-graduação em engenharia sob a ótica dos alunos. Semina: Ciências Sociais e Humanas, 25(1), 89-102.

Faculdade de Medicina de Marília. (2014). Projeto pedagógico do curso de medicina.

Komatsu, R. S., de Queiroz Padilha, R., & Caleman, G. (2000). Interdisciplinaridade na educação médica: a experiência da Faculdade de Medicina de Marília (Famema). Revista de Administração Pública, 34(6), 81-93.

Depresbiteris, L. (2001). Certificação de competências: a necessidade de avançar numa perspectiva formativa. Formação, 2, 27-38.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.211-217

Perrenoud, P. (1999). Avaliação: da excelência à regulação das aprendizagens-entre duas lógicas. In Avaliação: da excelência à regulação das aprendizagens-entre duas lógicas (pp. 183-183).

Reid, J. A. (2011). Understanding Medical Education: Evidence, Theory and Practice, 1st edn.

Minayo, M. C. D. S., Deslandes, S. F., & Gomes, R. (2016). Pesquisa social: teoria, método e criatividade.

Komatsu, R. S. (1999). Aprendizagem baseada em problemas: um caminho para a transformação curricular. Revista Brasileira de Educação Médica, 23(2-3), 32-37.

Zanolli, M. B., Boshuizen, H. P., & De Grave, W. S. (2002). Students' and tutors' perceptions of problems in PBL tutorial groups at a Brazilian medical school. EDUCATION FOR HEALTH-ABINGDON-CARFAX PUBLISHING LIMITED-, 15(2), 189-201.

Faria, M. J. S. S. D., Nunes, E. D. F. P. D. A., Anastasiou, L., Sakai, M. H., & Silva, V. L. M. D. (2008). Os desafios da educação permanente: a experiência do curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina. Revista Brasileira de Educação Médica, 32(2), 248-253.

Moia, L. D. J. M. P., de Sousa, R. P. M., Souza, R. M. V., & da Fonseca, A. B. (2017). Metodologias ativas de ensino-aprendizagem: perfil e capacitação pedagógica do docente do curso de medicina. IJHE-Interdisciplinary Journal of Health Education, 2(1).

Barreto, N. A. P., Xavier, A. R. E. D. O., & Sonzogno, M. C. (2017). Percepção de tutores quanto a sua avaliação pelos discentes de um curso médico. Revista Brasileira de Educação Médica, 41(2), 221-230.

Seren, S., & Ustun, B. (2008). Conflict resolution skills of nursing students in problem-based compared to conventional curricula. Nurse Education Today, 28(4), 393-400.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.211-217

Articulação teórico-prática na formação do enfermeiro

Cássia Regina Fernandes Biffe Peres[1], Sílvia Franco da Rocha Tonhom[2], Márcia Aparecida Padovan Otani[2], Carina Rejane Fernandes Biffe[3] e Maria José Sanches Marin[2]

[1] Faculdade de Medicina de Marília; Curso de Medicina Fundação Educacional do Município de Assis, Brasil | c.r.biffe@gmail.com | https://orcid.org/0000-0002-8430-0400

[2] Faculdade de Medicina de Marília, Brasil | siltonhom@gmail.com; mpadovanotani@gmail.com; marnadia@terra.com.br | http://orcid.org/ 0000-0001-7522-2861; https://orcid.org/0000-0001-9540-4996; https://orcid.org/0000-0001-6210-6941

[3] Grupo de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Brasil | carina_biffe@yahoo.com.br | https://orcid.org/0000-0001-5090-7987

Resumo: Introdução: historicamente, as ações de saúde pautaram-se no cuidado biológico, fragmentado, hospitalar e especializado. A formação do enfermeiro manteve a premissa de que a teoria deve anteceder a prática, com currículos organizados por disciplinas. No entanto, essa organização curricular vem sendo questionada. As Diretrizes Curriculares Nacionais, apontam para a necessidade da formação por competência, integralidade do cuidado, olhar ampliado do processo saúde-doença e da capacidade de atender as necessidades da população. Nesse sentindo, as Instituições de Ensino devem aproximar os estudantes ao mundo do trabalho, buscando superar o desafio de articular teoria e prática. Para essa compreensão, partiu-se da pergunta: como se dá a articulação teórico-prática na graduação em enfermagem? **Objetivo:** analisar como está ocorrendo a articulação teórico-prática na formação do enfermeiro no estado de São Paulo-Brasil. **Método:** estudo qualitativo fundamentado na hermenêutica-dialética, que analisou entrevistas de 21 professores de seis cursos de enfermagem. **Resultados:** observou-se, por um lado, aspectos que comprometem a articulação teórico-prática, como a organização curricular por disciplinas, a falta de definição dos conteúdos básicos necessários à formação do enfermeiro e a dicotomia entre ciclo básico e profissional. Em contrapartida, evidenciou-se um caminhar para efetivar essa articulação constatado pelo reconhecimento da importância do planejamento curricular conjunto e por iniciativas de currículo integrado, com construção do conhecimento a partir do mundo do trabalho. **Conclusões:** a articulação teórico-prática representa grande desafio na formação do enfermeiro. Seu enfrentamento pressupõe mudanças paradigmáticas nos currículos e, consequentemente, na forma de pensar e agir dos atores envolvidos no processo de ensino-aprendizagem, visando à *praxis.*

Palavras-chave: Educação em Enfermagem; Currículo; Prática Profissional; Competência Profissional.

Theoretical-Practical Articulation in the Training of Nurses

Abstract: Introduction: historically, health actions were guided by biological, fragmented, hospital and specialized care. The training of nurses maintained the premise that theory must precede practice, with curricula organized by disciplines. However, this curricular organization has been questioned. The National Curriculum Guidelines point to the need for training by competence, comprehensive care, an expanded look at the health-disease process and the ability to meet the needs of the population. In this sense, Teaching Institutions must bring students closer to the world of work, seeking to overcome the challenge of articulating theory with practice. For this understanding, we started with the question: how does the theoretical-practical articulation take place in undergraduate nursing? **Goal:** to analyze how the theoretical-practical articulation is taking place in the training of nurses in the state of São Paulo-Brazil; **Method:** qualitative study based on hermeneutics-dialectics, which analyzed interviews of 21 teachers from six nursing courses. **Result:** it was observed, on the one hand, aspects that compromise the theoretical-practical articulation, such as the curricular organization by subjects, the lack of definition of the basic contents necessary for the training of nurses and the dichotomy between basic and professional cycle. On the other hand, it was evident that there was a path to achieve this articulation, as evidenced by the recognition of the importance of joint curricular planning and by integrated curriculum initiatives, with the construction of knowledge from the world of work. **Conclusions:** the theoretical-practical articulation represents a great challenge in the training of nurses. Their confrontation presupposes paradigmatic changes in the curricula and, consequently, in the way of thinking and acting of the actors involved in the teaching-learning process, aiming at praxis.

Keywords: Education; Nursing; Curriculum; Professional Practice; Professional Competence.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.218-225

1. Introdução

Historicamente as ações de saúde pautaram-se no cuidado biológico, fragmentado, hospitalar e especializado, inspirado no modelo flexneriano, repercutindo na formação dos profissionais de saúde (Ximenes Neto et al., 2020). Nessa perspectiva, a educação em enfermagem manteve a premissa de que a teoria deve anteceder a prática, com currículos organizados em disciplinas.

Essa organização vem sendo questionada, especialmente pelo aumento de produção de conhecimento e tecnologias, o que demanda incorporação de novos saberes ao fazer profissional.

As Diretrizes Curriculares para os Cursos de Enfermagem (DCN) direcionam para formação por competência, com perfil profissional voltado à integralidade do cuidado, envolvendo visão ampliada do processo saúde-doença, na lógica interdisciplinar e compreensão do sistema de saúde em rede (Ministério da Educação, 2001).

Para esse complexo direcionamento, as organizações curriculares devem aproximar a escola ao mundo do trabalho, proporcionar a prática reflexiva para a transformação da realidade, reforçando a articulação da teoria com a prática e a mobilização dos atributos afetivos, cognitivos e psicomotores (Tonhom et al., 2014).

Neste sentido, resgata-se o conceito de *práxis*, teorizada por Marx e aprofundada na educação por Paulo Freire (2013), como a capacidade de o sujeito atuar e refletir, possibilitando a transformação da realidade conforme as finalidades delineadas, ou seja, a possibilidade de agir, refletir sobre sua ação e retornar à realidade.

Nessa direção, os cursos de graduação em Enfermagem têm organizado suas matrizes curriculares com diferentes aproximações da prática. Encontram-se currículos por disciplinas; em ciclos, fundamental, composicional e profissional, com inserção progressiva na prática; atividades teóricas e práticas desde as séries iniciais com outros cursos da saúde e organização curricular por competência, com métodos ativos de ensino-aprendizagem (Soriano et al., 2015).

Apesar dos avanços proporcionados pelas DCN, a articulação teórico-prática na formação em Enfermagem ainda é um desafio por dificuldades históricas e contemporâneas. (Ximenes Neto et al., 2020).

Para ampliar essa compreensão, partiu-se da questão: Como se dá a articulação teórico-prática no ensino de graduação em Enfermagem?

Assim, tem-se como objetivo analisar como está ocorrendo a articulação teórico-prática na formação do enfermeiro no estado de São Paulo-Brasil.

2. Metodologia

Pesquisa qualitativa, fundamentada nos pressupostos da hermenêutica-dialética. Abordagem que propõe contextualizar o discurso dos atores sobre as questões socioeconômicas, políticas e sociais, em busca de sua compreensão e autenticidade (Minayo et al., 2016).

O referencial teórico-metodológico, pautado na hermenêutica-dialética, ancorou-se nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e nas DCN, o que possibilitou a compreensão dos fenômenos na sua complexidade e historicidade.

A perspectiva hermenêutica preocupa-se com a compreensão do texto, que pode ser oriundo de biografia, narrativa, entrevistas, documentos, livro, entre outros. Tendo como unidade temporal o presente, “marca o encontro entre o presente e o passado, ou entre o diferente e a diversidade dentro da vida atual, mediada pela linguagem”. Reconhece-se, no entanto, que a linguagem nem sempre é totalmente transparente em si mesma, com possibilidade de entendimento parcial ou de não entendimento (Minayo, 2014).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.218-225

No entanto, enxergam-se limites na fundamentação de uma interpretação emancipatória dos fatos humanos, uma vez que não incorpora movimento da crítica na reconstrução do discurso e do seu sentido prático. Assim, aplica-se à hermenêutica uma visão dialética, o que constitui a hermenêutica-dialética (Minayo, 2014).

A dialética incorpora a ideia de crítica, de negação, de oposição, de mudança, de processo, de contradição, de movimento e de transformação da realidade social, favorecendo múltiplas possibilidades de interpretação e compreensão do texto analisado (Minayo, 2014).

A união da hermenêutica e da dialética para a compreensão e crítica da realidade se complementam no momento em que a primeira permite o entendimento dos textos, fatos históricos, cotidianidade e realidade na qual ocorrem e a segunda, por sublinhar a diferença, o contraste, o dissenso e a ruptura do sentido, sendo que, em conjunto, representam um movimento necessário à produção de racionalidade em relação aos processos sociais constituídos de complexidade (Minayo, 2014; Brito et al., 2007).

O estudo foi realizado em seis Instituições de Ensino Superior (IES) que oferecem curso de Enfermagem no estado de São Paulo-Brasil, sendo três públicas e três privadas. Para definição da amostra dos cursos de instituições privadas incluíram-se aqueles com nota três ou mais no Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), considerando-se que não atingir tal conceito representa fragilidade para essa formação profissional. Dos 178 cursos de Enfermagem de escolas privadas do Estado de São Paulo-Brasil, somente seis (3,4%) haviam obtido conceito cinco; 20 (11,2%) – conceito quatro e 46 (25,8%) – conceito três, totalizando-se 72 cursos de instituições privadas (Ministério da Educação, 2015). Em relação às instituições públicas, foi incluída sua totalidade, ou seja, nove, independente do conceito atribuído pelo SINAES, pois muitas delas são reguladas pela Secretaria de Estado, e não têm a obrigatoriedade de avaliação pelo Ministério da Educação.

Posteriormente, procedeu-se a seleção da amostra, considerando como critério ter no mínimo dez anos de funcionamento por ser esse um período razoável para desenvolvimento de processos de mudanças a fim de atender às DCN e às demandas da Política Nacional de Saúde. Assim, obteve-se um total de 25 cursos.

Depois de aplicados os dois critérios de inclusão, foram sorteados três cursos de instituição pública e três de instituição privada, com a intenção de buscar a diversidade organizativa das IES.

Os participantes do estudo foram professores enfermeiros das seis IES, sendo todos convidados a participar via *e-mail* e a escolha ocorreu conforme o recebimento da resposta positiva. A saturação teórica se deu com a análise da 21ª entrevista (Minayo, 2017), momento em que as entrevistas não apresentavam informações novas.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista, com a seguinte questão aberta - Como ocorre a articulação teórico-prática na sua prática docente de formação do enfermeiro? - As entrevistas foram realizadas, pela primeira autora, no período de agosto de 2015 a março de 2016, com duração média de 30 minutos, agendadas previamente e realizadas no melhor momento e local para os participantes, gravadas em áudio e transcritas na íntegra pela referida pesquisadora. Para garantir o anonimato das IES e dos participantes, as entrevistas foram codificadas, IES pública – "P"; IES privada – "PRI" e professor –"PRO", acompanhados de sequência numérica.

Considerando que, em todo processo de mudança, há um movimento dialético, a perspectiva hermenêutica-dialética permitiu evidenciar os aspectos relacionados à articulação teórico-prática na formação do enfermeiro.

O método de análise hermenêutico-dialética é descrito como uma forma de reflexão, um caminho do pensamento, norteado pela aproximação com a *práxis* social, aprofundado na *práxis* histórica, econômica e política, na busca de uma visão de totalidade para a compreensão do fenômeno.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.218-225

Compreende-se, portanto, 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 (Brito et al., 2007). Nessa direção, os dados foram interpretados, por todas as autoras, a partir do caminho proposto por Minayo (2014).

No primeiro momento, ocorreu a "ordenação dos dados", incluindo a organização do material; a transcrição do áudio das entrevistas; a releitura do material e organização dos relatos em determinada ordem, o que permitiu o início da classificação.

Num segundo momento, considerado como "classificação dos dados", houve a compreensão de que os dados não existem por si só, eles são construídos a partir de questionamentos sobre eles, com base nos fundamentos teóricos. Por meio de leitura exaustiva dos relatos, foram identificadas as estruturas relevantes das narrativas dos participantes, as quais foram agrupadas em núcleos de sentido, o que possibilitou o estabelecimento das categorias empíricas, que foram confrontadas com as categorias analíticas estabelecidas para balizar a investigação, buscando as relações dialéticas entre elas.

Por fim, realizou-se a "análise final", momento em que se articulou os dados coletados e os referenciais teóricos da pesquisa, num movimento dialético, que considerou a divergência, a contradição, o concreto e o abstrato, o particular e o geral, visando chegar ao concreto pensado e suas interfaces com a articulação teórico-prática na formação do enfermeiro (Minayo et al., 2016).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, com parecer número nº 816.301.

3. Resultados

A maioria dos entrevistados era do sexo feminino, 19 (90,5%), com idade entre 32 e 59 anos, sendo que 12 (57%) tinham mais de 50 anos. O tempo de formado variou de nove a 36 anos e o de trabalho na IES era de dois a 28 anos. Quanto à titulação, cinco (23,8%) eram especialistas, sete (33,3%) mestres, oito (38,1%) doutores e um (4,8%) livre docente.

Na análise das entrevistas encontram-se, por um lado, aspectos que comprometem a articulação entre teoria e prática, por outro, há o reconhecimento da necessidade de mudanças e de movimentos consistentes para essa articulação, demonstando um constante movimento dialético.

3.1 Desarticulação entre a Teoria e a Prática

Nessa temática, serão apresentados os aspectos que indicam a desarticulação entre teoria e a prática.

Conforme as falas dos participantes, a manutenção e a apresentação de matrizes curriculares por disciplinas distanciam a teoria da prática, pois dificultam discussões mais ampliadas.

> *Quando uma matriz ainda é organizada por disciplinas, a gente corre um sério risco de fragmentação do processo de ensino aprendizado* (PRO3/PR1).
>
> *O próprio modelo de currículo não possibilita uma discussão, um desenvolvimento desse ensino-aprendizagem mais integrado* (PRO2/P2).

Outro aspecto se refere à indefinição dos conteúdos básicos necessários à formação do enfermeiro, visto que a seleção dos mesmos é realizada por professores de disciplinas básicas, que, na maioria, são de outras categorias profissionais e têm pouca aproximação com o papel do enfermeiro. Assim, os conteúdos necessários são minimizados, sem abordagem aprofundada dos conteúdos referentes às disciplinas profissionalizantes.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.218-225

> *Há a necessidade de discutir qual a real demanda da escola de Enfermagem para aquela disciplina específica. Quem está ensinando anatomia para Enfermagem não pode achar que a Enfermagem é menor. A Enfermagem tem algumas necessidades especificas de aprendizado* (PRO1/P3).

Apesar da aproximação dos estudantes com a prática em séries iniciais, a vivência do papel profissional ocorre, de fato, no último ano de graduação, ao realizar o Estágio Curricular Supervisionado (ECS).

> *Ele vai no 1º Semestre, apenas para visitas, conhecer os serviços de saúde, concentra mesmo os estágios nos últimos dois anos* (PRO1/PRI1).

A falta de articulação da teoria com prática no decorrer da formação pode fazer com que, ao inserir o estudante no campo de estágio, haja necessidade de resgatar a teoria, se essa não foi significativa para o aprendizado no momento em que foi trabalhada.

> *A gente faz esse resgate na primeira semana, antes de começar a prática, tem se mostrado suficiente* (PRO3/PRI2).

> *Mesmo o aluno que foi muito bem nestas disciplinas, quando você entra de novo nessa disciplina, vai mostrar para ele por que precisa ser daquele jeito e não do outro. Opa, vamos ter que voltar* (PRO1/PRI2).

> *Passa meio despercebida muita coisa e eles só vão dar valor no último ano mesmo. Naquele momento não faz sentido* (PRO4/PRI3).

Quanto às dificuldades na articulação, apontam essencialmente a falta de espaços formais de discussão e a sobrecarga dos professores das disciplinas básicas por outras atividades.

> *Não tem essa integração, acaba conversando meio que de corredor o que já foi trabalhado, o que não foi e como foi* (PRO1/PRI3).

> *São sobrecarregados com outras atividades, pessoal das Cadeiras Básicas trabalha muito com pesquisa, não tem um tempo que sobra, isso acaba dificultando um pouco* (PRO2/P2).

3.2 Perspectivas para a Articulação entre a Teoria e a Prática

Essa temática aborda os aspectos que levam às perspectivas para a articulação entre a teoria e a prática.

Entre os entrevistados, destaca-se o reconhecimento da necessidade de articulação da teoria com a prática e da aproximação entre os professores das disciplinas básicas e profissionalizantes.

> *É como se tivesse uma separação, um ciclo básico de um lado e esse ciclo profissional do outro. Mas a ideia é que isso aconteça junto e de uma forma integrada, mas ainda não conseguimos* (PRO1/PRI1).

> *Eles* [professores das disciplinas básicas] *precisam se aproximar da gente para que a gente possa passar minimamente tudo o que a gente precisa* (PRO1/P3).

Encontra-se também o relato de que articulação com as disciplinas básicas acontece em momentos pontuais, em que os professores são chamados para contribuir em determinadas aulas.

> *Tem situações mais pontuais na discussão de caso, numa determinada aula que o pessoal é chamado* (PRO2/P2).

Foram observados ainda integração da teoria com a prática que ocorrem a partir de vivências dos estudantes na prática profissional ou a partir de situações elaboradas previamente.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.218-225

> *A partir das situações vivenciadas pelo estudante ou das situações colocadas previamente elaboradas, se pudessem identificar quais os conhecimentos necessários para que ele pudesse se desenvolver naquela situação. E aí eles buscam os conhecimentos que são necessários das várias áreas, seja do ciclo básico ou do clínico* (PRO1/P1).

No depoimento a seguir, tem-se o reconhecimento de que o trabalho articulado com as disciplinas básicas enriquece o contexto do problema e estimula o questionamento dos estudantes.

> *No planejamento das unidades educacionais tem a participação das cadeiras básicas. Isso ajudou muito nesse movimento de articular as coisas. Aí fica muito rico porque o contexto do problema tem que estimular os questionamentos dos estudantes* (PRO4/P1).

4. Discussão

Conforme relatado pelos participantes, os currículos organizados por disciplinas desfavorecem a articulação teórico-prática, visto que são desenvolvidas isoladamente e a maioria delas em momentos em que não há inserção em cenários de prática. Assim, faz-se necessário que os estudantes resgatem em momento oportuno os conteúdos trabalhados inicialmente, corroborando o estudo que aponta a necessidade de esse resgate teórico e sua articulação com a prática ser realizado pelo professor que se encarrega dos conteúdos profissionalizantes (Campos et al., 2009).

Utilizando-se da perspectiva hermenêutica-dialética para compreender e analisar a realidade, levando em conta os aspectos históricos e a situação atual da articulação teórico-prática nos cursos de Enfermagem, entende-se que, de certa forma o distanciamento entre teoria e prática nos currículos dos cursos de Enfermagem, encontra reforço nas DCN a partir do entendimento de que o ECS deve ser realizado no último ano da formação (Ministério da Educação, 2001). Nos demais momentos do curso, o currículo é desenvolvido com aproximações que nem sempre possibilitam o movimento de agir, refletir e retornar à ação (Ximenes Neto et al., 2020). Embora o ECS traga avanço na aproximação do estudante com o mundo do trabalho (Marran, et al., 2015), em alguns currículos, esse é o único momento em que o estudante é inserido na prática, conforme relatado pelos participantes do estudo. Essa situação revela clara dicotomia entre ciclo básico e profissional.

Aliado a isso, a organização curricular por disciplina dificulta a construção de matrizes articuladas, à medida que cada disciplina atua isoladamente, sem espaços para discussões e planejamento conjunto.

Nesse sentido, mesmo que haja esforços para a interlocução entre as disciplinas, a simples justaposição de conteúdos não garante a ruptura da dicotomia entre teoria e prática. Torna-se necessário integrar os diferentes conhecimentos que fundamentam as práticas do enfermeiro (Campos, et al., 2009). Cabe destacar que a definição de conteúdos realmente importantes à sua formação também é citada pelos entrevistados visto que, na história da criação das escolas de Enfermagem, os conteúdos foram organizados a partir dos currículos dos cursos de medicina, sem a devida clareza do que realmente tem significado para a Enfermagem (Kletemberg & Siqueira, 2003).

Destarte, a construção de PPC com currículo integrado favorece a contextualização dos saberes, a articulação ensino-serviço-comunidade com problematização e a aproximação da *práxis* (Peres et al., 2018). Ressalta-se que, em currículos com abordagens dialógicas, essa dificuldade é minimizada, a partir do momento em que o aprendizado se dá na prática e as lacunas de conhecimento são estudadas para se dar conta da situação vivenciada (Tonhom et al., 2014).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.218-225

Considera-se, que a estratégia de articular ensino e trabalho é um grande desafio dada a inovação tecnológica frente aos currículos tradicionais e que, de acordo com Lima et al.(2018), na área da saúde, a educação deve ser inserida no contexto do SUS. Ademais, as políticas para superação da fragmentação curricular e implantação de métodos ativos de ensino-aprendizagem, fundamentadas nas DCN, esbarra na cristalização das práticas pedagógicas e no desejo de preservação dos papéis assumidos por escolas e professores (Lima et al., 2018; Lara et al., 2019).

Para superar esse desafio torna-se necessária a adoção de modelos curriculares inovadores, com mudanças na organização curricular e, sobretudo, nos papéis desempenhados por estudantes e professores no processo ensino-aprendizagem. O professor deve desafiar-se a se destituir da detenção do saber e assumir a facilitação do processo de ensino-aprendizagem, favorecendo a construção do conhecimento a partir das necessidades do estudante, estimulando a proatividade, apreendendo novos saberes e ressignificando os existentes (Araújo et al. 2018). Além de se colocarem como aprendizes do processo. Salienta-se que a aprendizagem significativa considera a afetividade do estudante, pois para aprender de maneira significativa não basta a potência das situações de aprendizagem, visto que deve haver disponibilidade do estudante em relacionar o novo conteúdo ao seu conhecimento prévio (Camejo & Diez, 2016).

Acresce-se a isso a necessidade de espaços formais de construção coletiva dos PPC e planejamento das atividades. É relevante investir na articulação interna, como também, em gestão compartilhada na formação em saúde, para além dos muros da universidade, considerando outros setores da sociedade, e, assim, oportunizar maior efetivação da articulação teoria-prática (Mattia et al., 2018).

Em uma proposta de currículo integrado, alguns aspectos devem ser considerados, como a clareza na definição dos desempenhos esperados para cada série e ao final do curso, além da construção do conhecimento a partir da reflexão sobre a prática vivida, considerando o contexto de vida das pessoas (Lima, 2017), com proposta de avaliação focada no processo e não somente no resultado. O planejamento coletivo é essencial para a representatividade do produto, que possa ser operacionalizado e respeitado por todos (Peres et al., 2018; Lima et al., 2018).

Assim, para que a construção curricular possibilite um contexto práxico, conforme discute Freire (2013), além do processo de reconstrução do PPC, com a produção do conhecimento a partir do mundo do trabalho, nos diferentes momentos da formação, professor e estudante devem desconstruir modelos tradicionais de ensino e ressignificar o seu papel em constante movimento dialético para impulsionar a ação (Paro, et al. 2020).

5. Conclusões

Os pressupostos da hermenêutica-dialética possibilitaram a compreensão do complexo movimento que as IES têm realizado para a articulação teórico-prática na formação do enfermeiro.

Observa-se que a organização curricular por disciplinas e clara dicotomia em ciclo básico e profissional reforça a fragmentação teórico-prática, o que pode relacionar-se à ausência de planejamento curricular conjunto. Há o reconhecimento da importância de aproximação entre professores de disciplinas básicas e profissionalizantes para a qualificação da formação.

Evidencia-se um caminhar em direção à articulação teórico-prática, com matrizes curriculares integradas à construção do conhecimento a partir do mundo do trabalho.

Compreende-se que embora avanços sejam observados, as mudanças curriculares dos cursos de Enfermagem caminham com dificuldades para a efetiva *práxis* transformadora, necessária ao atual modelo de atenção à saúde. Assim, depreende-se que há que se investir em currículos que favoreçam a aprendizagem significativa, com a construção do conhecimento a partir e para a prática profissional, com participação ativa de estudantes, professores e profissionais do serviço no processo de ensino e de cuidado.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.218-225

6. Referências

Araújo, B. B. M.I., Machado, A. C. C., Rossi, C. S., Pacheco, S. T. A. B. & Rodrigues, M. R. D. (2018). Referencial teórico-metodológico de Paulo Freire: contribuições no campo da enfermagem. Revista de Enfermagem da UERJ, 26, e27310. doi:10.12957/reuerj.2018.27310

Brito, R. M., Santos, E. O., Braga, G. B., Printes, J. S., Chaves, R. M. T., Silva, W. L. A. (2007). A hermenêutica e o processo de construção do conhecimento. Dialógica,1(3), 1-12. http://dialogica.ufam.edu.br/PDF/no3/Rosa_Britto_Hermeneutica.pdf

Campos, C. M. S., Soares, A. B., Trapé, C. A., Silva, B. R. B. & Silva,T. C. (2009). The relationship theory-practice and the teaching-learning process in a Collective Health Nursing Course. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 43(esp 2), 1226-1231.

Camejo, I. & Diez, D. (2016). Meaningful learning: underlying concept of Cognitive Learning Theory Multimedia? Revista Investimento, 40(89), 68-89. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1010-29142016000300004&lng=es&tlng=

Freire, P. (2013). Pedagogia do oprimido (55ª ed.). Paz e Terra.

Kletemberg, D. F. & Siqueira, M. T. A. D. (2003). The creation of the nursing teaching in Brazil. Cogitare Enfermagem, 8(2), 61–67. doi.org/10.5380/ce.v8i2.1695

Lara, E. M. O., Lima, V. V., Mendes, J. D., Ribeiro, E. C. O. & Padilha, R. Q. (2019). The teacher in active methodologies and the nuances between teaching and learning: challenges and possibilities. Interface, 23, e180393. doi.org/10.1590/interface.180393

Lima, V. V. (2017). Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. Interface, 21(61), 421-434. doi.org/10.1590/1807-57622016.0316

Lima, V. V., Ribeiro, E. C. O., Padilha, R.Q. & Mourthé Júnior C. A. (2018). Challenges in the education of health professionals: an interdisciplinary and interprofessional approach. Interface, 22(sup 2), 1549-1562. doi.org/10.1590/1807-57622017.0722

Marran, A. L., Lima, P. G. & Bagnato, M. H. S. (2015). Educational policies and the supervised curricular internship in the undergraduate nursing course. Trabalho Educação e Saúde, 13(1), 89-108. doi.org/10.1590/1981-7746-sip00025

Mattia, B. J., Kleba, M. E. & Prado, M. L. (2018). Nursing training and professional practice: an integrative review of literature. Revista Brasileira de Enfermagem, 71(4), 2039-2049. doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0504

Minayo, M. C. S. (2014). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde (14ª ed.). Hucitec.

Minayo, M. C. S. (Org), Deslandes, S. F. & Gomes, R. (2016). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Vozes.

Minayo, M. C. S. (2017). Sampling and saturation in qualitative research: consensuses and controversies, Revista Pesquisa Quatitativa, 19(2), 1-12. https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59 Portuguese

Ministério da Educação (2015). Instituições de educação superior e cursos cadastrados. Ministério da Educação. http://emec.mec.gov.br.

Ministério da Educação (2001). Resolução nº 3, de 7 de novembro. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem.

Paro, C.A., Ventura, M. & Silva, N. E. K. (2020). Paulo Freire e o inédito viável: esperança, utopia e transformação na saúde. Trabalho, Educação e Saúde, 18(1), e0022757. doi: 10.1590/1981-7746-sol00227

Peres, C. R. F. B., Marin, M. J. S., Soriano, E. C. I. & Ferreira, M. L. S. M. (2018). A dialectical view of curriculum changes in nursing training. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 52, e0339. doi: 10.1590/s1980-220x2017038003397

Soriano, E. C. I., Peres, C. R. F. B., Marin, M. J. S. & Tonhom, S. F. R. (2015). State nursing courses in São Paulo forward the curriculum guidelines. Revista Mineira de Enfermagem, 19(4), 965-979. doi: 10.5935/1415-2762.20150074

Tonhom, S. F. R., Costa M. C. G., Hamamoto, C. G., Francisco, A. M., Moreira, H. M.& Gomes R. (2014). Competency-based training in nursing: limits and possibilities. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 48(esp 2), 213-220. doi.org/10.1590/S0080-623420140000800031

Ximenes Neto, F. R. G, Lopes Neto, D., Cunha, I. C. K. O., Ribeiro, M. A., Freire, N. P., Kalinowski, C. E., Oliveira, E. N. & Albuquerque, E. M. N. (2020). Reflections on Brazilian Nursing Education from the regulation of the Unified Health System. Ciência & Saúde Coletiva, 25(1), 37–46. doi.org/10.1590/1413-81232020251.27702019

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.218-225

Os sentidos da reunião de equipe de uma unidade de internação pediátrica: Compreensão de profissionais e gestoras

Aquiles Dacêncio Pereira[1], Danielle Abdel Massih Pio[1], Ana Carolina Nonato[1], Silvia Franco da Rocha Tonhom[1], Ione Ferreira Santos[1] e Maria Elizabeth da Silva Hernandes Correa[2]

[1] Faculdade de Medicina de Marília, Brasil | psicologoaquiles@gmail.com; danimassihpio@hotmail.com; nonato.anacarolina@gmail.com; siltonhom@gmail.com; ionefs13@gmail.com | https://orcid.org/0000-0001-5188-6145; https://orcid.org/0000-0003-0738-4601; https://orcid.org/0000-0003-2992-068X; https://orcid.org/0000-0001-7522-2861; https://orcid.org/0000-0002-2030-4541

[2] Universidade de Marília, Unimar, Brasil | meshco@gmail.com | https://orcid.org/0000-0003-2301-714X

Resumo: Introdução: A atuação em equipe é considerada um processo de trabalho para executar atividades de modo mais eficiente do que quando realizadas individualmente. Na área da saúde, esta proposta contribui para reorganizar o trabalho, com assistência mais integral e resolutiva aos usuários. Assim, a existência de reuniões de equipe de saúde instituídas formalmente pode garantir maior integralidade da atenção. **Objetivos**: Compreender quais são as percepções e vivências acerca da reunião de equipe para profissionais e gestoras de uma Unidade de Internação de Pediatria Clínica (UIPC). **Métodos:** Estudo de vertente qualitativa, organizado em dois momentos: Grupo Focal com os integrantes da reunião de equipe, totalizando nove profissionais, e entrevistas individuais por meio de roteiro semiestruturado com as gestoras, totalizando quatro profissionais. A análise dos dados ocorreu sob a ótica da Análise de Conteúdo - modalidade temática. **Resultados:** Os profissionais e as gestoras entendem como muito importante a manutenção e a ampliação do espaço da reunião de equipe, considerado referência para o cuidado em saúde ao possibilitar reflexões sobre o trabalho e as necessidades de saúde dos usuários, com maior resolutividade das intervenções. Entretanto, identificam entraves para este processo, uma vez que é necessário estar aberto à escuta e considerar o saber do outro. Também compreendem que a participação dos estudantes é imprescindível para o aprendizado acerca da integralidade do cuidado e que a gestão constitui uma importante aliada para valorização deste espaço. **Conclusões**: Considerando a pesquisa qualitativa, a coleta dos dados por meio das técnicas de Grupo Focal e de entrevista semiestruturada propiciou reflexões que possibilitaram ao grupo elencar estratégias de enfrentamento a obstáculos e identificar os benefícios do processo de reunião de equipe, com acompanhamento dinâmico da gestão e valorização deste processo de construção.

Palavras-chave: Equipe de Assistência ao Paciente; Gestão de Recursos da Equipe de Assistência à Saúde; Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde; Assistência Hospitalar; Pesquisa Qualitativa.

Team Meeting of a Pediatric Inpatient Unit: Meaning and Understanding of Professionals and Managers

Abstract: Introduction: Team working is a complex of actions to perform a task more efficiently than when performed individually. In health, this process contributes to the reorganization of work, with more resolving and comprehensive assistance to users. Thus, understanding the implications of the form the health team meeting is instituted can guarantee a more comprehensive care to the user. **Objectives:** to understand what the perceptions and experiences regarding the team meeting for professionals and managers of a Clinical Pediatric Inpatient Unit (UIPC) are. **Methodology:** Qualitative study, divided into two moments: Focus Group with the members of the team meeting, totaling nine professionals, and individual interviews through a semi-directed script with the managers, totaling four professionals. Data analysis took place from the perspective of Content Analysis - thematic modality. **Results**: professionals and managers consider important the maintenance and expansion of the team meeting space, considered a reference for health care, as it allows reflections on the work and health needs of users, with greater resolution of the interventions. However, they identify obstacles to this process since it is necessary to be open to listening and considering the knowledge of others. They also understand that the participation of students is important for understanding the integrality of care and that management is an important ally for the valorization of this space. **Conclusion**: Considering the qualitative research, the collection of data using the Focus Group and semi-directed interview techniques provided reflections that enabled the group to list obstacle-coping strategies and identify the benefits of the team meeting process, with dynamic management monitoring and enhancement of this construction process.

Keywords: Patient Care Team; Crew Resource Management; Healthcare; Health Services Needs and Demand; Hospital Care; Qualitative Research.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.226-233

1. Introdução

A atuação em equipe pode ser considerada um processo de trabalho para executar atividades de forma mais eficiente do que quando realizadas individualmente (Peduzzi et al., 2020). Na área da saúde, este modelo contribui para o processo de reorganização do trabalho, com assistência mais integral e resolutiva aos usuários (Brasil & Ministério da Saúde, 2017; Carnut, 2017).

O conceito de equipe multidisciplinar caracteriza-se como um grupo de diferentes profissionais que interagem de forma dinâmica e interdependente e cujo objetivo comum é o cuidado (Horlait et al., 2019), conceito que vai além de um conjunto de diferentes profissionais que trabalham isoladamente.

A organização das equipes está associada à complexidade da demanda de cuidado aos usuários (Araújo & Assis, 2017). Nessas situações, muitos profissionais se deparam com seus próprios limites, encontrando subsídios para compreensão e atendimento dos casos mais vulneráveis nos colegas com outras formações. Além disso, a prática do trabalho em equipe traz seus próprios desafios: requer competências e habilidades interpessoais, além de justificação clara e objetiva das ações de cuidado propostas (Valentim et al., 2020).

Em relação aos novos profissionais, considerando o aumento da compreensão dos determinantes do processo saúde-doença e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Constituição Federal de 1988, o ensino em saúde sofre modificações para se alinhar à Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, instituída em 1996, e às Diretrizes Curriculares Nacionais de cada curso da saúde (Costa et al., 2018).

Considerando a educação um ato coletivo e comprometido com a interação e a troca entre pessoas, os novos modelos de ensino visam romper lógicas dualistas, possibilitando articular teoria e prática (Mitre et al., 2008) e desenvolver habilidades colaborativas que fortaleçam o trabalho em equipe para a transformação das ações de saúde (Peduzzi et al., 2013). Deste modo, estes novos modelos de ensino produzem modificações significativas na forma e no conteúdo das reuniões de equipe em ambientes hospitalares, contemplando o modelo de cuidado integral (Costa et al., 2018).

Nesse sentido, tem-se a inquietação de como ocorrem as reuniões de equipe e se esse processo contribui para a formação de profissionais e para o cuidado em saúde dos usuários, promovendo construção coletiva da atenção em uma Unidade de Internação Hospitalar. Assim, o presente estudo objetivou compreender a percepção e as vivências sobre a reunião de equipe na perspectiva de profissionais e gestoras de uma Unidade de Internação de Pediatria Clínica (UIPC).

2. Metodologia

Este estudo tem delineamento qualitativo, que valoriza significados, representações e intencionalidades das relações humanas, traduzindo estes aspectos para a ciência (Minayo et al., 2016). O ser humano é uma entidade social, que apreende o lugar que ocupa e as ações que realiza, compreendendo o sentido de suas vivências e expressando-as pela linguagem, um movimento repleto de interpretações e reflexões embasadas em suas caraterísticas socioculturais (Minayo, 2012; Minayo et al., 2016).

A pesquisa foi realizada em uma Unidade de Internação de Pediatria Clínica (UIPC) de um hospital-escola vinculado a uma faculdade de medicina e enfermagem do interior do estado de São Paulo, integrado ao SUS por meio da Secretaria Estadual da Saúde e do Departamento Regional de Saúde (DRS) IX (nove). Esta unidade é constituída de 14 leitos e possui 62 municípios em sua área de abrangência, totalizando aproximadamente 1.200.000 habitantes atendidos (Hospital das Clínicas de Marília, 2018a, 2018b).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.226-233

Nesta UIPC, a reunião de equipe é composta apenas pelos profissionais diretamente relacionados aos cuidados dos usuários, não contando com a participação das gestoras. Para abranger a percepção dos dois grupos, a escolha dos participantes se deu de forma intencional: o primeiro grupo foi composto por profissionais que participavam das reuniões de equipe, como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, pedagogos, farmacêuticos, assistentes sociais e residentes médicos, cujos dados foram coletados por meio da técnica do Grupo Focal; o segundo, pelas gestoras desta unidade assistencial, cujos dados foram coletados por meio de entrevistas individuais, orientadas por roteiro semiestruturado.

Como critério de inclusão para o primeiro grupo, foram considerados os profissionais que participam da reunião de equipe daquela UIPC e que estivessem na prática profissional há pelo menos um ano, totalizando nove trabalhadores; para o segundo grupo, consideraram-se todas as gestoras daquela unidade assistencial, totalizando quatro participantes. Foram excluídos os profissionais que não puderam estar presentes no momento da coleta de dados e também estudantes de medicina e enfermagem e residentes multiprofissionais, que não compunham o campo de estágio no momento da coleta de dados. Deste modo, considerando o cenário em que a pesquisa se insere, o total de nove profissionais da UIPC e quatro gestoras da unidade hospitalar em que está contida foi suficiente para que as percepções deste coletivo fossem analisadas e apreendidas.

O Grupo Focal é uma técnica derivada da psicologia social e seu uso está pautado na seleção e reunião de atores que possuam características em comum para discussão de suas vivências (Turato, 2013). O termo "Focal" se deve ao fato de envolver algum tipo de atividade intencional e coletiva que, no caso deste estudo, é a discussão acerca da reunião de equipe. Ele possui uma vantagem em relação às demais técnicas de coleta de dados, pois o Grupo Focal evidencia a dinâmica de funcionamento das pessoas na realidade, espelhando, na esfera microssocial, o modo de pensar e interagir que acontece na esfera macrossocial. Outra vantagem é seu uso em estudos em que os participantes possuem diferentes formações e posições hierárquicas nas instituições, buscando variedade de percepções (Backes et al., 2011; Nóbrega et al., 2016; Souza, 2020; Turato, 2013).

O facilitador da atividade precisa ser cuidadoso em sua participação para não interferir indevidamente no processo do grupo, com opiniões, conclusões, sínteses ou proposições de ideias, mas também deve cuidar para que ocorram reais trocas entre os participantes, que os objetivos do trabalho sejam alcançados e as ideias levantadas e discutidas tenham o devido encaminhamento. Neste sentido, a função de "facilitar" deve garantir que a discussão ocorra, tornando o grupo protagonista de suas interações, reflexões e conclusões. O maior cuidado a se tomar nesta técnica é não a transformar em uma entrevista em grupo, baseada apenas na troca de perguntas e respostas entre o facilitador e os participantes, e não no processo grupal como criador de sua própria dinâmica (Souza, 2020; Turato, 2013).

O Grupo Focal foi realizado em um encontro em outubro de 2019, com duração de aproximadamente uma hora, e foi orientado por um roteiro semiestruturado elaborado pelos autores e que contemplava um conjunto de perguntas fechadas e quatro conjuntos de perguntas abertas. O primeiro conjunto contempla os dados de identificação, como nome, idade, gênero, categoria profissional, tempo de atuação em pediatria e se era docente, assistente, pós-graduando ou graduando, com o objetivo de caracterização dos participantes; os demais conjuntos contemplam os núcleos “Compreensão do que é equipe”, “Compreensão do que é reunião”, “Utilidade e sentido da reunião” e “Implementações”, com perguntas abertas que guiaram o processo grupal. Os dados foram audiogravados e transcritos para posterior análise. Além disso, a pesquisadora que orientou o andamento do grupo realizou anotações em diário de campo. O segundo momento deste estudo foi a participação das gestoras da unidade assistencial em questão por meio de entrevistas individuais semiestruturadas, realizadas entre maio de 2019 a maio de 2020, a depender da disponibilidade de cada participante, que foram audiogravadas e transcritas na íntegra para posterior análise.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.226-233

O roteiro de entrevista continha os dados de identificação dos participantes, como nome, idade, gênero, categoria profissional e qual seu cargo na gestão, e perguntas abertas, de modo a problematizar a percepção destes sobre o processo, a operacionalização e a contribuição da reunião de equipe para a prática e para a formação dos profissionais, considerando sua importância, suas potências, suas fragilidades e sua influência nos indicadores hospitalares. Além disso, as gestoras também foram indagadas se gostariam de propor melhorias para este espaço.

A análise dos dados obtidos nestes dois momentos ocorreu sob a óptica da Análise de Conteúdo - modalidade temática, que consiste em um conjunto de técnicas para a análise dos dados brutos por meio de procedimentos sistemáticos para a descrição dos conteúdos das mensagens, permitindo inferência de conhecimentos em relação às suas condições de produção e recepção por dedução lógica. Deste modo, objetiva-se evitar incertezas, com enriquecimento da leitura daqueles dados. Esta metodologia é constituída de três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (Bardin, 2016; Minayo et al., 2016).

A pré-análise transforma o material bruto em operacional por meio de sucessivas leituras para um aprofundamento cada vez maior, de modo que o material seja compreendido em relação ao conjunto e às suas peculiaridades, e para elencar alguns pressupostos que nortearão a interpretação dos dados e, consequentemente, facilitarão o processo de classificação destes. A metodologia é constituída de outras quatro etapas: leitura flutuante, que estabelece o contato com os documentos de coleta de dados; escolha dos documentos, com definição do que será o objeto de análise; formulação de objetivos e das hipóteses; e elaboração de índices e indicadores, que são os pressupostos norteadores da interpretação. A etapa seguinte consiste na exploração do material, fase de descrição analítica para codificação e identificação das unidades de contexto, momento em que os trechos são efetivamente classificados por meio do agrupamento de dados e apontamento das categorias temáticas. Por fim, ocorre o tratamento dos resultados, etapa que permite a extração de núcleos de sentido das categorias temáticas. Estes são trabalhados de modo a dialogar com os pressupostos norteadores e, se necessário, novos podem ser elencados. Este momento constitui-se de uma fase de análise crítica e reflexiva dos resultados e de seu diálogo com a literatura (Bardin, 2016; Minayo et al., 2016).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição em 2019, sob parecer 3.250.706.

3. Resultados

3.1 Grupo Focal com Profissionais

Participaram do Grupo Focal nove profissionais da saúde, todos do gênero feminino: uma enfermeira, duas fisioterapeutas, uma fonoaudióloga, duas médicas, uma pedagoga e duas residentes médicas de pediatria. A faixa etária predominante encontrava-se entre 28 e 37 anos de idade, com tempo de atuação na área pediátrica entre seis e dez anos.

Conforme procedimento metodológico da Análise de Conteúdo, modalidade temática, após a coleta e análise dos dados obtidos, identificaram-se cinco categorias temáticas, conforme a seguir:

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.226-233

Tabela. 1. Categorias temáticas e núcleos de sentido – Profissionais.

Categorias temáticas	Núcleos de sentido
Constituição da reunião de equipe	● Determinação da gestão; ● Dificuldades de compreensão da proposta; ● Processos de Educação Continuada; ● Encontro de pessoas, com um referencial biológico de atenção.
Construção do cuidado a partir da valorização do trabalho em equipe	● Amadurecimento e valorização da contribuição de todos os profissionais; ● Momento de colegiado entre os profissionais; ● Descoberta das interfaces sociais e psicológicas no cuidado, construindo uma compreensão mais holística; ● Frequência e horário da reunião baseados na combinação entre a rotina do serviço com a agenda dos profissionais; ● Práticas colaborativas entre os atores envolvidos nos cuidados às necessidades ampliadas dos usuários do serviço; ● Participação da família para identificar dificuldades, necessidades e aspectos socioculturais a fim de melhorar o manejo e a resolutividade dos casos.
Desafios no processo de atenção	● Aumento na complexidade dos casos e do uso de novas tecnologias; ● Perfil dos usuários do sistema de saúde: posturas e compreensões; ● Transição do cuidado; ● Percepção de ausência e/ou escassez de recursos humanos suficientes para haver representatividade das categorias profissionais.
Desafios no processo de formação	● Pouca participação, interesse e/ou maturidade dos estudantes quanto ao espaço da reunião de equipe; ● Horário praticado inviabiliza a agenda de atividades do estudante da graduação e da residência multiprofissional; ● Necessidade de implementar ações para efetivar a participação do estudante de Medicina;.

Considerando a categoria “Constituição da reunião de equipe”, os profissionais relatam que esta foi implementada por meio de uma normativa institucional. Na prática, o processo foi organizado por encontros de Educação Continuada, gerando dificuldade de compreensão de seu propósito. Deste modo, a reunião de equipe na UIPC configurou-se, inicialmente, como um “encontro de pessoas” com enfoque biomédico do cuidado; todavia, a regularidade das reuniões promoveu maior convivência entre os participantes, suscitando reflexões e novas necessidades daquele grupo, ampliando o foco do cuidado.

Em relação à categoria “Construção do cuidado a partir da valorização do trabalho em equipe”, verificou-se que a reunião de equipe possibilitou que seus integrantes valorizassem a contribuição de todos os profissionais, com melhora da escuta e compartilhamento dos saberes sem imposição.

Considerando categoria “Desafios no processo de atenção”, os participantes identificam um aumento na complexidade dos casos e também sinalizam dificuldades em lidar com o perfil dos usuários, pois os familiares não compreendem o conceito de corresponsabilização e autonomia do cuidado.

Em relação à categoria “Desafios no processo de formação”, alguns profissionais avaliaram pouca participação dos estudantes nas reuniões de equipe, percebendo que isto se deve à falta de interesse e de maturidade dos estudantes, além da dificuldade de organização das demais atividades educacionais para permitir que participem deste espaço.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.226-233

3.2 Entrevistas com Gestoras

Foram realizadas quatro entrevistas individuais com as gestoras, sendo todas do gênero feminino: três enfermeiras e uma médica. A idade situava-se entre 35 e 40 anos. Duas profissionais eram Diretoras Técnicas; as outras duas, Assessoras Técnicas.

A tabela 2 reúne as categorias temáticas derivadas das entrevistas com gestoras.

Tabela. 2. Categorias temáticas e núcleos de sentido – Gestoras.

Categorias temáticas	Núcleos de sentido
Um espaço de referência para o cuidado em saúde	● Potencializa a qualificação da equipe e do cuidado em saúde; ● Favorece a elaboração de um plano terapêutico.
O que dificulta a constituição desse espaço	● Comunicação disfuncional; ● Fragilidade na formação dos profissionais quanto ao processo de trabalho em equipe; ● Manutenção do modelo predominantemente biomédico; ● Pouca valorização e apropriação dos profissionais e estudantes.
O que fortalece a constituição desse espaço	● Promove melhor organização dos processos de trabalho; ● Favorece a mudança de um modelo de atenção hegemônico; ● Favorece a comunicação efetiva, a aprendizagem em serviço e a articulação com a gestão, gerando impacto no cuidado da criança e nos indicadores hospitalares.

Considerando a categoria “Um espaço de referência para o cuidado em saúde”, as gestoras identificam que as reuniões de equipe incrementam a qualificação dos profissionais e a qualidade do cuidado em saúde, com integração multidisciplinar.

Em relação à categoria “O que dificulta a constituição desse espaço”, apontaram a comunicação disfuncional, que gera conflitos entre os profissionais, e o modelo de atenção biomédico, pois mesmo quando o profissional de medicina não está presente, sua posição direciona a decisão final, prejudicando o cuidado em saúde.

Considerando a categoria “O que fortalece a constituição desse espaço”, as gestoras apontaram que as reuniões fortalecem a relação entre profissionais, constituindo-se como um momento de discussões conjuntas. Outro fortalecimento identificado foi a articulação com a gestão, gerando impacto no cuidado e nos indicadores hospitalares.

4. Discussão

Nesta UIPC, o movimento para estabelecimento da reunião de equipe iniciou-se com uma lógica distante da construção compartilhada dos sujeitos, o que foi identificado como um obstáculo inicial à consolidação deste momento; todavia, com maior regularidade e envolvimento dos sujeitos, suscitou maior engajamento e valorização da contribuição de seus integrantes, reafirmando que a reunião de equipe é um importante momento para organização do trabalho, com intensas reflexões dos profissionais sobre suas vivências (Fox & Reeves, 2015; Peduzzi & Agreli, 2018), devendo possibilitar o planejamento em conjunto das ações (Santos et al., 2017b), com organização horizontal do trabalho em relação às condutas e às tarefas da equipe (Peduzzi & Agreli, 2018).

A presença de profissionais em formação foi avaliada como necessária, porém praticamente inexistente por diversos fatores dos próprios graduandos e da organização curricular. Além disso, participantes identificaram dificuldades para lidar com a mudança na complexidade dos casos e no perfil dos usuários e de seus familiares.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.226-233

Para atenção à saúde com qualidade, é importante a integração ensino-serviço, proporcionando uma formação acadêmica coesa com a prática profissional e com as necessidades de saúde da população (Zarpelon et al., 2018), e que os profissionais atuem de modo colaborativo para maior resolutividade dos casos (Santos et al., 2017a).

As gestoras consideram as reuniões de equipe como espaço de qualificação profissional e do cuidado em saúde, corroborando com a definição de que o espaço da reunião possibilita o encontro dos profissionais para compartilhamento de informações, planejamento de intervenções em saúde e debate de questões administrativas (Santos et al., 2017a). Todavia, consideram algumas dificuldades para estabelecimento deste espaço, como a comunicação disfuncional e o modelo biomédico. Nesse sentido, verifica-se que a comunicação é norteadora das intervenções, mas pode ser instrumento construtivo ou de ações mecânicas (Santos et al., 2017b) e que a efetiva relação interprofissional requer que todos os profissionais se envolvam no cuidado e contribuam com os espaços coletivos de construção (Peduzzi & Agreli, 2018).

Como fortalezas deste espaço, as gestoras apontaram melhoria nas relações interprofissionais e na articulação com a gestão, com impactos no cuidado e nos indicadores hospitalares. Essa prática é considerada potencializadora da mudança do modelo de atenção pela contribuição dos diversos profissionais, viabilizando ações de cuidado mais resolutivas e humanizadas (Cardoso & Hennington, 2011); assim, se houver valorização por parte dos gestores, as equipes tendem a conduzir o trabalho de forma mais engajada, tornando as reuniões de equipe um momento de crescimento, com melhoria dos processos de trabalho (Organização Mundial de Saúde, 2010).

5. Conclusões

Considerando a pesquisa qualitativa, a coleta dos dados por meio do Grupo Focal oportunizou ao grupo reflexões que os possibilitaram elencar estratégias de enfrentamento a obstáculos e benefícios do processo de reunião de equipe. Com relação ao grupo de gestoras, a técnica de entrevista semiestruturada propiciou reflexões sobre sua importância no movimento de reunião de equipe por meio de um acompanhamento dinâmico, estratégico e acolhedor, com valorização deste processo de construção.

Os profissionais e as gestoras entendem como muito importante a manutenção e a ampliação do espaço da reunião de equipe, considerado referência para o processo de trabalho em grupo, pois poderão ressignificar suas ações para que a formação interprofissional seja inerente à prática verdadeiramente colaborativa, com maior resolutividade das intervenções, e também compreendem que a participação dos estudantes é importante para o entendimento da integralidade do cuidado e o fortalecimento da formação. Entretanto, identificam entraves em todo o processo, como o modelo biomédico e a comunicação disfuncional. Para potencializar este espaço, é necessário fortalecer a integração entre todos os sujeitos envolvidos, gestão, assistência, população e academia, com foco na integralidade do cuidado ao usuário.

6. Referências

Araújo, P. O., & Assis, M. M. A. (2017). Organização da demanda e oferta de serviços na Estratégia Saúde da Família. *Saúde.Com*, *13*(4). https://doi.org/10.22481/rsc.v13i4.470

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. *O Mundo Da Saúde*, *35*(4), 438–442. https://doi.org/10.15343/0104-7809.2011354438442

Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.

Brasil, & Ministério da Saúde. (2017). *Portaria n. 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).* https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.226-233

Cardoso, C. G., & Hennington, É. A. (2011). Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. *Trabalho, Educação e Saúde*, *9*(suppl 1), 85–112. https://doi.org/10.1590/S1981-77462011000400005

Carnut, L. (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

Costa, D. A. S., Silva, R. F., Lima, V. V., & Ribeiro, E. C. O. (2018). Diretrizes curriculares nacionais das profissões da Saúde 2001-2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, *22*(67), 1183–1195. https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0376

Fox, A., & Reeves, S. (2015). Interprofessional collaborative patient-centred care: a critical exploration of two related discourses. *Journal of Interprofessional Care*, *29*(2), 113–118. https://doi.org/10.3109/13561820.2014.954284

Horlait, M., Baes, S., Dhaene, S., Van Belle, S., & Leys, M. (2019). How multidisciplinary are multidisciplinary team meetings in cancer care? An observational study in oncology departments in Flanders, Belgium. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, *Volume 12*, 159–167. https://doi.org/10.2147/JMDH.S196660

Hospital das Clínicas de Marília. (2018a). *Materno Infantil*. HC Famema. http://testehc.famema.br/materno-infantil/

Hospital das Clínicas de Marília. (2018b). *Unidades Assistenciais*. HC Famema. http://hc.famema.br/unidades-assistenciais/

Minayo, M. C. de S. (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, *17*(3), 621–626. https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007

Minayo, M. C. de S., Deslandes, S. F., & Gomes, R. (2016). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Editora Vozes.

Mitre, S. M., Siqueira-Batista, R., Girardi-de-Mendonça, J. M., Morais-Pinto, N. M. de, Meirelles, C. de A. B., Pinto-Porto, C., Moreira, T., & Hoffmann, L. M. A. (2008). Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, *13*(suppl 2), 2133–2144. https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000900018

Nóbrega, D. O., Andrade, E. dos R. G., & Melo, E. S. do N. (2016). Pesquisa com Grupo Focal: contribuições ao estudo das Representações Sociais. *Psicologia & Sociedade*, *28*(3), 433–441. https://doi.org/10.1590/1807-03102016v28n3p433

Organização Mundial de Saúde. (2010). *Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa*. Editora Freelance.

Peduzzi, M., & Agreli, H. F. (2018). Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, *22*(suppl 2), 1525–1534. https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827

Peduzzi, M., Agreli, H. L. F., Silva, J. A. M. da, & Souza, H. S. de. (2020). Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trabalho, Educação e Saúde*, *18*(suppl 1). https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246

Peduzzi, M., Norman, I. J., Germani, A. C. C. G., Silva, J. A. M. da, & Souza, G. C. de. (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. https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000400029

Santos, E. O. dos, Coimbra, V. C. C., Kantorski, L. P., Pinho, L. B. de, Andrade, A. P. M. de, & Eslabão, A. D. (2017a). Reunião de equipe: proposta de organização do processo de trabalho Team meeting: proposal for the work process organization. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, *9*(3), 606. https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.606-613

Santos, E. O., Coimbra, V. C. C., Kantorski, L. P., Pinho, L. B. de, Andrade, A. P. M. de, & Eslabão, A. D. (2017b). Avaliação da participação dos profissionais na reunião de equipe do centro de atenção psicossocial. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, *11*(12), 5186. https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a22611p5186-5196-2017

Souza, L. K. de. (2020). Recomendações para a Realização de Grupos Focais na Pesquisa Qualitativa. *PSI UNISC*, *4*(1), 52–66. https://doi.org/10.17058/psiunisc.v4i1.13500

Turato, E. R. (2013). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas* (6ª). Editora Vozes.

Valentim, L. V., Luz, R. A. de, Costa Santos, L. S., & Noca, C. R. da S. (2020). Percepção dos profissionais de enfermagem quanto ao trabalho em equipe. *Revista Baiana de Enfermagem, 34*. https://doi.org/10.18471/rbe.v34.37510

Zarpelon, L. F. B., Terencio, M. L., & Batista, N. A. (2018). Integração ensino-serviço no contexto das escolas médicas brasileiras: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, *23*(12), 4241–4248. https://doi.org/10.1590/1413-812320182312.32132016

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.226-233

Políticas e programas para o enfrentamento da violência doméstica contra as crianças: Algo novo na pandemia da COVID-19?

Letícia Harumi Shimabukuro[1], Karen Namie Sakata-So[1], Lucimara Fabiana Fornari[1], Emiko Yoshikawa Egry[1]

[1] Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, Universidade de São Paulo, Brasil | leticiashm@usp.br; knsakata@usp.br; lucimarafornari@usp.br; emiyegry@usp.br | https://orcid.org/0000-0002-3508-9354; https://orcid.org/0000-0001-5584-4161; https://orcid.org/0000-0002-8655-6549; https://orcid.org/0000-0003-0974-0315

Resumo: Introdução: A violência doméstica contra crianças é um fenômeno prevalente na sociedade. Na pandemia da COVID-19, dadas as medidas de distanciamento social e fechamento temporário das escolas, houve o agravamento do problema. **Objetivos:** Identificar as políticas e os programas para o reconhecimento das necessidades de saúde com enfoque na violência doméstica infantil na pandemia da COVID-19 e verificar a potência do estudo qualitativo-documental para a análise do fenômeno. **Métodos:** Trata-se de um estudo qualitativo do tipo documental. O cenário foi um município da Região Sul do Brasil. A coleta dos dados foi realizada de outubro de 2020 a janeiro de 2021, em sites oficiais referentes ao tema. O tratamento dos dados encontra-se em desenvolvimento e será realizado por meio da técnica de análise de conteúdo temática com o apoio do *software* webQDA. **Resultados:** Os resultados preliminares mostraram que, durante a pandemia de COVID-19, houve redução nas denúncias de violência contra crianças e adolescentes, além da dificuldade de acesso às redes de apoio, ocasionando a subnotificação dos registros. Foram selecionados 13 documentos referentes às políticas e programas, alguns mundiais e outros emanados de distintas esferas de governo brasileiro. Todos eles carecem de uma definição de metas a serem alcançadas no enfrentamento da violência doméstica contra as crianças durante a pandemia. Duas categorias empíricas foram destacadas: impacto da pandemia na notificação dos casos e caracterização da violência nas políticas e programas. **Conclusões:** O estudo documental mostra-se um recurso potente para identificar a natureza dos programas e políticas referentes ao enfrentamento do fenômeno em estudo. Ainda que preliminar, as políticas e programas precisam ser mais assertivas para o enfrentamento da violência contra crianças, expostas diariamente aos agressores, sem intermédio das redes de apoio, diminuindo a probabilidade de acompanhamento e notificação dos casos.

Palavras-chave: Maus-Tratos Infantis; Violência Doméstica; Política Pública; Pandemias; Pesquisa Qualitativa.

Policies and Programs to Tackle Domestic Violence Against Children: Something New in the COVID-19 Pandemic?

Abstract: Introduction: Domestic violence against children is a prevalent phenomenon in society. In the COVID-19 pandemic, given the social distance and temporary closure of schools, the problem worsened. **Objectives:** To identify policies and programs for the recognition of health needs with a focus on domestic violence against children in the COVID-19 pandemic and to verify the power of qualitative and documentary studies for the analysis of the phenomenon. **Methods:** This is a qualitative, documentary study. The scenario was a municipality in the Southern Region of Brazil. Data collection was carried out from October 2020 to January 2021, on official websites related to the topic. Data processing is under development and will be carried out using thematic content analysis technique with the support of the webQDA software. **Results:** Preliminary results showed that, during the COVID-19 pandemic, there was a reduction in reports of violence against children and adolescents, in addition to the difficulty of accessing support networks, causing underreporting of records. Thirteen documents related to policies and programs were selected, some worldwide and others emanating from different spheres of government - municipal, state and federal. All of them lack a definition of goals to be achieved in tackling domestic violence against children during the pandemic**.** Two empirical categories were highlighted: impact of the pandemic on the notification of cases and characterization of violence in policies and programs. **Conclusions**: The documentary study proves to be a powerful resource to identify the nature of programs and policies related to coping with the phenomenon under study. Although preliminary, policies and programs need to be more assertive to face violence against children, exposed daily to aggressors, without the support networks, reducing the likelihood of monitoring and reporting cases.

Keywords: Child Abuse; Domestic Violence; Public Policy; Pandemics; Qualitative Research.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.234-244

1. Introdução

Em dezembro de 2019 o novo coronavírus (SARS-CoV-2) foi identificado pela primeira vez na China. Em fevereiro de 2020, houve o alerta de casos suspeitos da doença em outros oito países, e, no final do mês, foi confirmado o primeiro caso de coronavírus do Brasil. Em março de 2020, a Organização Mundial da Saúde declarou o estado de pandemia devido à rápida disseminação geográfica da doença num curto intervalo de tempo (OMS, 2020).

Na pandemia da COVID-19, a restrição de circulação de pessoas, o fechamento das escolas, a ameaça iminente de diminuição da renda financeira, a incerteza sobre o futuro e o excesso de informações midiáticas, aumentaram o nível de estresse e ansiedade em famílias (Cluver, et al., 2020). Identificou-se um aumento nas ligações para linhas de ajuda sobre abuso infantil, e paradoxalmente, houve redução no número de casos registrados nos serviços de proteção à criança (WHO, 2020).

Verificou-se que 66% dos países relataram uma interrupção em algum serviço relacionado à violência contra crianças. Em contrapartida, apenas 12% dos países relataram uma não interrupção. Entre esses serviços, incluem-se linhas de apoio à proteção infantil ou *call centers*, acesso de crianças e famílias ao bem-estar social, programas de prevenção à violência, serviços de gestão de casos ou revisão de caminhos para prevenir violência contra criança, visitas domiciliárias a crianças e mulheres vítimas de abuso (UNICEF, 2020).

A OMS, em publicação com a *End Violence*, convocou os governos e a comunidade internacional para proteger as crianças dos riscos de violência por meio de uma resposta coletiva, incluindo saúde mental e apoio psicossocial, proteção social e cuidado para as crianças mais vulneráveis e para crianças em instituições de acolhimento (WHO, 2020). No Brasil, o atendimento às vítimas é um serviço essencial e não poderá ser interrompido enquanto durar o estado de calamidade pública causado pelo COVID-19 (Platt, Guedert, & Coelho, 2020).

Nesta perspectiva, as perguntas científicas do presente estudo foram: Quais são as políticas e os programas de um município brasileiro para o reconhecimento das necessidades em saúde com enfoque na violência doméstica infantil? Quais são as potencialidades do estudo qualitativo-documental para a análise do objeto de estudo? Diante disso, o estudo objetivou identificar as políticas e os programas de um município brasileiro para o reconhecimento das necessidades em saúde com enfoque na violência doméstica contra a criança na pandemia de COVID-19 e verificar a potência do estudo qualitativo-documental para a análise do fenômeno.

2. Métodos

Trata-se de um estudo qualitativo do tipo documental. A pesquisa qualitativa envolve problemas de pesquisa que visam compreender as condições que acentuam as desigualdades sociais entre os indivíduos na sociedade. Além disso, a coleta, análise e apresentação dos resultados buscam enfatizar a postura interpretativa do pesquisador (Creswell, 2014).

Ao considerar a diversidade das pesquisas de abordagem qualitativa, as autoras optaram pelo tipo documental dada a natureza do fenômeno e objeto deste estudo. A pesquisa documental utiliza materiais sem prévio tratamento analítico proveniente de diversas fontes.

Diferencia-se da pesquisa bibliográfica na medida em que utiliza como fontes estudos científicos que já passaram por uma análise (Gil, 2017).

Na pesquisa documental a escolha do documento a ser analisado não é aleatória e dependerá do fenômeno e da pergunta de pesquisa a ser respondida com base num dado referencial teórico (Kripka, Scheller, & Bonotto, 2015).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.234-244

Portanto, para o presente estudo, os documentos escolhidos foram as políticas e os programas referentes ao enfrentamento da violência doméstica infantil no âmbito de município de Curitiba, do estado do Paraná e do Brasil durante a pandemia da COVID-19.

2.1 Referencial Teórico Metodológico

Este estudo está fundamentado na Teoria da Intervenção Práxica da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC), construída para compreender as contradições da realidade objetiva da Enfermagem em Saúde Coletiva entendida como campo teórico e de práticas. Trata-se de uma teoria de Enfermagem, assentada na visão de mundo materialista histórico-dialética, que procura construir uma intervenção de Enfermagem através de uma metodologia dinâmica, dialetizada e participativa (Egry, 1996).

A violência é uma construção social e histórica, que pode aumentar ou diminuir de acordo com sua reprodução na sociedade nos níveis coletivos e individuais (Minayo, 2006). É um fenômeno complexo e de múltiplas causas. Entre as suas manifestações, há a violência estrutural, social e interpessoal (Ministério dos Direitos Humanos, 2018).

A violência interpessoal intrafamiliar ocorre nas relações hierárquicas e inter geracionais, atingindo mais as crianças em razão da fragilidade física e emocional. Consiste em formas agressivas da família se relacionar e se comunicar, por meio do uso da violência como solução de conflito e como estratégia de educação, um padrão de convivência que pode ser estabelecido desde as gerações anteriores. Este cenário hostil prejudica o desenvolvimento da criança, uma vez que inclui falta de cuidados básicos e negligência (Ministério da Saúde, 2010; Silva, Oliveira, 2020).

A violência doméstica distingue-se da intrafamiliar, pois envolve outros membros do grupo social sem laços de parentesco, e abrange os conceitos de abuso físico, sexual e psicológico, a negligência e o abandono. Assim, ela constitui ação ou omissão pelo adulto responsável pelo cuidado, a qual resulta em dano ao desenvolvimento físico, emocional, intelectual e social da criança (Ministério dos Direitos Humanos, 2018).

Além do comportamento individual ou familiar, há dimensões socioeconômicas, que repercutem em toda a comunidade, consequentemente, influenciando no cotidiano das crianças e suas famílias. Portanto, as redes sociais de apoio são importantes para o trabalho e a interação com a família. Infelizmente, nota-se que há estados negligentes em políticas públicas e ações efetivas, pois um Estado presente e ativo promove a defesa e a proteção à infância, enquanto órgãos responsáveis e a sociedade civil monitoram leis e campanhas de combate à violência infantil. Dessa forma, há uma corresponsabilidade do Estado, da família e da sociedade em assegurar os direitos de crianças e adolescentes, assim como, no caso de violação desses direitos, os três são corresponsáveis pelo enfrentamento e superação do problema (Ministério da Saúde, 2010).

A partir de um ciclo de identificação de problemas sociais, iniciam-se as políticas, as quais são dependentes da capacidade técnico-administrativa da gestão pública, assim como das recomendações sociais e do orçamento público. Planeja-se uma agenda de acordo com a urgência e a prioridade governamental e, em seguida, elaboram-se alternativas possíveis para que haja tomada de decisão pela solução mais viável.

Depois de delineadas e formuladas, as políticas públicas são desenvolvidas em planos, programas, projetos, bases de dados ou sistema de informação e pesquisas, inclusive algumas requerem nova legislação.

Após a política pública ser implementada, são necessárias a avaliação e o acompanhamento constante pelos gestores e pela sociedade civil, a fim de avaliar a eficiência, eficácia e efetividade em relação ao problema inicial (CLP Liderança Pública, 2019).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.234-244

É inegável a importância das políticas públicas no cenário atual, porém deve-se pensar na pandemia como uma situação heterogênea. Apesar de chegar a todas as pessoas, atinge mais algumas do que outras, pois há fatores determinantes de maior exposição à violência, como a situação de vulnerabilidade familiar, a ausência de políticas de geração de renda, habitação e saneamento básico. Diante desse contexto, a desigualdade aumenta, inclusive em relação à violência doméstica (Ministério dos Direitos Humanos, 2018).

2.2 Cenário da Pesquisa

O cenário da pesquisa foi o município de Curitiba, localizado no estado do Paraná, Região Sul do Brasil.

A Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência, em 2015, contabilizou 4.421 crianças e adolescentes de Curitiba, das quais 86,7% das notificações realizadas no município referiam-se à violência intrafamiliar, com ocorrência no ambiente doméstico, no âmbito das relações familiares, na qual prevalece a negligência (67,2%), seguida da violência física (11,2%) e da sexual (6,4%) (Curitiba, 2016; SMS, 2017).

Em 2019, de acordo com o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), houve 5.725 notificações de violência interpessoal/autoprovocada contra crianças e adolescentes residentes no município de Curitiba. Ao analisar a última década, desde 2010, observa-se um aumento de 44,7%, apontando para a melhor capacitação e sensibilização, por serviços e profissionais, em notificar casos suspeitos ou confirmados (Wollmann, Sato, Moreira, Cortiano, & Rosa, 2020).

2.3 Coleta de Dados

Para coleta de dados foi realizada uma busca por políticas e programas referentes ao enfrentamento da violência doméstica infantil no período da pandemia da COVID-19. Para seleção dos documentos, foram consultados 17 sites oficiais no âmbito mundial, nacional, estadual e municipal:

a) Mundial: Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), *The Alliance for Child Protection in Humanitarian Action* e Organização Mundial da Saúde (OMS).

b) Nacional: Unicef Brasil, Ministério da Saúde, Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), Childhood Brasil, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e Fundação Abrinq.

c) Estadual: Ministério Público do Paraná, Cadê Paraná, Secretaria de Saúde do Paraná, Portal de Transparência do Governo do Paraná, Defensoria Pública do Paraná e Fundação Ação Social Paraná.

d) Municipal: Secretaria de Saúde de Curitiba.

Os critérios para inclusão dos documentos foram: políticas ou programas construídos pelo município de Curitiba referentes ao tema do enfrentamento da violência doméstica contra a criança e medidas para a contenção da COVID-19 durante a pandemia relacionadas à violência doméstica; e políticas ou programas de âmbito estadual, nacional ou mundial que estivessem relacionados às políticas e aos programas do município de Curitiba no que se refere ao tema em investigação. Foram excluídas as políticas e programas que não estavam associadas à pandemia da COVID-19.

As buscas dos documentos foram realizadas no período de outubro de 2020 a janeiro de 2021. As políticas e os programas foram acessados no campo de busca de cada um dos sites investigados, por meio dos termos: violência doméstica; violência contra crianças; pandemia; políticas e programas. Todas as informações obtidas foram lidas, considerando os critérios de inclusão para, em seguida, selecionar as que fariam parte do estudo.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.234-244

Os dados foram extraídos com auxílio de um instrumento semiestruturado elaborado pelas autoras do estudo a fim de padronizar a coleta das informações dos documentos relativas ao título do documento, ano de publicação, nível de governo, fonte do documento, tipo do documento, entendimento da violência, setor de abrangência, objetivo da política ou programa, público-alvo, estratégias de ação, metas, formas de avaliação e recomendação para a prevenção ou enfrentamento da violência doméstica contra crianças. O instrumento foi construído a partir do objetivo do estudo e no formato de planilha *Excel* para, posteriormente, facilitar o manejo dos dados a partir do recurso de filtros e classificações.

As políticas e programas selecionados foram salvos no formato *Portable Document Format* (PDF). Em seguida, houve a criação de uma pasta compartilhada na plataforma *Google Drive*. Os documentos foram divididos entre as quatro autoras do estudo para leitura e preenchimento do instrumento semiestruturado. No final do preenchimento do instrumento, houve uma reunião *online* por meio da plataforma *Google Meet* para discussão das divergências relacionadas à inclusão dos documentos e estabelecimento de consenso.

2.4 Análise de Dados

Os dados serão analisados por meio da análise de conteúdo temática proposta por Bardin (2011), que prevê as seguintes etapas: pré-análise, exploração de material, tratamento dos resultados, interpretação e inferência.

Além disso, a análise de conteúdo temática será apoiada pelo *software* webQDA, que permite tratar os dados provenientes de diversas fontes. Está estruturado em quatro sistemas: fontes, espaço destinado para inserção dos dados; codificação, responsável pela criação das categorias descritivas e empíricas; questionamento, dispõe de ferramentas que auxiliam a aprofundar a análise dos dados; e, gestão, permite a organização do processo de trabalho (Minayo, & Costa, 2019).

O instrumento semiestruturado preenchido será inserido no webQDA por meio da ferramenta de importação automática do sistema de fontes internas. Os dados descritivos relativos ao ano de publicação, nível de governo, setor de abrangência, público-alvo, fonte e tipo do documento serão codificados automaticamente. Os dados empíricos associados ao entendimento da violência, o objetivo da política ou programa, as estratégias de ação, as metas, as formas de avaliação e recomendação para a prevenção ou enfrentamento da violência doméstica contra crianças serão codificados pela primeira autora e validados pela segunda. Após a emergência das categorias e subcategorias empíricas, os dados serão submetidos ao questionamento por meio das matrizes.

Ressalta-se que os dados empíricos serão analisados a partir das categorias sociais de gênero e geração, sustentadas pela TIPESC e que permitem discutir a essência do fenômeno em estudo para além da aparência descritiva.

As categorias sociais (classe social, gênero, geração e raça) têm predominância variável tanto de acordo com a subjetividade construída socialmente quanto à articulação entre elas. Embora sejam características naturais, compartilham significados econômicos, culturais e políticos, os quais se organizam de forma hierárquica, viabilizando privilégios e desigualdades que compõem a rede complexa de poder e dominação. Logo, as categorias devem ser visualizadas juntas, pois em conjunto explicam as condições de vida e de saúde coletiva (Egry, Fonseca, & Oliveira, 2013).

3. Resultados e Discussão

Em relação às políticas e programas que abordaram a violência doméstica contra as crianças no período da pandemia da COVID-19, foram identificados 13 documentos. A maior parte foi classificada como notas técnicas (n=8), seguida por cartilhas (n=2). Os restantes trata-se de nota de orientação, carta pública e recomendação.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.234-244

No que se refere à fonte dos dados, seis documentos correspondiam ao nível estadual, cinco ao nível nacional e dois ao nível internacional. Ressalta-se a ausência de documentos no nível municipal.

Sendo dados que ainda estão em fase de análise, foram selecionadas duas categorias empíricas para serem apresentadas como resultados parciais até o momento desta publicação: Impactos da pandemia na notificação dos casos de violência contra a criança e Caracterização da violência doméstica contra as crianças nos programas e políticas públicas durante a pandemia de COVID-19.

3.1 Impacto da Pandemia na Notificação dos Casos de Violência contra a Criança

O distanciamento social traz riscos relacionados ao próprio isolamento dentro do lar, pois há um "paradoxo da pandemia": enquanto governos solicitam que as pessoas fiquem em casa em combate ao COVID-19, para indivíduos vulneráveis e que já vivenciavam situações de violência intrafamiliar, o domicílio pode não ser o local mais seguro e protegido (Bradbury-Jones, Isham, 2020). Isolar é uma tática de controle bastante utilizada pelos agressores, uma vez que, sem a rede social de apoio, conseguem esconder as violações e garantir o silêncio das vítimas (The Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, 2020; WHO Global, 2020).

No que se refere ao impacto da violência contra crianças brasileiras na pandemia de COVID-19, o Painel de Dados da Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos revelou que, durante o ano de 2020, ocorreram 95.247 denúncias e 368.333 violações contra crianças e adolescentes, sendo o grupo vulnerável com maior número de denúncias relatadas no país. Deste total, o Paraná é responsável por 3.753 denúncias (3,94%) e 14.411 violações (3,91%) e o município de Curitiba, por 1.026 denúncias (2,91%) e 4.088 violações (1,10%). É válido lembrar que uma denúncia pode conter uma ou mais violações de direitos humanos (Ministério da Família, da Mulher e dos Direitos Humanos, 2020).

Conforme mostra a Figura 1, numa análise do ano de 2020, verifica-se uma queda brusca das denúncias totais, sobretudo de março para abril, quando iniciaram as medidas de distanciamento social no Brasil. Em nível municipal, ao final do ano, nota-se uma quantidade inferior à metade do número de denúncias em relação ao início do ano.

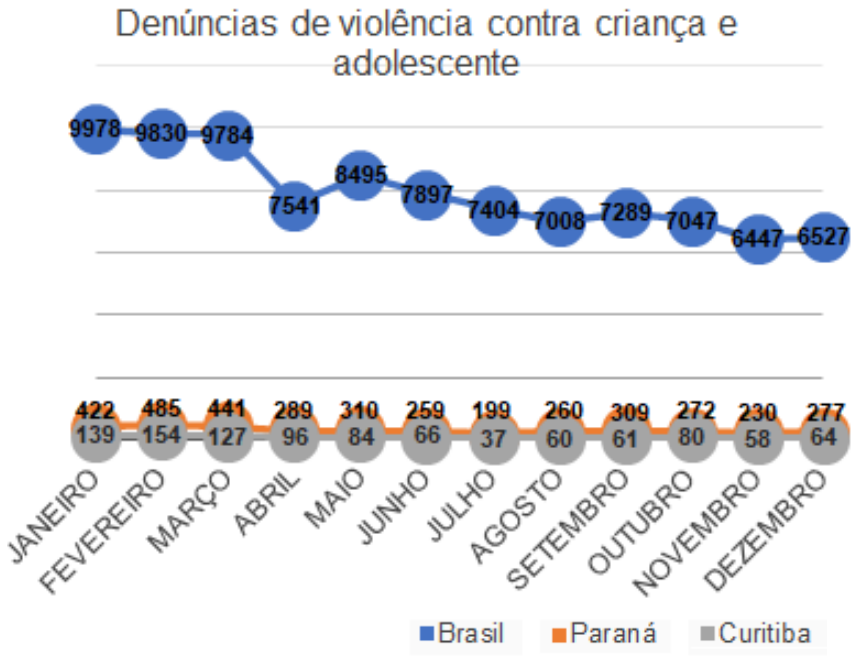


Fig. 1. Distribuição de denúncias por mês, 2020. (Fonte: Painel de Dados da Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.234-244

Várias condições explicam a diminuição significativa das notificações tais como o medo de contaminação, o distanciamento imposto, a insegurança e ameaças intrafamiliares dificultam a denúncia e reduzem a procura de apoio (Platt, Guedert, & Coelho, 2020).

Ademais, a queda das notificações e denúncias provavelmente reflete uma menor identificação e notificação dos casos existentes, em vez de representar redução do número de casos de violência contra crianças e adolescentes (Levandowski, et al, 2021).

Este paradoxo entre as medidas de distanciamento social e a maior exposição das crianças e adolescentes à violência doméstica, em especial, evidencia não somente mais uma contradição que a pandemia impõe, mas também a quão insuficiente e despreparada está a rede de proteção brasileira para o combate às violências. Além disso, traz à tona o descaso dos governos federal, estaduais e municipais em relação aos direitos sociais no Brasil e ao enfrentamento da crise sanitária da COVID-19.

3.2 Caracterização da Violência contra as Crianças nos Programas e Políticas Públicas durante a Pandemia de COVID-19

No que se refere aos tipos de violência perpetrados contra as crianças, na Figura 2 é possível verificar a distribuição no município de Curitiba.

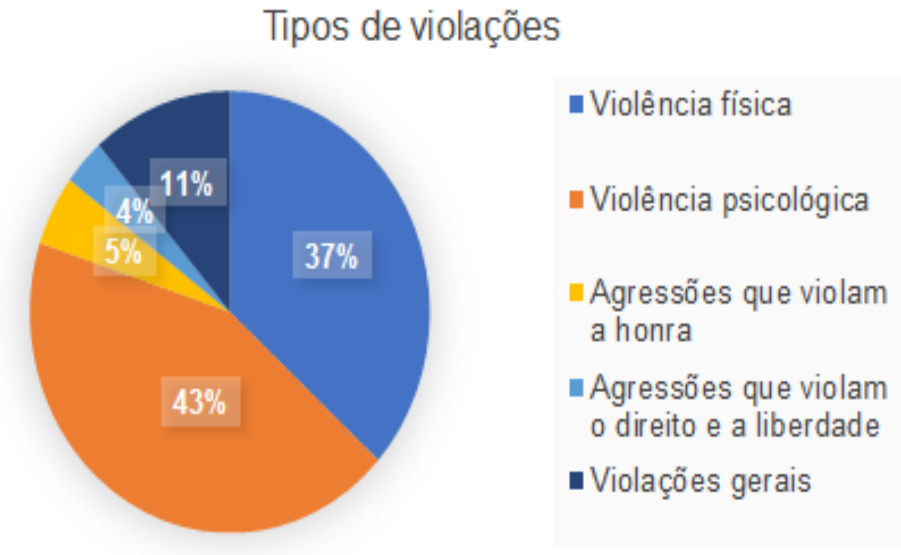


Fig. 2. Distribuição por tipo de violação contra a criança e o adolescente, Curitiba. Janeiro a junho, 2020. (Fonte: Painel de Dados da Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos).

Revisão sistemática de estudos longitudinais prospectivos identificou que a perda de emprego dos pais, por exemplo, é o principal motivo de violência psicológica e abuso físico (Conrad-Hiebner e Byram, 2020). Ressalta-se que a sobrecarga parental gera irritabilidade e tensão, refletindo no comportamento dos filhos, que passam a adotar atitudes semelhantes (Platt, Guedert, Coelho, 2020). Por conseguinte, as crianças são mais vulneráveis de acordo com o estresse psicossocial a que estão submetidas e estão em maior risco de abuso, sobretudo porque elas podem não entender a situação que está acontecendo na família diante das recessões socioeconômicas relacionadas ao COVID-19 (Lawson, Piel, & Simon, 2020).

Os dados declarados nas denúncias referentes ao sexo e à idade ajudam na caracterização do perfil das crianças e adolescentes em situação de violência na pandemia de COVID-19. O maior número de vítimas do sexo feminino está associado à desigualdade de gênero, que estabelece relações de poder distintas entre homens e mulheres. Dessa forma, é possível constatar a subalternidade de gênero desde a infância (Fornari, Sakata, Egry, & da Fonseca, 2018). A Figura 3 exibe o quantitativo de vítimas por sexo para recém-nascido, crianças e adolescentes.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.234-244

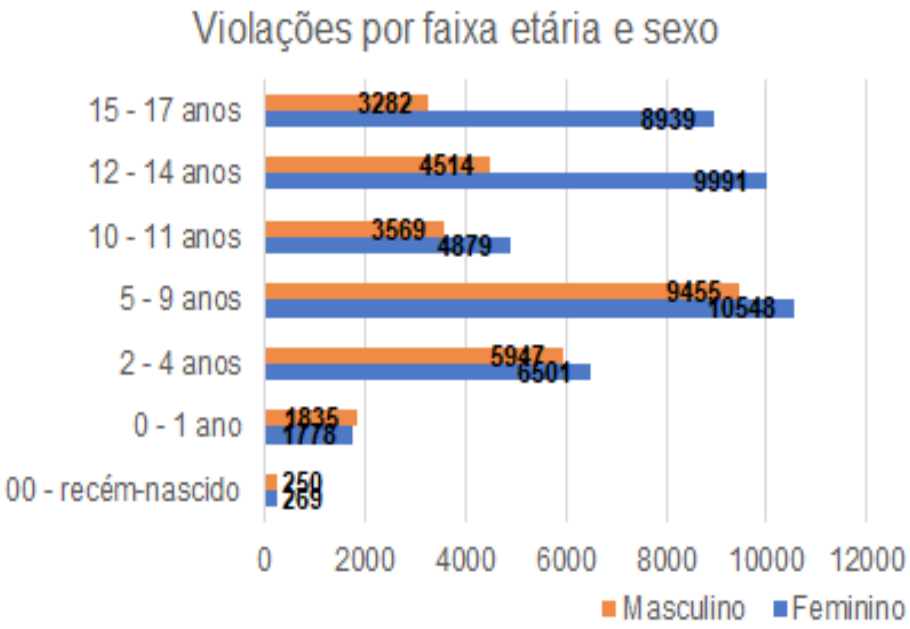


Fig. 3. Distribuição de violações por faixa etária da vítima e por sexo, Brasil. 2020. (Fonte: Painel de Dados da Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos).

O patriarcado e normas sociais sexistas implicam em maiores responsabilidades de cuidados não remunerados e, consequentemente, maior exposição aos trabalhos e aos estresses domiciliares, determinada pelo gênero. Assim, mulheres tendem à precarização da saúde mental, exemplificada na vulnerabilidade ao risco de violência. As meninas, antes da pandemia de COVID-19, gastavam 40% a mais do seu tempo do que os meninos em trabalho doméstico. Durante o isolamento social, dois terços delas fazem mais tarefas domésticas, e mais da metade relata gastar mais tempo cuidando dos irmãos. Além disso, o acesso a serviços de internet móvel é 26% menor para o sexo feminino em comparação com o masculino em todo o mundo, dificultando além das denúncias, o acesso à informação e à educação (Oxfam, 2021).

Evidencia-se que famílias de baixa renda residem em moradias com poucos cômodos ou desprovidas de condições adequadas de habitabilidade, assim o convívio entre os membros durante a pandemia é reforçado. Consequentemente, as restrições de movimento acentuam a sensação de poder e do controle pelos abusadores. Devido à relação de dependência da criança para sobreviver e ao convívio próximo com o adulto agressor, a realização de denúncia pela vítima é dificultada (Marques, et al, 2020).

Logo, medidas para melhorar a vigilância, identificar fatores de risco, desenvolver intervenções e aumentar a eficácia das políticas e dos programas devem ser implementadas para apoiar as pessoas mais vulneráveis em relação à violência doméstica, principalmente junto a adolescentes negros e meninas em comunidades pobres (Martins-Filho, Damascena, Lage, & Sposato, 2020).

A vulnerabilidade afeta ações e intervenções de programas e políticas públicas (Levandowski, et al, 2021). Todavia, os preceitos institucionais sozinhos não asseguram apoio suficiente para as ações de notificação e prevenção, dessa forma, o trabalho em rede é necessário, nos níveis institucional e local onde se inserem os serviços.

No âmbito municipal, verificam-se empecilhos políticos e burocráticos para mobilizar recursos de poder e combater relações desiguais que resultam em violência contra crianças. Por isso, para o enfrentamento da violência doméstica durante e após a pandemia, são importantes políticas de articulação intersetorial - educação, saúde, assistência social e justiça - e que atuem na cultura de subordinação, viabilizando uma práxis transformadora (Egry, Apostolico, & Morais, 2018).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.234-244

O presente estudo constatou que, no primeiro ano da pandemia da COVID-19, houve uma redução no número de denúncias associadas à violência contra crianças, acompanhada pelo número limitado de políticas e programas para o enfrentamento do problema.

Pesquisa revela que na pandemia de COVID-19 as crianças foram afetadas pela suspensão ou pelo acesso remoto a serviços de bem-estar, apoio social e familiar. Os autores também entendem que após o momento pandêmico a situação das crianças vulneráveis será agravada devido ao aumento da desigualdade de renda e da exclusão digital, interferindo no acesso a nutrição básica, abrigo, informação e educação (Raman, Harries, et. al 2020). Portanto, revela-se a necessidade de proposição e implementação de políticas e programas para dar respostas ao momento atual, bem como ao que se segue à crise sanitária.

Verifica-se também no presente estudo que as políticas e programas, mesmo que em primeira instância possam ser deflagrados por impacto quantitativo (como no caso das notificações e subnotificações em época de pandemia e reclusão social), requerem estudos de metodologia qualitativa. Estes conseguem decifrar melhor a realidade objetiva desde a intencionalidade das políticas até a transformação em programas e ações que visem à superação, neste estudo, da violência doméstica em tempos de pandemia.

Para este aprofundamento analítico é imperativo o uso de categorias sociais, tal como já mencionadas, e referentes à subalternidade de gênero, de geração e de raça-etnia, como parte integrante da interpretação crítico-dialético do processo saúde-doença, conhecido como determinação social do processo saúde-doença (Egry, 2013; Fornari 2018; Sakata-So, 2016).

Os limites desta pesquisa documental foram relativos à dificuldade de acesso às fontes, e a não representatividade integral do fenômeno pesquisado. Como vantagens, a pesquisa documental garante a estabilidade dos dados no decorrer do tempo e como base para outros estudos, além do baixo custo na implementação da metodologia (Alves, Saramago, Valente, & Sousa, 2021).

4. Conclusão

A instalação da pandemia da COVID-19 revelou a necessidade de respostas rápidas dos governos para os problemas subsequentes, bem como dos pesquisadores. Mas essas respostas não se encontram dadas, ao contrário, a situação da violência foi agravada pelas sub notificações. Por outro lado, revelou também o despreparo dos governos brasileiros na garantia dos direitos sociais e no enfrentamento das violências e da pandemia no país.

Políticas e programas precisam responder ao número de casos de violência doméstica contra a criança no período da pandemia de COVID-19, mas também reforçam a compreensão das vulnerabilidades sociais na perspectiva de gênero, classe social, raça e geração para a superação do problema tanto da violência quanto da própria pandemia.

A pesquisa documental de abordagem qualitativa mostrou-se potente para o entendimento do fenômeno social da violência doméstica contra a criança no contexto pandêmico, permitindo identificar, em uma primeira análise, alguns impactos que a pandemia causou no enfrentamento da violência doméstica contra as crianças, além da falta de maior assertividade nas políticas públicas para o enfrentamento do fenômeno.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.234-244

5. Referências

Alves, L. H., Saramago, G., Valente L. de F., & Sousa, A. S. de. (2021). Análise documental e sua contribuição no desenvolvimento da pesquisa científica. Cadernos da Fucamp, 20(43), 51-63.

Bardin, L. (2011). Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70.

Bradbury-Jones, C., & Isham, L. (2020, July 1). The pandemic paradox: The consequences of COVID-19 on domestic violence. Journal of Clinical Nursing, 29(13–14), 2047–2049. https://doi.org/10.1111/jocn.15296

Cluver, L., Lachman, J. M., Sherr, L., Wessels, I., Krug, E., Rakotomalala, S., Blight, S., Hillis, S., Bachman, G., Green, O., Butchart, A., Tomlinson, M., Ward, C. L., Doubt, J., & McDonald, K. (2020). Parenting in a time of COVID-19. The Lancet, 395(10231), e64. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30736-4

CLP Liderança Pública. (2019). Entendendo os conceitos básicos de Políticas Públicas. https://www.clp.org.br/entendendo-os-conceitos-basicos-mlg2-de-politicas-publicas-mlg2/

Conrad-Hiebner, A., & Byram, E. (2020). The Temporal Impact of Economic Insecurity on Child Maltreatment: A Systematic Review. https://doi.org/10.1177/1524838018756122

Creswell J. W. (2014). Investigação qualitativa e projeto de pesquisa. (3th ed.). Editora Penso: Porto Alegre.

Curitiba. (2016). Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente e Conselho Municipal de Assistência. Plano Decenal Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes de Curitiba. https://fas.curitiba.pr.gov.br/conteudo.aspx?idf=1255

Egry, E.Y., da Fonseca, R. M. G. S., & Oliveira, M. A. de C. (2013). Ciência, Saúde Coletiva e Enfermagem: destacando as categorias gênero e geração na episteme da práxis. Revista Brasileira de Enfermagem, 66, 119-133.

Egry, E. Y. (1996). Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone Editora.

Egry, E. Y., Apostólico, M. R., & Morais, T. C. P. (2018). Notificação da violência infantil, fluxos de atenção e processo de trabalho dos profissionais da atenção primária em saúde. Ciência e Saúde Coletiva, 23(1), 83–92. https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.22062017

Fornari, L. F., Sakata-So, K. N., Egry, E. Y., & da Fonseca, R. M. G. S. (2018). As perspectivas de gênero e geração nas narrativas de mulheres abusadas sexualmente na infância. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 26. https://doi.org/10.1590/1518-8345.2771.3078

Fundação Oswaldo Cruz. (2020). Crianças na pandemia COVID-19. https://www.fiocruzbrasilia.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/05/crianças_pandemia.pdf

Fundação Oswaldo Cruz. (2020). Violência doméstica e familiar na COVID-19. https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/saude-mental-e-atencao-psicossocial-na-pandemia-covid-19-violencia-domestica-e-familiar-na-covid-19.pdf

Gil, A. C. (2017). Como elaborar projetos de pesquisa (6th ed.). São Paulo: Atlas.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2020). Cidades. https://cidades.ibge.gov.br/

Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. (2020). IPARDES. http://www.ipardes.gov.br/

Kripka, R. M. L., Scheller, M., & Bonotto, D. de L. (2015). Pesquisa Documental: considerações sobre conceitos e características na Pesquisa Qualitativa. https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/252/248

Lawson, M., Piel, M. H., & Simon, M. (2020). Child Maltreatment during the COVID-19 Pandemic: Consequences of Parental Job Loss on Psychological and Physical Abuse Towards Children. Child Abuse and Neglect, 110. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104709

Levandowski, M. L., Stahnke, D. N., Munhoz, T. N., Von Hohendorff, J., & Salvador-Silva, R. (2021). Impacto do distanciamento social nas notificações de violência contra crianças e adolescentes no Rio Grande do Sul, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 37(1). https://doi.org/10.1590/0102-311X00140020

Marques, E. S., de Moraes, C. L., Hasselmann, M. H., Deslandes, S. F., & Reichenheim, M. E. (2020). A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. Cadernos de Saúde Pública, 36(4). https://doi.org/10.1590/0102-311X00074420

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.234-244

Martins-Filho, P. R., Damascena, N. P., Lage, R. C. M., & Sposato, K. B. (2020). Decrease in child abuse notifications during COVID-19 outbreak: A reason for worry or celebration? Journal of Paediatrics and Child Health, 56(12), 1980–1981. https://doi.org/10.1111/jpc.15213

Minayo, M. C. de S. (2006). Violência e saúde (FIOCRUZ ed.). SciELO Books - Editora FIOCRUZ.

Minayo, M. C. de S., Deslandes, S. F., & Gomes, R. (2007). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Vozes.

Minayo, M. C. S, Costa A.P. (2019). Técnicas que fazem uso da Palavra, do Olhar e da Empatia: Pesquisa qualitativa em ação. Aveiro: Ludomedia.

Ministério da Família da Mulher e dos Direitos Humanos. (2020). Painel de Dados da Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos. https://www.gov.br/mdh/pt-br/ondh/paineldedadosdaondh

Ministério da Saúde. (2010). Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuida

Ministério dos Direitos Humanos. (2018). Violência contra Crianças e Adolescentes: Análise de Cenários e Propostas de Políticas Públicas. https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/crianca-e-ad

Organização Mundial da Saúde. (2020). OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia. https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6120:oms-afirma-que-cov

Oxfam. (2021). O vírus da desigualdade. https://doi.org/10.21201

Platt, V. B., Guedert, J. M., & Coelho, E. B. S. (2020). Violência contra crianças e adolescentes: notificações e alerta em tempos de pandemia. Revista Paulista de Pediatria, 39. https://doi.org/10.1590/1984-0462/2021/39/2020267

Raman, S., Harries, M., Nathawad, R., Kyerematen, R., Seth, R., Lonne, B., Zwi, K., Spencer, N. J., Goldhagen, J., Mercer, R., Rubio, B., Tamburlini, G., Goldfeld, S., Woolfenden, S., Gander, S., & Oberg, C. (2020). Where do we go from here? A child rights-based response to COVID-19. BMJ Paediatrics Open, 4(1). https://doi.org/10.1136/bmjpo-2020-000714

Secretaria Municipal da Saúde. (2021). Painel COVID-19 Curitiba. https://coronavirus.curitiba.pr.gov.br/painelcovid/

Secretaria Municipal da Saúde. (2017). Plano Municipal de Saúde de Curitiba 2018-2021. https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/Plano Municipal de Saúde_SMS Curitiba _final 04.04.pdf

Silva, E. R. A. da, & Oliveira, V. R. de. (2020). Proteção de crianças e adolescentes no contexto da pandemia da Covid-19: consequências e medidas necessárias para o enfrentamento. http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10041/1/NT_70_Disoc_Protecao de Criancas e Adolescentes no Contexto da Pandemia da Covid_19.pdf

Silveira, D. T., & Códova, F. P. (2009). A pesquisa científica. In T. E. Gerhardt & D. T. Silveira (Eds.), Métodos de Pesquisa (1st ed.). Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Sakata-So, K. N., Egry E. Y, Apostólico, M. R., & Wazima, C. M. (2016). Vídeos institucionais podem contribuir ao debate para o enfrentamento da violência doméstica infantil? Ciência e Saúde Coletiva, 21(8), 2347-2356. https://doi.org.10.1590/1413-81232015218.04592016

The Alliance for Child Protection in Humanitarian Action. (2020). Technical Note: Protection of Children during the Coronavirus Pandemic (v.2). United Nations International Children's Fund.

United Nations Children's Fund. (2020). Protecting Children from Violence in the Time of COVID-19: Disruptions in prevention and response services. https://www.unicef.org/media/74146/file/Protecting-children-from-violence-in-the-time-of-covid-19.pdf

Wollmann, A., Sato, E. S., Moreira, M. D., Cortiano, S., & Rosa, T. E. A. (2020). Perfil das notificações de violência interpessoal/autoprovocada no município de Curitiba em 2019. https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/RELATORIO2019notificaçõesdeviolencia.pdf

World Health Organization. (2020). Global status report on preventing violence against children 2020. https://violenceagainstchildren.un.org/sites/violenceagainstchildren.un.org/files/2020/global_status_report/global_status_report-eng.pdf

WHO Global. (2020). Addressing violence against children, women and older people during the COVID-19 Pandemic: Key actions. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Violence_actions-2020.1.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.234-244

Compreensões e incompreensões sobre a oferta e ausência das Práticas Integrativas e Complementares por parte dos gestores na Atenção Primária à Saúde

Pedro Henrique Brito da Silva[1], Leylaine Christina Nunes de Barros[1], Janaína da Câmara Zambelli[1], Nelson Filice de Barros[2] e Ellen Synthia Fernandes de Oliveira[1]

[1] Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás, Brasil | pedrobryto@gmail.com; anjinhossecia@hotmail.com; jcsateles@gmail.com; ellen.synthia@gmail.com | https://orcid.org/0000-0003-3552-0439; https://orcid.org/0000-0003-1599-7571; https://orcid.org/ 0000-0001-6269-7382; https://orcid.org/0000-0002-0683-2620

[2] Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas, Brasil | nelsonfilicel@gmail.com | http://orcid.org/0000-0002-2389-0056

Resumo. Introdução: Nenhum estudo qualitativo foi conduzido junto aos gestores de serviços de Atenção Primária à Saúde visando entender se a presença ou a ausência de Práticas Integrativas e Complementares nas unidades básicas de saúde contribuem para o conhecimento sobre elas; **Objetivo:** compreender as percepções dos gestores de saúde sobre as PIC, com ou sem a sua oferta, na Atenção Primária à Saúde; **Métodos**: Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e de natureza qualitativa, com 45 coordenadores de Unidades Básicas de Saúde, mediante utilização de entrevistas semiestruturadas que foram gravadas, transcritas e analisadas com a técnicas de análise de conteúdo temática; **Resultados**: Emergiram duas categorias temáticas: o desconhecimento dos gestores sobre as Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde; e concepções de cuidado por parte dos gestores dos serviços de Atenção Primária à Saúde. Em conjunto, os resultados evidenciam mesmo com a oferta, existe uma falta de conhecimento tanto dos gestores dessas Unidades de Saúde quanto daqueles que gerem serviços com ausência de Práticas Integrativas e Complementares. Do mesmo modo, as concepções de cuidado também são semelhantes. Esperava-se encontrar definições predominantemente holísticas entres os gestores ofertantes de terapias complementares. Porém, nota-se ainda um forte predomínio do cuidado cartesiano; **Conclusões**: O contexto biomédico, fragmentado e hopistalocêntrico guiam a assistência na Atenção Primária à Saúde. Portanto, a oferta das Práticas Integrativas e Complementares sozinha não consegue fazer uma "revolução espistemológica e assistencial". É necessário medidas de educação permanente e abrir espaços de reflexão de pluralidade terapêutica para ampliação da oferta das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: Terapias Complementares; Atenção Primária à Saúde; Gestor de Saúde.

Understandings and Misunderstandings about the Offer and Absence of Complementary Therapies by Managers in Primary Health Care

Abstract. Introduction: No qualitative study was conducted with managers of Primary Health Care services to understand whether the presence or absence of Integrative and Complementary Practices in basic health units contributes to knowledge about them; **Goals:** to understand the perceptions of health managers about the PIC, with or without its offer, in Primary Health Care; **Methods**: This is a descriptive, exploratory and qualitative study, with 45 coordinators from Basic Health Units, using semi-structured interviews that were recorded, transcribed and analysed using thematic content analysis techniques; **Results**: Two thematic categories emerged: the managers' lack of knowledge about the Integrative and Complementary Practices in Primary Health Care; and conceptions of care on the part of the managers of the Primary Health Care services. Together, the results show even with the offer, there is a lack of knowledge both managers of these Health Units and of those who manage services with the absence of Integrative Practices and Complementary. Likewise, the conceptions of care are also similar. It was expected to find predominantly holistic definitions among the managers offering complementary therapies. However, there is still a strong predominance of Cartesian care; **Conclusions**: The biomedical, fragmented and hopistalocentric context guides assistance in Primary Health Care. Therefore, the offer of Integrative and Complementary Practices alone fails in making a "epistemological and assistance revolution". There is a need for permanent education measures and to open spaces for reflection on therapeutic plurality to expand the offer of Integrative and Complementary Practices in Primary Health Care.

Keywords: Complementary Therapies; Primary Health Care; Health Manager.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.245-253

1. Introdução

No último quadriênio, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), instituída em 2006 (Brasil, 2006), passou por duas importantes atualizações em 2017 e 2018 (Brasil, 2017, 2018), as quais incluiu outras 24 práticas terapêuticas e racionalidades médicas no rol dos serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Essas regulamentações das Práticas Integrativas e Complementares (PIC), indubitavelmente, são importantes marcos para a sua oferta no âmbito do sistema público de saúde brasileiro.

Existe uma concordância que a Atenção Primária à Saúde (APS) tornou-se um lócus imprescindível para o desenvolvimento das PIC. Isso se deve: ao seu potencial de autocura, em situações iniciais menos complexas e graves, comuns à APS; maior participação social nas ações de cuidado em saúde; a fuga à iatrogenia; e a capacidade interpretativa dos sofrimentos difusos e mal enquadráveis pela nosologia biomédica (Tesser et al., 2018).

Porém, estudos têm revelado um baixo conhecimento dos gestores das unidades básicas de saúde (UBS) com relação a PNPIC, assim como a falta de reconhecimento da oferta das PIC (Barros et al., 2020; Galhardi et al., 2013; Plácido et al., 2019; Silva & Feitosa, 2018). Com esse desapoio, os gestores dos serviços de APS no SUS favorecem a desinstitucionalização, fragilidade e instabilidade das PIC nesses serviços (Barros et al., 2020). Mesmo assim, uma revisão sistemática (Silva & Feitosa, 2018) recomendou novos estudos sejam realizados visando um maior perfil de cobertura acerca do grau de (des)conhecimento das PIC e PNPIC entre gestores, profissionais e usuários, uma vez que elas podem representar mais um arsenal estratégico no tocante à implantação e à implementação de formas de cuidado para além do modelo biomédico atual.

Considerando a premissa de que as PIC e a PNPIC são desconhecidas para a maioria dos gestores de saúde que integram o SUS, nenhuma pesquisa qualitativa ainda foi realizada para saber se a oferta da PIC na UBS influencia o conhecimento do gestor em relação aos que gerem serviços que não implementam PIC. Então, parte daqui uma inquietação: a presença ou a ausência da oferta das PIC na UBS influencia para o seu conhecimento por parte dos gestores? Pressupõe-se que os gestores das UBS com existência das PIC possuem maior conhecimento sobre elas em comparação com aqueles que não ofertam PIC. Logo, o objetivo desse estudo foi compreender as percepções dos gestores de saúde sobre as PIC, com ou sem a sua oferta, na APS da Região Metropolitana de Goiânia.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa. Representa um recorte de duas pesquisas integrantes do macroprojeto “Práticas Integrativas e Complementares nos Serviços de Atenção Primária à Saúde – Região Metropolitana de Goiânia”. A primeira, contemplou os sentidos de gestores atribuídos as PIC ofertadas em suas UBS. O segundo estudo tinha o mesmo objetivo, porém foi conduzido em UBS com inexistência de implementação de PIC. A partir das análises dos conteúdos das entrevistas desse universo de gestores que ofertam ou não PIC, surgiram novas questões de pesquisa capazes de ser respondidas pela pesquisa qualitativa.

Nesse tocante, essa abordagem tem por finalidade a busca pela intensidade do fenômeno, suas singularidades e significados, estando atenta à dimensão sociocultural que se expressa por meio de crenças, valores, opiniões, representações, simbologias, usos, costumes, comportamentos e práticas (Minayo, 2014). Ademais, revela *insights* críticos que ajudam a lidar com as deficiências, como por exemplo, do sistema de saúde (Taquette & Minayo, 2016).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.245-253

O diagrama (figura 1) explicita como os participantes foram selecionados. Foram feitas entrevistas direcionadas por um roteiro previamente elaborado que possibilitou realizar questionamentos básicos e abordar assuntos pertinentes à investigação, quais sejam:

> "O que você entende por Práticas Integrativas e Complementares? Para você, o que significa cuidado em saúde?"

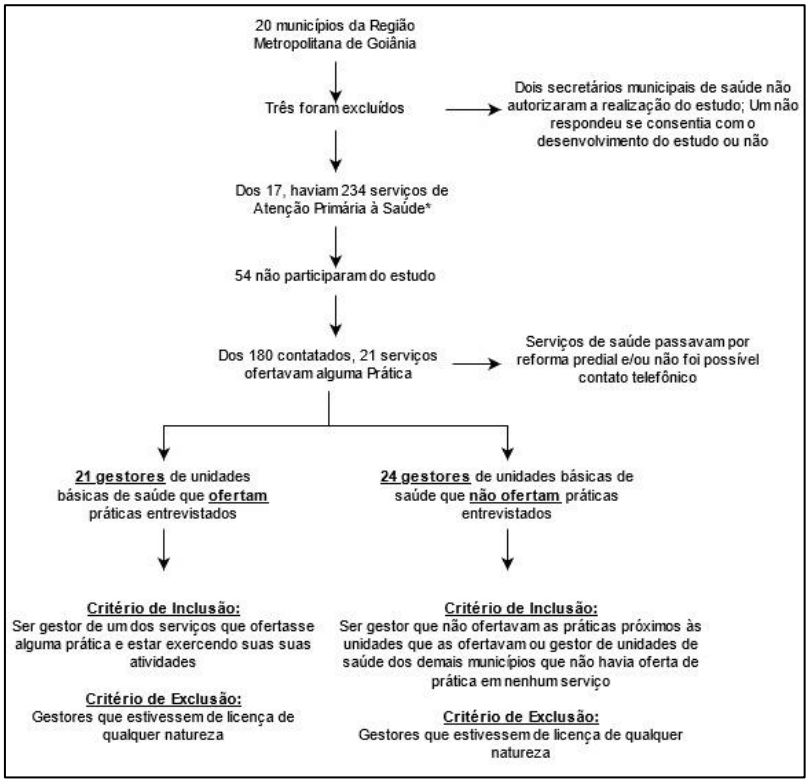


Fig. 1. Síntese da trajetória de seleção dos participantes.

As entrevistas semiestruturadas coloca o entrevistado em posição de discorrer sobre um determinado assunto de forma livre. Elas permitem delimitação específica na temática, ou seja, são colocados elementos próprios na construção do enunciado da pergunta, que darão um certo direcionamento ao que se deseja conhecer com maior profundidade. O encadeamento das perguntas das entrevistas de caráter semiestruturado é apoiado pelos pressupostos e teorias que interessam à pesquisa, e simultaneamente fruto de novos pressupostos que surgem ao longo da entrevista (Triviños, 2017). Essa estratégia metodológica foi adotada por ser bem conhecida no processo de trabalho de campo de pesquisas qualitativas (Minayo, 2014) e nos estudos envolvendo as percepções dos gestores no que diz respeito as PIC (Barros et al., 2020; Galhardi et al., 2013; Plácido et al., 2019).

As entrevistas foram marcadas previamente, diretamente com os entrevistados, via contato telefônico. Elas foram gravadas em áudio, sendo posteriormente transcritas na íntegra. A figura 2 ilustra a trajetória de análise de conteúdo temática baseada na proposta por Bardin (2016). A organização e sistematização dos dados foi facilitada com o auxílio do *software* Nvivo para análise de dados qualitativos.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.245-253

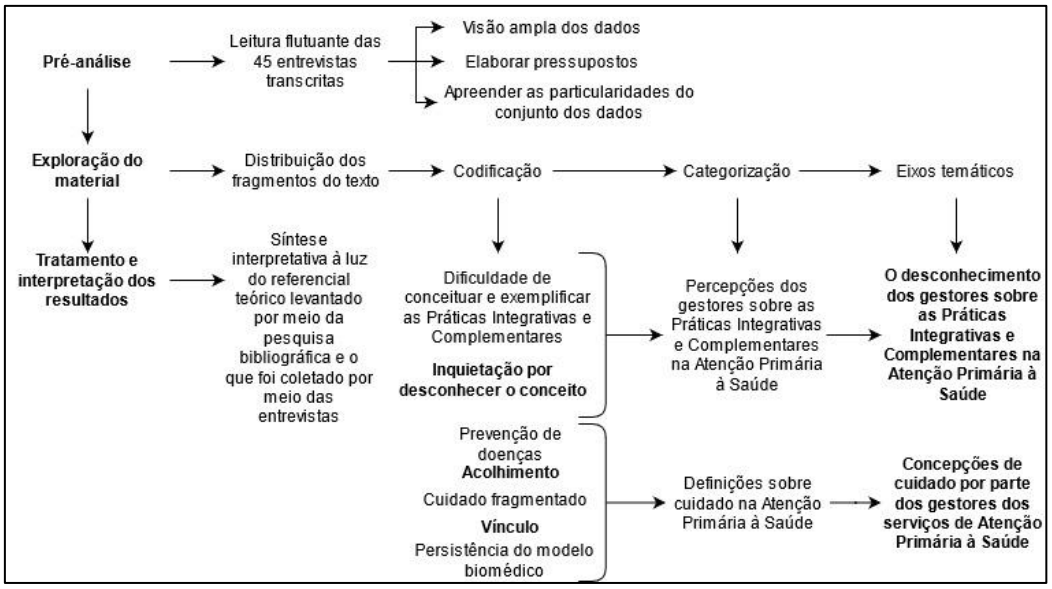


Fig. 2. Síntese da trajetória da análise de conteúdo temática.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Não houve recusa de qualquer profissional para a realização da entrevista e gravação, todos demostrando estar à vontade para responderem às questões. Com a finalidade de preservar o anonimato dos entrevistados, identificaram-se os trechos das narrativas pela letra “G” acrescida do número atribuído a cada um e se o local tem presença ou ausência de PIC. O estudo cumpriu os requisitos das Resoluções nº 466/2012 e nº 513/2016, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, parecer nº 2.057.783.

3. Resultados e Discussão

Do total de 21 gestores/coordenadores de serviços de APS com oferta de PIC: a maior proporção era de enfermeiras (34%). Quanto à faixa etária, prevaleceu a idade média de 39 anos. A maioria era do sexo feminino, casada e se autorreferenciou como parda. O tipo de vínculo foi estatutário, com tempo de atuação na gestão entre 5 e 48 meses. Os gestores fizeram referência à oferta das seguintes modalidades terapêuticas constantes na PNPIC: Auriculoterapia, Arteterapia, Fitoterapia, Homeopatia, Meditação, Reiki, Tai Chi Chuan e Terapia Comunitária.

O perfil dos gestores de UBS com ausência de PIC mostra que a maioria tinha idade entre 41 anos ou mais. Dentre os entrevistados, prevaleceu o sexo feminino, com maioria dos gestores enfermeiros. Quanto à cor, a maioria se autorreferenciou como parda. A respeito do estado civil, observou-se que a maior parte constituía de gestores casados. Em relação à religião, percebeu-se maior número de católicos.

No que se refere à escolaridade, 22 entrevistados tinham ensino superior, sendo que 30% tinham pós-graduação em nível de especialização. Em relação ao tipo de vínculo empregatício, grande parte é estatutária (60%). Além disso, prevalece gestores que estão na direção dos serviços APS entre 1 a 3 anos (62,50%).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.245-253

3.1 O Desconhecimento dos Gestores sobre as Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde

Dos 24 entrevistados, os quais não havia oferta das PIC em suas UBS, a maioria (67%) afirmaram que desconheciam as PIC. As narrativas desses gestores remetem à ideia de que esses termos eram novos e vagos para eles, em suas palavras:

> "G22 – UBS sem oferta) É um pouco vago para mim, porque eu não tenho conhecimento"

> "G25 – UBS sem oferta) Não conheço. Nunca ouvi falar"

Do mesmo modo, os gestores com a existência de PIC nas suas UBS relataram a denominação PIC com dificuldade:

> "G1 – UBS com oferta) Nossa! Não sei te responder o que significaria essa prática cooperativa. Eu já fiz fisioterapia, durante um ano. Trouxe uma melhoria muito grande porque eu sentia muita dor na coluna"

> "G3 – UBS com oferta) Eu acho que é o tratamento com produtos naturais que as pessoas podem encontrar no cantinho de casa... Alguma coisa assim parecida"

Seis gestores com presença da oferta na UBS citaram pouca ou nenhuma interferência da disponibilização de PIC no exercício laboral. Esse resultado demonstra que, embora o quantitativo de gestores com essa opinião seja ínfimo em relação à totalidade dos relatos, há certa indiferença, expressa nas afirmações de firmeza e objetividade. Notamos, portanto, um relativo distanciamento, bem como uma postura passiva diante do serviço ofertado por parte de alguns:

> "G9 – UBS com oferta) Não vejo diferença. Sei que assim, tem todos os benefícios e tudo. Mas, eu não consigo ver diferença, pensando em todas as atividades que são oferecidas e até o fato da população, às vezes, nem conhecer os serviços, nem conhecer, de fato, essas práticas integrativas"

É importante ressaltar que, esse desconhecimento corrobora os achados de Plácido et al. (2019) que constatou a falta de conhecimento dos gestores de UBS sobre as PIC, assinalando isso como uma forte fragilidade para o crescimento destas práticas no contexto da APS.

Além disso, destaca-se a existência de uma lacuna e até mesmo de uma insegurança por parte dos gestores do que sejam as PIC, uma vez que mencionaram práticas de caráter biomédico, não inclusas na PNPIC (caminhada, fisioterapia, alongamento). Aspecto esse que corrobora com Sousa et al. (2012), que apontou imprecisão conceitual (confundindo e mascarando a realidade), além de fragilidade na institucionalização, avaliação e monitoramento dessas práticas.

Machado et al. (2012), em estudo sobre as percepções de coordenadores de unidades de saúde acerca da fitoterapia e de outras práticas integrativas e complementares, assinalaram a importância desses agentes em operar mudanças nos espaços de produção, sem se tornarem indiferentes, dada a necessidade do reconhecimento dessas práticas no processo de cuidado.

A falta de conhecimento por parte dos gestores e dos profissionais de saúde sobre PIC e a PNPIC, de acordo com Müller (2016), produz a invisibilidade dessas práticas, levando a concepções errôneas, como também a sua desvalorização. Ainda, de acordo com a autora, essa invisibilidade é resultado da falta de divulgação das PIC ofertadas na rede de serviços e suas formas de encaminhamento, assim como à falta de visibilidade que essas práticas têm na comunidade para os que queiram acessá-las.

O desconhecimento faz o indivíduo sofrer na pele a responsabilidade de ter que decidir, se a partir da constatação de que ele desconhece algo de sua atuação que deveria saber, abre novos caminhos a escolher.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.245-253

Diante desse cenário, ele pode tomar as mais variadas formas, tais como: acomodar-se com a situação descoberta e não fazer nada para conhecer, aceitar que desconhece e inteirar-se e combater a inquietação, desvendando o desconhecido. Contudo, ao tomar uma posição, precisa afirmar-se nessa tarefa, embora esta atitude cause muitas inquietações (Sartre, 1997).

Segundo Tesser, Sousa e Nascimento, esse desconhecimento seja pelo fato de grande parte da oferta de PIC no SUS ser empreendida por profissionais individualmente nos seus serviços. Portanto, sem apoio ou conhecimento da gestão, resultando na não institucionalização da oferta. Os dados ministeriais têm revelado um crescimento da oferta das PIC na APS (Sousa et al., 2012). Contudo, esse aumento "parece estar associado mais à possibilidade recente de seu registro e à forma de divulgação do que a um movimento consistente de sua inserção institucional na APS" (Tesser et al., 2018, p. 14).

Contudo, embora a apresentação de pouca familiaridade dos entrevistados com os termos, os entrevistados também expressaram os mais diversos entendimentos das PIC, desde aqueles relacionados às atividades de grupo, até aqueles referentes à compreensão como parte do processo de cuidado, demonstrado pela busca da confirmação de sua resposta no entrevistador:

> "G12 – UBS com oferta) É grupo de caminhada e grupo de alongamento"
>
> "G27 – UBS sem oferta) Eu imagino que seja as atividades em grupos. É isso mesmo?"

Essas percepções atribuídas pelos gestores podem ser compreendidas a partir da lógica do pensamento reflexivo, aqui adotada, como "um processo autorregulador do pensamento, que se constitui quando um indivíduo toma suas próprias concepções sobre conhecimento como objeto de pensamento" (Leitão, 2007, p. 1). Com isso, alguns gestores - ainda que de forma empírica – estão tentando construir o conceito de PIC por meio das suas experiências cotidianas.

Assim, Farfán (2013) indica que para produzir um pensamento reflexivo, é necessário estar em um constante processo de discernimento e compreender a situação problemática para identificar a maneira de como conduzir as ações, passando por um processo de transição, do pensar puramente empírico para o pensar com planejamento e investigação.

Sobre em que lugar político e institucional se encontram as PIC, Rodrigues and Peixoto Júnior (2014) aponta que as práticas da PNPIC ainda estão longe de uma universalização, uma vez que ela foi aprovada sem ter como operar, diante da ausência de recurso indutor ou de apoio institucional. Nesse sentido, o baixo conhecimento de profissionais e gestores do SUS quanto às PIC e a PNPIC constituem uma fragilidade da política, dado que a sua implantação fica na dependência quase que exclusiva destes atores (Sousa & Tesser, 2017).

De modo geral, nota-se um desconhecimento tanto de gestores com a presença quanto de gerentes com a ausência da oferta sobre as PIC, contrariando o pressuposto apontado inicialmente. Vale ressaltar que a inclusão de novas práticas à PNPIC aconteceu justamente no período da pesquisa, ainda assim encontra-se gestores sem conhecer recursos terapêuticos potenciais ao cuidado primário à saúde. Apreende-se, portanto, mesmo com a implementação, ainda deixa dúvidas a respeito das PIC. Nesse tocante, acredita-se que as PIC ainda se encontram na marginalização social, fruto da falta de oportunidade da aquisição de educação permanente, sendo indispensável para inserção nos serviços de APS, demandando que o indivíduo tenha um nível educacional para usufruir das possibilidades que ela oferece.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.245-253

3.2 Concepções de Cuidado por Parte dos Gestores dos Serviços de Atenção Primária à Saúde

Nesta seção, são apresentadas concepções sobre o cuidado primário à saúde dos entrevistados. O propósito é apreciar este aspecto da concepção e identificar a maneira como a presença ou a ausência das PIC influência no direcionamento das ações e práticas nos serviços de saúde.

Os participantes relacionaram o cuidado primário à saúde como símbolos do cuidar e do enxergar o usuário de forma integral. Outros sentidos evocados foram as ideias de estabelecimento de vínculo com o usuário e a socialização (clássicos da APS):

> "G4 – UBS com oferta) A gente pega vínculo. Então, por exemplo, na hora que eles estão fazendo as ações, a gente chega e a gente, enquanto integrante da unidade, a gente também participa das ações com eles"

> "G34 – UBS sem oferta) A maneira como se trata os pacientes. Os métodos que são utilizados. Desde o acolhimento até os mais complexos"

Neto and Sampaio (2007), acreditam que esse resultado talvez se deva ao fato de que os gestores tenham uma grande apropriação dos saberes e práticas nos campos da Saúde Pública e da Saúde Coletiva, especialmente na APS. De acordo com as compreensões de Breda et al. (2005), o profissional de saúde ao conceber o papel de cuidador no paradigma sanitário atual, permite-se o encontro de subjetividades, sendo alvo de investimentos e transformação do cuidado. Nesse sentido, percebe-se que o significado atribuído ao cuidado primário à saúde compreende essa responsabilização do profissional enquanto cuidador na APS.

Contudo, os relatos 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. Tesser and Souza (2012) enfatizam a tradição dos serviços (decorrente de dificuldades no financiamento) ainda tende ao tecnicismo dos processos de trabalho refletidos na assistência direta, na maioria das vezes caracterizada pelo predomínio de consultas e exames, tal como expresso nas narrativas abaixo:

> "G8 – UBS com oferta) A UBS perdeu esse foco de grupo, virou prática de ambulatório (consulta, receita)"

> "G29 – UBS sem oferta) A gente tenta sim, mas ainda é algo distante. Ainda existe a forte cultura do atendimento"

Em consonância com esta exposição, Nascimento and Oliveira (2016) reafirmaram que as ações de saúde priorizadas são tecno-assistenciais, direcionadas para investigar doenças predominantemente. Nesse sentido, adota-se a prescrição de medicamentos como principal recurso terapêutico, o que fortalece uma assistência que reverencia um modelo de consumo. São priorizadas, portanto, ações pouco sensíveis ao significativo impacto dos determinantes sociais, culturais e simbólicos no processo saúde-doença, de modo que o lucro está subentendido na lógica da indústria da saúde.

Assim sendo, essa discussão denota contradições e reafirma não somente o prisma mecanicista, mas também a essencialidade de se preparar gestores para assumirem uma posição de liderança, influenciando consideravelmente a forma de operacionalizar o serviço em favor de outros modelos assistenciais.

As concepções de cuidado convergentes encontradas entre os gestores que ofertam ou não PIC em suas UBS pode ser uma evidência delicada. A inclusão dessas práticas foi pensada para ampliar o espectro terapêutico na APS, trazendo e reforçando os princípios doutrinários do SUS: equidade, universalidade e participação comunitária. No entanto, só a oferta em si, parece ser uma mola propulsora ainda embrionária. Com ou sem oferta, os gestores se sentem enraizados numa cultura que esquarteja o usuário em pedaços que se sobrepõe em quaisquer possibilidades de executar práticas assistenciais com foco no todo, inclusivo e democrático.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.245-253

Esperava-se identificar entre os gestores ofertantes de PIC concepções de cuidados essencialmente holísticas. Entretanto, o contexto produtivista, hospitalocêntrico e biomédico parece esmorecer a essência das PIC. Provavelmente, o ambiente pouco propício ao "diferente" explique as narrativas similares de gestores ofertantes e não ofertantes de PIC.

Considera-se como limitação do estudo o período de coleta de dados, uma vez que as PIC na Região Metropolitana de Goiânia estão em fase de implantação e implementação.

4. Considerações Finais

Um dos valores da pesquisa qualitativa no campo da Saúde Coletiva envolve a relevância para a compreensão da organização dos serviços de saúde. A partir dos resultados produzidos pela investigação qualitativa pode-se compreender e analisar as respostas no contexto laboral, dos significados e explicações atribuído por gestores, com ou sem o uso de PIC na APS, ao fenômeno estudado.

Conclui-se que, mesmo com a oferta ocorendo na UBS, os gerentes possuem o mesmo desconhecimento daqueles que não implementam PIC no serviço de saúde. Essa incompreensão traz algumas implicações como: a priorização da mesma lógica de oferta de serviços, baseadas no persistente modelo tecnocrático, arraigados nas concepções da medicina alopática, continua-se a reproduzir e direcionar as ações de saúde na APS.

Com efeito, apesar do reconhecimento quanto à potencialidade das PIC, os resultados obtidos evidenciam uma lacuna no conhecimento referente à denominação e exemplificação, o que expressa a legitimação e a forte influência do modelo biomédico no cotidiano dos serviços de APS. Em termos gerais, o desconhecimento a respeito de outros saberes e cuidados na perspectiva de uma assistência integral ao indivíduo implica baixa e descontínua oferta das práticas.

Há, sim, uma emergência irrecusável do pensar a saúde em sua amplitude, tendo em vista um modelo de saúde pautado na especialização e fragmentação. Para tanto, a sensibilização e capacitação são assinaladas como de notória relevância para uma eficaz disseminação desse conhecimento.

5. Referências

Bardin, L. (2016). Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70.

Barros, N. F., Francisco, P. M. S. B., & Sousa, L. A. (2020). Desapoio dos gestores e desinstitucionalização das Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde. Cadernos de Saúde Pública, 36(6), e00062320.

Barros, L. C. N., Oliveira, E. S. F., Hallais, J. A. S., Teixeira, R. A. G., & Barros, N. F. (2020). Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde: Percepções dos Gestores dos Serviços. Escola Anna Nery, 24(2), e20190081.

Brasil. (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília: Ministério da Saúde.

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 n° 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação n°2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional. Diário Oficial da União.

Breda, M. Z., Rosa, W. A. G., Pereira, M. A. O., & Scatena, M. C. M. (2005). Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. Revista Latino-americana de Enfermagem, 13(3), 450-452.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.245-253

Farfán, R. P. (2013). La reflexión y la experiência como momentos esenciales en la construcción de una práctica reflexiva. Revista Nueva Época, 1(1), 187-201.

Galhardi, W. M. P., Barros, N. F., & Leite-Mor, A. C. M. B. (2013). O conhecimento de gestores municipais de saúde sobre a Política Nacional de Prática Integrativa e Complementar e sua influência para a oferta de homeopatia no Sistema Único de Saúde local. Ciência & Saúde Coletiva, 18(1), 213-220.

Leitão, S. (2007). Argumentação e desenvolvimento do pensamento reflexivo. Psicologia: Reflexão e Crítica, 20(3), 454-462.

Machado, D. C., Czermainski, S. B. C., & Lopes, E. C. (2012). Percepções de coordenadores de unidades de saúde sobre a fitoterapia e outras práticas integrativas e complementares. Saúde Debate, 36(95), 615-623.

Minayo, M. C. S. (2014). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec.

Müller, T. L. (2016). Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Básica do Sistema único de Saúde do município de Porto Alegre, RS: Desafios Atuais. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Nascimento, M. V. N., & OLIVEIRA, I. F. (2016). As práticas integrativas e complementares grupais e sua inserção nos serviços de saúde da atenção básica. Estudos de Psicologia, 21(3), 272-281.

Neto, F. R. G. X., & Sampaio, J. J. C. (2007). Gerentes do território na Estratégia Saúde da Família: análise e perfil de necessidades de qualificação. Revista Brasileira de Enfermagem, 60(6), 687-695.

Plácido, A. L., Morais, K. C. S., Silva, C. P., & Tavares, F. M. (2019). Percepção dos gestores das unidades básicas de saúde sobre as práticas integrativas e complementares. Id OnLine Revista Multidisciplinar e de Psicologia, 13(43), 865-872.

Rodrigues, J. 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.

Sartre, J. P. (1997). O ser e o nada: ensaio de fenomenologia ontológica. RJ: Vozes.

Silva, A. S. P., & Feitosa, S. T. (2018). Revisão sistemática evidencia baixo nível de conhecimento acerca da política nacional de práticas integrativas e complementares por parte de gestores e profissionais da saúde. VITTALLE - Revista De Ciências Da Saúde, 30(1), 105–114.

Sousa, I. M. C., Bodstein, R. C. A., Tesser, C. D., Santos, F. A. S., & Hortale, V. A. (2012). Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. Cadernos de Saúde Pública, 28(11), 2143-2154.

Sousa, I. M. C., Tesser, C. D. (2017). Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. Cadernos de Saúde Pública, 33, e00150215.

Tesser, C. D., Sousa, I. M. C. (2012). Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas. Saúde e Sociedade, 21(2), 336-350.

Tesser, C. D., Sousa, I. M. C., & Nascimento, M. C. (2018). Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 42(especial 1), 174-188.

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.

Triviños, A. N. S. (2017). Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.245-253

Prevenção e intervenção à dependência de álcool ao idoso na Atenção Primária à Saúde: Revisão integrativa da literatura

José Stéfano Faia Destro[1], Elza de Fátima Ribeiro Higa[1], Márcia Aparecida Padovan Otani[1], Maria José Sanches Marin[1], Rodolfo de Oliveira Medeiros[1] Jaqueline Dias do Nascimento[2]

[1] Faculdade de Medicina de Marília, Estado de São Paulo, Brasil | fandestro@hotmail.com; hirifael@gmail.com; mpadovanotani@gmail.com; marnadia@terra.com.br; rodorfo.famema@hotmail.com | https://orcid.org/0000-0003-1776-3584; https://orcid.org/0000-0001-5772-9597; https://orcid.org/0000-0001-9540-4996; https://orcid.org/0000-0001-6210-6941; https://orcid.org/0000-0002-4930-684X

[2] Universidade Federal do Paraná, Estado do Paraná, Brasil | jaquelineddias1@hotmail.com | https://orcid.org/0000-0002-4249-4809

Resumo: Introdução: O Brasil tem vivenciado um rápido processo de transição demográfica trazendo consigo novos desafios à saúde pública, dentre eles, a dependência de álcool entre idosos. **Objetivo:** analisar as evidências literárias sobre as ações de prevenção e intervenção para ao idoso dependente de álcool na Atenção Primária à Saúde (APS). **Método:** Revisão Integrativa da Literatura realizada em 2020 nas bases de dados LILACS, BDEnf, CUMED, IBECS, MedLine, SciELO, SCOPUS e Web of Science, a partir dos seguintes descritores: "Idoso", "Álcool", "Alcoolismo", "Transtornos Relacionados ao Uso de Álcool" e "Atenção Primária à Saúde". Os critérios de inclusão foram: artigos originais disponíveis on-line na íntegra, nos idiomas inglês, português e espanhol e os de exclusão artigos de revisão bibliográfica, teses, dissertações e opinião de especialistas. Foram identificados um total de 1159 artigos, após exclusão por duplicidade, aplicação de critérios de exclusão e análise qualitativa, permaneceram seis artigos. **Resultados:** da análise dos dados obtidos foram estruturadas três categorias: Necessidade de triagem para consumo de álcool em pacientes idosos da APS, Eficácia de Intervenção Breve para consumo de álcool na APS e Barreiras para implementação de triagem para consumo de álcool e Intervenção Breve. **Conclusões**: a aplicação de estratégias de enfrentamento ao consumo de álcool aos pacientes idosos da APS possui custo benefício comprovado, porém não são amplamente realizadas, havendo mais barreiras do que facilitadores para sua implementação. Diante deste contexto, é necessário a realização de estudos objetivando avaliar a eficácia da triagem para consumo de álcool e Intervenção Breve em idosos devido a escassez de estudos em âmbito nacional.

Palavras-chave: Idoso; Álcool; Alcoolismo; Transtornos Relacioandos ao Uso de Álcool; Atenção Primária à Saúde.

Prevention and Intervention of Alcohol Dependence to the Elderly in Primary Health Care: An Integrative Literature Review

Abstract. Introduction: Brazil has experienced a rapid demographic transition process, bringing with it new challenges to public health, among them, alcohol dependence among the elderly. **Objective**: to analyze the literary evidence on prevention and intervention actions for the elderly dependent on alcohol in Primary Health Care (PHC). **Method**: Integrative Literature Review carried out in 2020 in the LILACS, BDEnf, CUMED, IBECS, MedLine, SciELO, SCOPUS and Web of Science databases, based on the following descriptors: "Elderly", "Alcohol", "Alcoholism", "Disorders Related to Alcohol Use" and "Primary Health Care". Inclusion criteria were: original articles available online in full, in English, Portuguese and Spanish, and exclusion articles for bibliographic review, theses, dissertations and expert opinion. A total of 1159 articles were identified, after exclusion due to duplication, application of exclusion criteria and qualitative analysis, six articles remained. **Results**: From the analysis of the data obtained, three categories were structured: Need for screening for alcohol consumption in elderly patients in PHC, Efficiency of Brief Intervention for in elderly patients in PHC and Barriers for implementing screening for alcohol consumption. alcohol and Brief Intervention. **Conclusions**: the application of strategies to cope with alcohol consumption to elderly patients in Primary Health Care has proven cost benefit, but they are not widely implemented, with more barriers than facilitators for their implementation. In this context, it is necessary to carry out studies aimed at evaluating the effectiveness of screening for alcohol consumption and Brief Intervention in the elderly due to the scarcity of studies nationwide.

Keywords: Elderly; Alcohol; Alcoholism; Disorders Related to Alcohol Use; Primary Health Care.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.254-262

1. Introdução

O Brasil tem vivenciado um rápido processo de transição demográfica trazendo consigo novos desafios à saúde pública, dentre eles, a dependência de álcool, que está associada a indivíduos mais jovens, porém dados indicam que este quadro vem aumentando entre idosos simultaneamente ao crescimento dessa população, sendo cada vez mais reconhecido com um problema de saúde pública (Chagas et al., 2019).

Acontecimentos no decorrer da vida dos idosos como aposentadoria, desemprego, perda de familiares e amigos, solidão e isolamento social, podem deixá-los vulneráveis a adoção de hábitos nocivos, como o consumo abusivo de álcool (Adayonto et al., 2019; Chagas et al., 2019).

Devido a alterações inerentes ao processo de envelhecimento, os malefícios à saúde física, mental e social decorrentes da dependência de álcool são piores nos idosos, embora seus casos sejam pouco identificados sendo imperativo a implementação de ações de enfrentamento à essa problemática. O Programa do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas estabelece que a assistência a usuários de álcool deve ser oferecida em todos os níveis de atenção, privilegiando os cuidados em dispositivos extra-hospitalares, devendo estar inserida na atuação do Programa de Saúde da Família (Adayonto et al., 2019; Abreu et al., 2017; Brasil, 2003).

Neste cenário, os serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), se apresentam como de suma importância para aplicação de estratégias de enfrentamento ao consumo abusivo de álcool. A utilização de técnicas terapêuticas concisas e de curta duração na APS como triagem para consumo de álcool e Intervenção Breve (IB) possuem benefícios comprovados na população idosa, facilidade de execução e redução de gastos em serviços de saúde, porém apresentam barreiras para sua implementação (Abreu et al., 2017; Finn et al., 2018; Pereira et al., 2013).

Nesse contexto, este estudo tem como objetivo analisar as evidências literárias sobre as ações de prevenção e intervenção para o idoso dependente de álcool nos serviços de APS.

2. Método

Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura, (RIL), método desenvolvido em seis etapas: 1) identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; 2) estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de estudos; 3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; 4) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5) interpretação dos resultados e 6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento (Souza et al., 2010).

Para a elaboração da pergunta de pesquisa, este estudo seguiu as recomendações do Joanna Briggs Institute para pesquisas qualitativas, utilizando-se da estratégia PICo, acrônimo para P: População; I: Interesse; Co: Contexto (Briggs, 2014). Assim, a questão norteadora foi: Quais as ações de prevenção e intervenção à dependência de álcool ao idoso na Atenção Primária à Saúde? A estratégia PICo foi empregada da seguinte forma: P: Idosos dependentes de álcool; I: Prevenção e Intervenção; Co: Atenção primária à saúde. A busca dos estudos ocorreu em fevereiro de 2020 e contou com os seguintes descritores selecionados nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS): “Idoso”, “Álcool”, “Alcoolismo”, “Transtornos Relacionados ao Uso de Álcool”, “Atenção Primária à Saúde”.

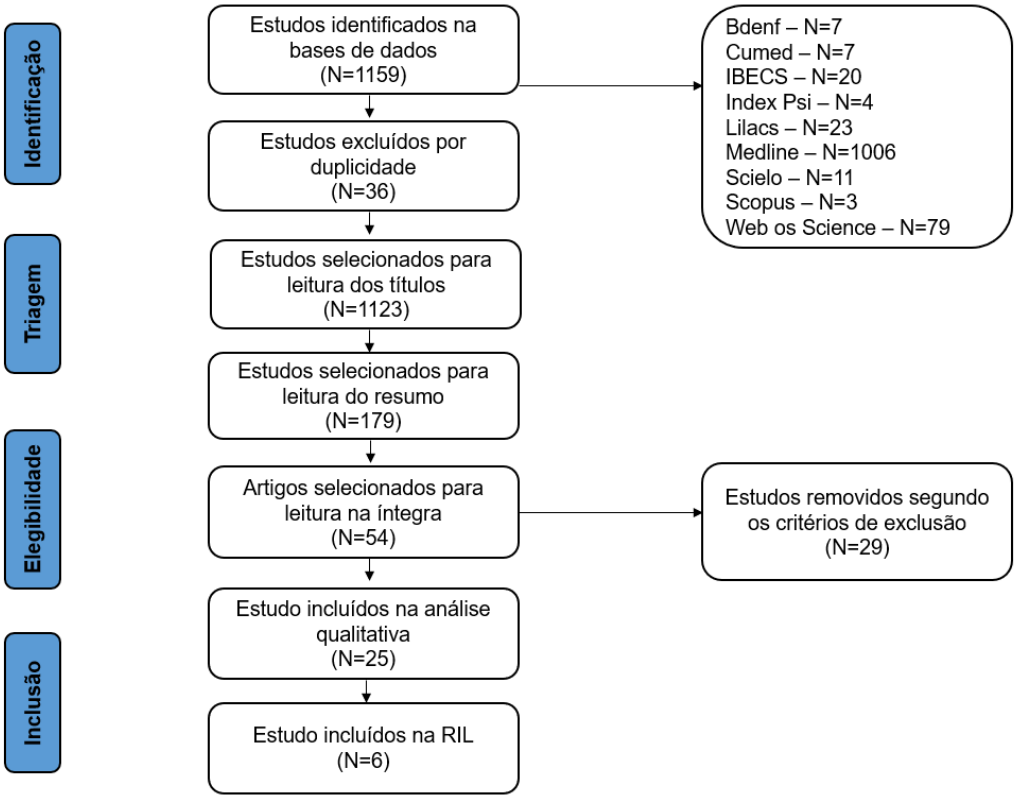
As bases de dados utilizadas foram: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de dados em Enfermagem (BDEnf), Centro Nacional de Informações de Ciências Médicas de Cuba (CUMED), Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde (IBECS), Index Psi, Medical Literature Analisys and Retrievel System Online (MedLine), Scientific Eletronic Library Online (SciELO), SCOPUS e Web of Science.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.254-262

Os critérios de inclusão foram: artigos originais disponíveis on-line na íntegra, nos idiomas inglês, português e espanhol e de exclusão: artigos de revisão bibliográfica, teses e dissertações e opinião de especialistas.

A amostra inicial identificada nas bases de dados foi de 1159 estudos, após exclusão dos estudos duplicados, 1123 estudos foram selecionados para leitura dos títulos, sendo 179 selecionados para leitura do resumo. Em seguida, foram selecionados 54 estudos para leitura na íntegra, sendo removidos 29 estudos após aplicação dos critérios de exclusão, restando 29 estudos incluídos na análise qualitativa. Permaneceram na amostra final seis estudos que atenderam aos critérios de inclusão e responderam à pergunta de pesquisa. O Fluxograma 1 ilustra o processo de seleção dos estudos:



Fluxograma 1. Seleção amostral das publicações sobre a prevenção e intervenção à dependência de álcool ao idoso na APS.
Adaptado de Moher et al., (2009).

A apresentação dos dados obtidos foi desenvolvida de modo descritivo, fundamentada na análise de conteúdo. A análise qualitativa foi inicialmente foi realizada com a leitura flutuante dos artigos selecionados objetivando identificar elementos relevantes nos textos. Posteriormente procedeu-se a exploração do material observando temas que se repetiam nos artigos e escolhendo categorias iniciais, conforme preconizado em literatura referente a RIL (Souza et al., 2010).

3. Resultados e discussão

Os artigos selecionados foram publicados entre os anos de 2003 a 2016, houve baixo número de pesquisas que relacionam o consumo abusivo de álcool entre idosos e ações e intervenções a serem realizadas na APS. Os dados dos artigos selecionados foram compilados em dois quadros representativos:

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.254-262

Quadro 1. Artigos incluídos na revisão integrativa constituído por: título do artigo, autores, ano da publicação, periódico, país de origem, base de dados, tipo de estudo, nível de evidência, participantes e objetivos.

Título do artigo/Autores/ Ano da publicação/Periódico/ País de origem/ Base de dados	Tipo de estudo Participantes Nível de evidência	Objetivos
Consumo de álcool e qualidade de vida em idosos na saúde da família. Soares, M. S., et al. Rev. enferm. Cent.-Oeste Min. 2016. Brasil. LILACS.	**Tipo**: Estudo transversal. **Local:** Belo Horizonte – MG, Brasil. **Nível de evidência**: 4. **Participantes**: 593 idosos. **Nível de evidência**: 4.	Avaliar a associação entre o consumo de álcool e qualidade de vida em idosos atendidos na APS de uma metrópole.
Padrões do uso de álcool em uma amostra de idosos no município de Porto Alegre, Brasil. Guidolin, B. L., et al. Ciênc. saúde coletiva. 2016. Brasil. Web of Science.	**Tipo**: Estudo transversal **Local:** Porto Alegre – RS, Brasil. **Participantes:** 557 idosos. **Nível de evidência:** 4	Determinar o padrão de uso de álcool e sua associação com características sociodemográficas em uma amostra de pacientes idosos matriculados na APS na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil
A Qualitative Study of Service Provision for Alcohol Related Health Issues in Mid to Later. Haighton, C., et al. PLoS One. 2016. Inglaterra. MEDLINE.	**Tipo**: Estudo qualitativo. **Local:** Área urbana em North East England, Inglaterra. **Participantes:** 51 adultos com 50 anos ou mais. **Nível de evidência:** 4	Obter compreensão das experiências e atitudes relacionadas ao apoio a problemas de saúde relacionados ao álcool no meio da vida.
An evaluation of an intervention to assist primary care physicians in screening and educating older patients who use alcohol Fink, A., et al. 2005 J Am Geriatr Soc. Estados Unidos da América. MEDLINE.	**Tipo**: Estudo comparativo prospectivo. **Local:** Três centros de atenção primária. **Participantes:** 665 idosos e 23 médicos. **Nível de evidência:** 4.	Avaliar se os médicos ao educarem pacientes idosos consumidores de álcool de risco com relatos personalizados conseguem reduzir o consumo de álcool.
Why do older unhealthy drinkers decide to make changes or not in their alcohol consumption? Data from the Healthy Living as You Age Study Borok, J., et al. 2013. J Am Geriatr Soc. Estados Unidos da América. Scopus.	**Tipo**: Análise secundária de dados de um estudo controlado randomizado. **Local:** Três locais de atendimento primário. **Participantes:** 631 adultos com 55 anos ou mais com consumo de risco de álcool. **Nível de evidência:** 4	Entender as características e motivos pelos quais bebedores mais velhos decidem alterar ou manter o consumo de álcool.
Health Care Utilization by Older Alcohol-Using Veterans: Effects of a Brief Intervention to Reduce At-Risk Drinking. Copeland, L. A., et al. 2003. Health Education & Behavior. 2003. Estados Unidos da América. MEDLINE	**Tipo**: Ensaio clínico randomizado. **Local:** Setor privado e clínicas de veteranos na atenção primária. **Participantes:** Adultos com 55 anos ou mais identificados como bebedores de risco. **Nível de evidência:** 3	Estimar o efeito do uso de uma IB de redução de álcool nos cuidados de saúde

Fonte: Elaboração própria.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.254-262

Quadro 2. Síntese dos principais resultados e conclusões dos artigos selecionados.

Principais resultados	Conclusões
Identificado considerável percentual de idosos em consumo de alto risco e dependência alcoólica, nenhum dos participantes considerou ser alcoolista ou referiram o alcoolismo como um problema de saúde. O estudo aponta que o consumo abusivo de álcool entre idosos implica em menores indicadores de qualidade de vida e satisfação com a saúde.	Maior necessidade de desenvolvimento de estratégias de enfrentamento e políticas públicas para o alcoolismo em faixas etárias mais avançadas, problematizar, divulgar e desmitificar o alcoolismo na velhice, incentivar o diagnóstico precoce e proporcionar alternativas de ajuda na APPS
12% dos participantes tinham história de alcoolismo, 9% foram dependentes de álcool no passado, 3.1% com atual diagnóstico de alcoolismo e 2,9% estão atualmente com problema de abuso de álcool.	Necessidade de medidas para combate ao alcoolismo entre idosos, como a utilização de instrumentos de triagem para consumo de álcool e a implementação de IB.
As razões para o atraso na busca de ajuda dos dependentes de álcool mais velhos estão relacionadas ao forte estigma associado a ser um consumidor abusivo de álcool e eles desconheciam se havia ou ajuda disponível. Os entrevistados indicaram que os clínicos gerais foram a primeira fonte de ajuda encontrada, porém em muitos casos não os acolheu bem, encaminhando-os para outros serviços ou tentando medicá-los sem ao menos ouvi-los.	A APS emergiu como importante na identificação de problemas e aconselhamento, sendo o serviço que as pessoas mais velhas primeiramente procuraram ajuda para problemas relacionados ao consumo de álcool. Necessidade de maior treinamento das equipes da APS para identificar e acolher idosos com problemas de consumo de álcool, e não somente encaminhá-los para serviços especializados ou medicá-los.
Constatado que fornecer aos pacientes idosos de cuidados primários relatórios personalizados de sua classificação de consumo de álcool, juntamente com informações educacionais, houve redução do consumo nocivo em 23% por um período de 12 meses.	O estudo reforça que pacientes idosos com problemas de uso de álcool, ao receberem aconselhamentos personalizados de médicos da APS, apresentam grande chance de reduzir o consumo de álcool nocivo à saúde.
A maioria dos idosos diminuíram o consumo de álcool ao reconhecerem que seu uso podia estar causando danos a sua saúde. Muitos participantes não fizeram alterações porque não acharam que a quantidade de álcool consumida era um problema.	O estudo aponta que o aconselhamento na APS é eficaz para redução do consumo de álcool para idosos, conscientizando-os acerca dos malefícios que o consumo abusivo de álcool possa trazer.
O efeito da utilização da IB nesta amostra de idosos que são bebedores de risco, aumentou o uso de cuidados médicos ambulatoriais a curto prazo, indicando que idoso com atitudes positivas em relação a um comportamento de saúde têm maior probabilidade de manter atitudes positivas em relação a outros comportamentos de saúde. A breve intervenção pode levar a reduções a longo prazo dos cuidados de saúde.	Importância da implementação de IB em idosos com problemas de consumo de álcool, leva a uma maior conscientização para redução ou parada total do consumo de álcool, além de se preocuparem com outros aspectos importantes sobre sua saúde.

Fonte: Elaboração própria

Dos seis artigos selecionados, um foi publicado em 2003, um em 2005, um em 2013, três em 2016 e um em 2018. Quatro estudos foram desenvolvidos nos Estados Unidos da América, três no Brasil e um na Inglaterra. Três estudos possuem delineamento transversal, um estudo com abordagem qualitativa, um estudo comparativo prospectivo, um estudo descritivo de análise secundária de um estudo controlado randomizado e um ensaio clínico randomizado. A maioria dos estudos encontram-se no Nível de Evidência grau 4, conforme preconizado na literatura (Souza et al., 2010). Esta revisão não tem como objetivo discutir os níveis de evidência encontrados.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.254-262

A partir da análise de conteúdo, nesta revisão foram estruturadas três categorias analíticas: Necessidade de triagem para consumo de álcool em pacientes idosos da Atenção Primária à Saúde, Eficácia de Intervenção Breve para consumo de álcool na Atenção Primária à Saúde e Barreiras para implementação de triagem para consumo de álcool e Intervenção Breve.

3.1 Necessidade da Triagem para Consumo de Álcool em Pacientes Idosos da Atenção Primária à Saúde

A triagem para consumo de álcool objetiva investigar a quantidade, frequência e comportamentos problemáticos decorrentes do consumo de álcool. Poucos sistemas de saúde conseguem implementar com sucesso a triagem para o consumo de álcool, e geralmente não são mantidas ao longo do tempo. Frequentemente, idosos não veem o consumo abusivo de álcool como uma doença, podendo negar seu consumo, mesmo quando lhes é assegurado a confidencialidade da informação. Desse modo, profissionais da saúde devem atentar-se para a possibilidade de quadro de consumo abusivo de álcool nessa faixa etária (Fink et al., 2005; Guidolin et al., 2016; Shaker & Ardnt, 2017; Soares et al., 2016).

Baseado em critérios de benefício clínico e custo efetividade, a triagem para consumo de álcool está entre os serviços preventivos mais indicados, porém é pouco realizado (Fink et al., 2005). Shaker and Ardnt (2017) afirmam que todos os pacientes adultos da APS devem passar por triagem para o consumo de álcool mesmo na ausência de fatores de risco. A maioria dos pacientes idosos atendidos na APS não são rastreados e muitos casos acabam sendo subnotificados. O uso de questionários mais curtos durante a triagem se apresenta como uma opção viável no atendimento do paciente idoso (Haighton et al., 2016; Shaker & Ardnt, 2017).

3.2 Eficácia da Intervenção Breve em Pacientes Idosos da Atenção Primária à Saúde

A IB é um atendimento de curta duração sendo realizado após a triagem positiva para consumo de álcool. A IB busca modificar a conduta do paciente em relação a uso de álcool, auxiliando-o conscientizar-se sobre os riscos e malefícios à sua saúde, motivando-o a reduzir ou cessar seu consumo (Abreu et al., 2018; Branco et al., 2020). A implementação da IB em idosos tem demonstrado ser uma estratégia de sucesso, havendo reduções significativas no consumo e na frequência de uso de álcool, comprovando ser tão efetiva na população idosa, quanto em jovens. Em estudo realizado no Estados Unidos da América, idosos consumidores pesados de álcool apresentaram duas vezes mais chances de moderar seu consumo após a IB (Copeland et al., 2003; Pereira et al., 2013).

Segundo Copeland et al. (2003) a curto prazo, a IB permite que os idosos tomem consciência dos possíveis danos à saúde que o álcool possa ou já tenha causado, aumentando a capacidade de cuidarem de sua saúde. Já a longo prazo, a saúde do idoso tende a melhorar, levando a uma redução na necessidade de serviços de saúde. Borok et al. (2013) afirmam que idosos geralmente reduzem ou cessam o consumo de álcool quando são apresentadas evidências de que o álcool prejudica sua saúde e que a redução ou a abstinência irá beneficiá-los de alguma forma, motivando-os a adotar outros comportamentos e atitudes positivas em relação à saúde.

A IB pode ser aplicada por profissionais de saúde de várias formações que possuam capacitação e treinamento adequados. Salienta-se que a IB é indicada especialmente para pacientes com risco moderado e alto de consumo de álcool. Casos de dependência de álcool devem ser encaminhados para serviços especializados em dependência química. (Abreu et al., 2018; Branco et al., 2020).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.254-262

3.3 Barreiras para Implementação de Triagem para Consumo de Álcool e Intervenção Breve

Uma das barreiras para realização da triagem e aplicação de IB é a falta de tempo, geralmente os atendimentos são breves e há outras prioridades concorrentes. A ausência de espaço e ambiente adequados faz com que os pacientes se sintam desconfortáveis em relatar o consumo de álcool durante o atendimento, diante disso, profissionais da saúde acabam não investigando o uso por acreditarem que tais condições de trabalho sejam desrespeitosas ao atender o paciente. Além disso, o estigma somado a falta de conscientização e engajamento por parte dos profissionais de saúde, também os levam a não adotar estratégias de enfrentamento em sua rotina de trabalho. (Abreu et al., 2018; McNeely et al., 2018; Pereira et al., 2013).

Pacientes idosos podem se sentir descontáveis ao revelar o consumo de álcool por temerem uma reação negativa de quem os está atendendo ou não estarem prontos para discutir o problema. Idosos geralmente relatam sentimentos de vergonha e culpa por serem vistos como dependente químicos, acreditam ser tarde demais para mudança de comportamento e se beneficiarem do tratamento. (Haighton et al., 2016; McNeely et al., 2018; Soares et al., 2016)

É necessário que os pacientes acreditem que haverá benefícios decorrentes do tratamento, sendo imprescindível o estabelecimento de vínculo de confiança entre o profissional e o idoso. O profissional ao atender o idoso usuário de álcool deve adotar postura empática e respeitosa, compreendendo que o processo de envelhecimento está associado a mudanças físicas, psicológicas e sociais, tornado muitas vezes o idoso vulnerável ao consumo de álcool (McNeely et al., 2018).

Apesar de os profissionais de saúde serem treinados para abordar questões relacionadas à saúde mental, o consumo de álcool é menos investigado, havendo necessidade de melhor treinamento de profissionais da APS bem como investimento na educação permanente de toda a equipe de saúde, reforçando a realização de triagem universal e IB para consumo de álcool dos usuários do serviço, sobretudo para grupos menos investigados como os idosos (Zerbetto et al. 2017).

4. Conclusões

A pesquisa qualitativa possibilitou analisar as evidências literárias sobre as ações de prevenção e intervenção para o idoso dependente de álcool nos serviços de APS. Por meio da análise de conteúdo foi possível a estruturação dos dados obtidos nos seis artigos que compuseram essa Revisão Integrativa da Literatura, tornando o processo de categorização mais rigoroso, claro e bem delimitado. Os resultados mostraram que a APS desempenha um papel fundamental no atendimento aos idosos que apresentam quadro de consumo de álcool de risco e nocivo à saúde, ao implementarem ações de prevenção, identificação e tratamento, ressaltado que casos de dependência de álcool devem ser encaminhados para serviços especializados.

A implementação de tais ações, possuí eficácia e benefícios comprovados cientificamente na população idosa, porém pode-se afirmar que existem mais barreiras do que facilitadores para sua implementação enquanto rotina de trabalho.

O estigma associado a dependência de álcool faz com que os profissionais não se conscientizem a respeito da gravidade da doença. A falta de tempo e ambiente adequado também são barreiras que inviabilizam a execução de triagem e IB. É necessário maior engajamento dos profissionais da APS no atendimento de pacientes idosos consumidores de álcool, que geralmente não relatam seu consumo resultando na subnotificação de casos.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.254-262

É fundamental que os profissionais recebam treinamento e investimento em educação permanente, visando a implementação de triagem universal para consumo de álcool e IB. Diante da complexidade que envolve temática desta revisão integrativa, recomenda-se a realização de estudos visando a consolidação da eficácia da triagem para consumo de álcool e IB em idosos, tendo em vista a escassez literária nacional.

5. Referências

Abreu, A. M. M., Marinho, G. L., & Jomar, R. T. (2017). Necessidade de intervenção breve por uso de álcool, tabaco e outras drogas entre usuários da atenção primária à saúde. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 66(2), 104-110. https://doi.org/10.1590/0047-2085000000157

Abreu, A. M. M., Jomar, R. T., Taets, G. G. C., Souza, M. H. N., & Fernandes, D. B. (2018). Rastreamento e intervenção breve para uso de álcool e outras drogas. Revista Brasileira de Enfermagem, 71(Suppl 5). https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0444

Adayonto, E. O., Adewole, A. J., & Ehimigbai, M. (2019). Alcoholism amongest geriatric patients attending general practice clinic of a teaching hospital in Benin City, Nigeria. Nigerian Postgraduate Medical Journal, 26(4), 230-234. http://doi.org/10.4103/npmj.npmj_83_19

Borok, J., Galier, P., Dinolfo, M., Welgreen, S., Hioffing, M., Davis, J. W., Ramirez, K. D., Liao, D. H., Tang, L., Karno, M., Sacco, P., Lin, J. C., & Moore, A. A. (2013). Why do older unhealthy drinkers decide to make changes or no in their alcohol consumption? Data from the healthy living as you age study. Journal of the American Geriatrics Society, 61(8), 1296-1302. https://doi.org/: 10.1111/jgs.12394

Branco, F. M. F. C., Ferreira, A. C. P. A., & Diniz, T. M. M. A. B. (2020). Intervenções breves junto a utentes da atenção primária em uso de risco e nocivo de álcool. Cogitare Enfermagem, 25, e73502.: https://doi.org/10.5380/ce.v25i0.73502

Chagas, C., Tassiane, P., Machado, D, A., Martins, L. B., Opaleye, D., Piedade, T., Galduróz, J. C. Fernandes., & Ferri, C. (2019). Alcohol consumption by older people in Brazil: A systematic review of population-based study. Addictive Disorders & Their Treatment, 18(4), 229-237. http://doi.org/10.1097/ADT.0000000000000168

Copeland, L. A., Blow, F. C., & Barry, K. L. (2003). Health care utilization by older alcohol-using veterans: Effects of a brief intervention to reduce at-risk drinking. Health Education & Behavior, 30(3), 305-321. https://doi.org/:10.1177/1090198103030003006

Fink, A., Elliot, M. N., Tsai, M., & Beck, J. C., (2005). An evaluation of an intervention to assist primary care physicians in screening in educating older patient who use alcohol. Journal of the American Geriatrics Society, 53(11), 1937-1943. https://doi.org/: 10.1111/j.1532-5415.2005.00476. x.

Finn, S. W., Hammarberg A., & Andreasson S. (2018). Treatment for alcohol dependence in primary care compared to specialized outpatient treatment - A randomized controlled trial. Alcohol Alcohol, 1(53), 376-385. https://doi.org/: 10.1093/alcalc/agx126

Guidolin, B. L., Filho, I. G. S., Nogueira, E. L., Junior, F. P. R., & Neto A, C. (2016). Padrões de uso de álcool em uma amostra de idosos no município de Porto Alegre, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 21(1), 27-35. https://doi.org/: 10.1590/1413-81232015211.10032015

Haighton, C., Wilson, G., Ling, J., MacCabe, K., Crosland, A., & Kaner, E. (2016). A qualitative study provision for alcohol related health issues in mid to later life. PLOS One, 11(2), e0148601. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148601

McNeely, J., Kumar, P. C., Rieckmann, T., Sedlander, E., Farkas, S., Chollak, C., Kannry, J. L., Vega, A., Waite, E. A., Peccoralo, L. A., Rosenthal, R. N. McCarty D., & Rotrosen. J. (2018). Barriers and facilitators affecting the implementation of substance use screening in primary care clinics: a qualitative study of patients, providers, and staff. Addiction Science & Clinical Practice, 13(1), 8. https://doi.org/:10.1186/s13722-018-0110-8

Ministério da Saúde. (2003). A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST/AIDS. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.254-262

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). The Prisma Group. Preferred reporting reporting itens for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. PLOS Medicine, 6(7), e1000097. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097

Pereira, M. O., Anginoni, B. M., Ferreira, N. C., Oliveira, M. A. Ferreira., Vargas, D., & Colvero, L.A. (2013). Efetividade da intervenção breve para o uso abusivo de álcool na atenção primária: Revisão sistemática. Revista Brasileira de Enfermagem, 66(3), 420-428. https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000300018

Sahker, E., & Ardnt, S. (2017). Alcohol use screening and intervention by american primary care providers. Internacional Journal of Drug Policy, 41, 29-33. https://doi.org/: 10.1016/j.drugpo.2016.11.013

Soares, M. S., Lima, E. D. R. P., Naegle, M. A., Silva, P. A. B., Santos, J. F. G., & Silva, L., B. (2016). Consumo de álcool e qualidade de vida em idosos na saúde da família. Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro, 6(3), 2362-2376. doi: https://doi.org/10.19175/recom.v6i3.1184

Souza, M. T., Silva. M. D., & Carvalho. R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein, 8(1), 102-106. https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134.

The Joanna Briggs Institute. (2014). Joanna Briggs Institute Reviewrs' Manual: 2014 edition/supplement. The University of Adelaide. https://nursing.lsuhsc.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Economic.pdf

Zerbetto, S. R., Furino, V. O., & Furino F. O. (2017). A Implementação da intervenção breve na atenção primária à saúde: Revisão Integrativa. Revista Atenção Primária à Saúde, 20(1), 107-117. https://doi.org/10.34019/1809-8363.2017.v20.15782

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.254-262

Potencialidades do webQDA® para análise qualitativa das barreiras enfrentadas por enfermeiras atuantes em Unidades Básicas de Saúde

Alexandra Bulgarelli do Nascimento[1], Sayuri Tanaka Maeda[2] e **Emiko Yoshikawa Egry[2]**

[1]Centro Universitário Senac - SP, Brasil | abnascimento@usp.br | http://orcid.org/0000-0003-4081-8782

[2]Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Brasil | sayuri@usp.br; emiyegry@usp.br | http://orcid.org/0000-0002-6571-6523; https://orcid.org/0000-0003-0974-0315

Resumo: Introdução: A Atenção Primária à Saúde realiza a coordenação do cuidado e a Enfermagem é primordial neste campo. No Brasil, a Atenção Primária não tem recebido suficiente financiamento para cumprir a missão participativa no Sistema Único de Saúde. A Enfermagem tem sua atuação limitada devido à adoção de políticas desarticuladas do compromisso em responder às necessidades em saúde. **Objetivos:** Conhecer as potencialidades e os limites da atuação da Enfermagem no nível municipal e reconhecer as potencialidades do webQDA® para análise qualitativa das barreiras enfrentadas por enfermeiras atuantes em Unidades Básicas de Saúde (UBS). **Método:** Estudo qualitativo que realizou a análise de conteúdo de Bardin, com o apoio do webQDA®, para desvelar o significado dos discursos provenientes de dois grupos focais, realizados com a colaboração de 13 enfermeiras atuantes em UBS de um município paulista. **Resultados e Discussão:** Os discursos transcritos em arquivo word foram inseridos no webQDA® como fonte interna. A árvore de codificação das categorias empíricas foi criada, com a inclusão dos códigos: 'Barreiras Identificadas' e 'Superação da Realidade'. Diante da análise de conteúdo, como preconizado por Bardin, emergiram as sub-categorias, codificadas em: Barreiras Identificadas: Sobrecarga de Trabalho, Enfrentamento às Necessidades em Saúde Complexas e Déficit na disponibilidade de recursos; e Superação da Realidade: Enfermagem como Prática Social. **Conclusões:** O webQDA® apoiou a sistematização da análise crítica dos dados qualitativos, permitindo denotar que a atuação da Enfermagem em Unidades Básicas de Saúde enfrenta barreiras relacionadas à sobrecarga de trabalho, deficit na disponibilidade de recursos e resposta às necessidades complexas. Entretanto, tem na Enfermagem como Prática Social um elemento importante para prover a superação da realidade.

Palavras-chave: Pesquisa Qualitativa; Atenção Primária à Saúde; Unidade Básica de Saúde; Enfermagem.

Potentialities of webQDA® for Qualitative Analysis Barriers Faced by Nurses Working in Basic Health Units

Abstract: Introduction: In many countries Primary Health Care (PHC) coordinates health assistance to the population and in this field, Nursing is essential area. In Brazil, we witnessed the gradual de-funding of the PHC. PHC has not received sufficient funding to fulfill the participatory mission in the Unified Health System. Nursing has limited performance because of the adoption of policies that are disjointed from the commitment to respond to health needs. **Goals:** To know the potential and the limits of Nursing performance at the municipal level and to recognize the potential of webQDA® for qualitative analysis of the barriers faced by nurses working in Basic Health Units (UBS). **Method:** Qualitative study that carried out the content analysis of Bardin, with the support of webQDA®, to unveil the meaning of the speeches from two focus groups, carried out with the collaboration of 13 nurses working in UBS in a city in São Paulo. **Results and Discussion:** The speeches transcribed in a word file were inserted in webQDA® as an internal source. The coding tree for the empirical categories was created, with the inclusion of the codes: 'Identified Barriers' and 'Overcoming Reality'. In view of the content analysis, as recommended by Bardin, the sub-categories emerged, coded as: Identified Barriers: Work Overload, facing complex health needs and Deficit in the availability of resources; and Overcoming Reality: Nursing as a Social Practice. **Conclusions:** The webQDA® supported the systematization of the critical analysis of qualitative data, allowing us to note that the performance of Nursing in Basic Health Units faces barriers related to work overload, deficit in the availability of resources and response to complex needs. However, Nursing as a Social Practice has an important element to provide overcoming reality.

Keywords: Qualitative Research; Primary Health Care; Basic Health Unit; Nursing.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.263-269

1. Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem o objetivo de prover, universalmente, ações de promoção, prevenção, restauração, reabilitação e cuidados paliativos (Brasil, 2017). Para tanto, espera-se que o SUS garanta acesso, equidade, qualidade, efetividade e sustentabilidade do Sistema (Ducan et al., 2015).

Uma das medidas para oportunizar isso, é o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), na qual as Unidades Básicas de Saúde (UBS), devem se colocar como coordenadoras dos cuidados, considerando os atributos preconizados por Starfield (2002), e que se referem aos atributos essenciais, que compõem a garantia do primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação, bem como os derivados, pautados na orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural (Starfield, 2002).

Nesse contexto, o enfermeiro se destaca, tanto pelo seu quantitativo, que quando analisado no âmbito do território brasileiro, representa segundo um estudo de 2016, do Conselho Federal de Enfermagem, 23% dos profissionais da categoria de Enfermagem, totalizando, aproximadamente, 414 mil trabalhadores (Cofen, 2019; Machado et al., 2016), bem como profissional integrante da equipe mínima de saúde na APS, seja na prerrogativa da Estratégia Saúde da Família (ESF) ou das unidades de saúde tradicionais (Biff et al., 2020).

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), de 2017, determina as atividades a serem executadas pelos membros da equipe de saúde na ESF, entre eles, o enfermeiro – as quais, se referem à atenção à saúde aos indivíduos e famílias, em diferentes cenários de cuidado do território, e com o uso de diferentes práticas, como: acolhimento, escuta qualificada, classificação de risco, consulta de Enfermagem, realização de procedimentos, prescrição de medicamentos e solicitação de exames complementares (conforme protocolos estabelecidos), visita domiciliária, supervisão das ações dos técnicos/auxiliares de Enfermagem, bem como dos agentes comunitários de saúde, além da organização do processo de trabalho, por meio da implementação de rotinas, fluxos e protocolos (Brasil, 2017).

Isso demonstra a forte presença dos enfermeiros no processo de cuidar na APS, tal como apresentado por um estudo irlandês, que discutiu que a efetividade da APS está diretamente relacionada às boas práticas de Enfermagem, pautada na necessidade de melhorar a integralidade do cuidado, potencializar os conhecimentos e estimular o engajamento da população nas ações de saúde (Hanafin & Dwan O´Reilly, 2015).

Os enfermeiros são articuladores do processo de cuidar (Mendes & Ventura, 2017). Um estudo multicêntrico evidenciou a precariedade e o *déficit* no ambiente de trabalho, em relação à disponibilidade de recursos materiais, equipamentos e humanos, além do excesso da demanda assistencial. Tudo isso impactou negativamente a prática profissional do enfermeiro atuante na ESF (Biff et al., 2020).

Essas barreiras na atuação dos enfermeiros na APS são produto de políticas, que têm o objetivo de minimizar o compromisso do Estado na resposta às necessidades em saúde da população (Viana & Silva, 2018), o que exige estudos que busquem identificar as barreiras enfrentadas por esses enfermeiros durante a atuação em UBS.

Para investigar esse fenômeno, *software Web Qualitative Data Analysis* (webQDA®) foi escolhido considerando a sua potência para apoiar a organização e análise de dados qualitativos (Minayo & Costa, 2019), por meio da inserção dos discursos transcritos em word, bem como da codificação de categorias empíricas, que podem ter os seus conteúdos revisitados inúmeras vezes, sendo alvo de readequações, contribuindo para o uso da técnica de análise de conteúdo de Bardin (Bardin, 2011).

Neste sentido, as perguntas de pesquisa deste estudo foram: a) Quais são as potencialidades e limites da atuação da Enfermagem no nível municipal? e b) Quais são as potencialidades do webQDA® para a análise qualitativa das barreiras enfrentadas por enfermeiras atuantes em UBS?

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.263-269

Portanto, os objetivos deste estudo foram conhecer as potencialidades e os limites da atuação da Enfermagem no nível municipal e reconhecer as potencialidades do webQDA® para análise qualitativa das barreiras enfrentadas por enfermeiras atuantes em Unidades Básicas de Saúde (UBS).

2. Metodologia

Estudo qualitativo, realizado em julho de 2019, e fundamentado na Teoria da Intervenção Práxica da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC), a qual está ancorada no referencial teórico do Materialismo-Histórico e Dialético (Egry, 1996).

Ele foi realizado com a colaboração de 21% (13) das enfermeiras da APS de um município do estado de São Paulo, que possui – aproximadamente – 235 mil habitantes, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,815 – classificado como "alto" pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), e com presença de forte desigualdade social mensurada pelo coeficiente de Gini de 0,42 (Jannuzzi, 2009).

Os dados foram coletados por meio de dois grupos focais, que contou com a presença de dois mediadores: um que conduziu as atividades dos grupos, facilitando o debate junto às participantes, e o outro que procedeu com a gravação do áudio das interações em mídia digital. Ambos mediadores eram enfermeiros e com sólida experiência profissional e formação em nível de Pós-Graduação *Stricto Sensu*.

As enfermeiras participantes dos grupos focais, compareceram à atividade após contatadas por e-mail, pela chefia imediata, que convidou todos os aqueles atuantes na APS e que totalizavam 62 trabalhadores. Entretanto, devido à ocorrência de férias, afastamentos e sobreposição de compromissos, 13 participaram das atividades.

A totalidade delas era pós-graduada, em sua maioria em cursos de especialização em Saúde da Família, e uma delas em nível *Stricto Sensu*. Em relação ao vínculo empregatício, três delas tinham dupla vinculação, sendo o outro vínculo em serviços especializados de municípios vizinhos.

A duração dos grupos focais foi de duas horas e ocorreram em uma escola do município, cedida pela Secretaria de Saúde.

No início de cada grupo focal, os mediadores se apresentaram e enunciaram o objetivo da atividade, bem como apresentaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), uma vez que essa pesquisa atendeu ao preconizado pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 (Brasil, 2012), sendo apreciada por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e registada sob o CAAE nº 02395418.7.0000.5392.

Os grupos focais foram conduzidos de forma semi-estruturada, com o auxílio de um roteiro, elaborado especificamente para esse estudo, o qual foi testado anteriormente por um grupo de cinco estudantes de pós-graduação em Enfermagem.

O roteiro continha quatro momentos: aquecimento – quando se propôs uma atividade visando o fortalecimento das relações interpessoais entre as participantes; reflexão individual – que partiu da proposta de introspecção de situações vivenciadas que colocavam em debate a atuação da enfermeira em UBS; reflexão grupal – ao se propor uma discussão coletiva, considerando como a prática profissional em UBS tem se mostrado no cotidiano do serviço; e – por fim, a síntese, quando o mediador elencou os tópicos relevantes construídos coletivamente (Fonseca & Amaral, 2012).

Um dos grupos focais contou com oito participantes e o outro com cinco. Os dados gravados em mídia digital, foram transcritos em arquivo word por um dos pesquisadores e organizados com o auxílio do *software* webQDA® e analisados posteriormente por outros dois pesquisadores que compuseram o grupo de trabalho (GT) que totalizou quatro profissionais.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.263-269

Os dados organizados no webQDA® foram submetidos à técnica de análise de conteúdo de Bardin (2011), a partir das categorias e subcategorias empíricas: 1) Barreiras Identificadas: 1.1) Sobrecarga de Trabalho, 1.2) Enfrentamento às Necessidades em Saúde Complexas e 1.3) Déficit na Disponibilidade de Recursos; e 2) Superação da Realidade: 2.1) Enfermagem como Prática Social.

A proposição das categorias empíricas emergiu do amplo debate dos integrantes do GT que buscaram conhecer as potencialidades e os limites da atuação da Enfermagem no nível municipal.

O uso do webQDA® ocorreu devido à sua compatibilidade para hospedar o arquivo word em que os discursos das participantes dos grupos focais foram transcritos, possibilitando maior agilidade e fidedignidade no processo de análise do seu conteúdo.

Esse processo foi favorecido, uma vez que o *software* permitiu a inclusão das categorias empíricas nos códigos permitindo o manejo de trechos dos discursos inúmeras vezes, como característica de uma das etapas da técnica de análise de conteúdo, que preconiza a releitura constante e exaustiva dos dados buscando a extração das unidades de significado que possuem potência para responder ao fenômeno (Bardin, 2011), momento em que as subcategorias empíricas emergiram.

3. Resultados e Discussão

O processo de análise dos dados iniciou com a inserção no *software* webQDA® do arquivo word como fonte interna dos dados a serem analisados, seguido da construção da árvore de codificação das categorias empíricas: 1) 'Barreiras Identificadas' e 2) 'Superação da Realidade'.

Da análise de conteúdo emergiram subcategorias que foram renomeadas diversas vezes, frente à lapidação dos significados que elas precisavam traduzir para responder ao objetivo do estudo. Os dados analisados foram remanejados entre diferentes subcategorias empíricas, constituindo o processo de exaustão da compreensão hermenêutica dos fragmentos selecionados.

Isso possibilitou que na categoria empírica 'Barreiras Identificadas', a subcategoria 'Sobrecarga de Trabalho' fosse evidenciada, como demonstrado em:

> [...] são 623 casas [novas] sem um posto de saúde. E nós já **estamos trabalhando acima do nosso limite**. Cada uma das nossas equipes, na mesma unidade são três equipes, a gente atende quase 12 mil pessoas, são quase quatro mil pessoas por equipe. [grifo nosso].
>
> [...] **a demanda é grande** por ser uma área distante, a população tem portas abertas ali, o único recurso deles é ali no posto. [...] [são] quase quatro mil habitantes, e é lotado. [grifo nosso].
>
> [...] [dizem que] não custa nada você fazer 30 testes rápidos [...] **é um atendimento rápido, de uns 20 minutos ou meia hora, se der negativo, mas e se dá positivo?** Aí mina na sua cabeça. [...] [grifo nosso].
>
> [...] **como você não acompanha seus casos de sífilis**? É complicado, porque como vou acompanhar, **lá gira em torno de 60 a 80 gestantes, a gente teve mês com 100 gestantes**. [grifo nosso].

A Organização Pan-Americana da Saúde publicou, em 2018, um material que recomenda a ampliação do quantitativo e do papel dos enfermeiros na APS, haja vista o seu reconhecimento como categoria fundamental para alcançar os objetivos de fortalecimento e/ou implantação de sistemas de saúde universais (OPAS, 2018).

Isso é possível diante da maior autonomia que a APS oportuniza ao enfermeiro em sua prática, mas que exige dos sistemas de saúde a oferta de uma estrutura para o desenvolvimento do trabalho de forma a possibilitar responder às diferentes necessidades em saúde da população (Pereira & Oliveira, 2018).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.263-269

Os resultados deste estudo em contraposição ao que a literatura aponta, demonstrou que as enfermeiras atuantes em UBS vivenciam a sobrecarga de trabalho, o que pode estar impondo a elas um processo de trabalho com menor capacidade crítico-reflexiva influenciando a qualidade do cuidado oferecida à população.

Na subcategoria 'Necessidades em Saúde Complexas', o aumento da vulnerabilidade social e a distribuição geográfica desigual dos serviços de saúde emergiram dos dados, sendo possível problematizar o quanto as políticas brasileiras voltadas para a APS estão pautadas no produtivismo e na oferta de uma cesta de serviços, desconsiderando a compreensão aprofundada das necessidades em saúde, em especial de grupos sociais específicos – o que exige forte articulação intersetorial para resposta às heterogêneas e complexas necessidades em saúde da população (Nascimento & Egry, 2017) – o que foi evidenciado em:

> Não é ESF é uma UBS [tradicional], em torno de sete mil famílias, **a população que a gente atende é de alta vulnerabilidade social**, muitas gestantes, a gente não atende só crônico [...].
>
> [...] **é bem periférico, é no fim, um dos extremos da cidade** [...]. Eles até fizeram uma UPA mais pra cima [...]. **Deu uma desafogada pra gente, mas não supre a necessidade da população**. [...]" [grifo nosso].

Na subcategoria 'Déficit na Disponibilidade de Recursos', as enfermeiras verbalizaram vários limites para a atuação em relação à dificuldade de fixação dos profissionais da equipe da ESF e o quanto que isso impacta o cotidiano profissional, como está apresentado em:

> [...] **antes a gente tinha uma médica da ESF que estava atendendo, mas saiu, não foi reposta** – há mais ou menos um ano. [...] e **a gente está trabalhando assim: só o tempo de você receber a queixa**, desse tanto de pessoas, para você levantar todos os prontuários, impossível. **Você não consegue lançar isso em prontuário eletrônico, você não consegue fazer pré-consulta.** [...] Faz o atendimento ali na porta [...] [grifo nosso].
>
> [...] **a médica está de férias, você tem que ficar atrás de outro médico para se dispor a fazer as receitas controladas que tem bastante**. Fala para o médico, por favor, digitaliza as receitas, manda tudo. Quem vai fazer isso? O enfermeiro, porque você escuta o técnico falar, mas isso não é função nossa, fazer receita para o médico assinar. Não é mesmo, mas aí **você pensa no paciente. A gente faz pelo paciente.** [grifo nosso].

Essas barreiras estão relacionadas à escassez de recursos para a atuação das enfermeiras em UBS, sendo produto da adoção de métodos quantitativos para demonstrar a qualidade dos serviços.

Ao considerar produtividade como sinônimo de qualidade incorre-se num equívoco – em especial no contexto das UBS, que acolhem necessidades em saúde complexas, que demandam atuação interprofissional e articulação das ações para atenderem às necessidades em saúde (Biff etl al., 2020; Cardoso & Vieira-da-Silva, 2012).

Na categoria 'Superação da Realidade' a subcategoria 'Enfermagem como Prática Social' foi codificada evidenciando o esforço individual das enfermeiras para garantir o acesso à saúde, em especial, dos grupos sociais vulneráveis.

> [...] num contexto social diferente, com estrutura diferente, a começar da estrutura familiar, do conhecimento, do grau de conhecimento dessa família, [...] com certeza um ganho de peso inadequado é um sinal de alerta para a família, a gente lida com isso e **vai atrás para ajudar**, sabe **que quando a mãe tem uma escolaridade maior o desfecho é outro**, porque ela vai brigar, ou ela vai ao prefeito, vai ao vereador, ela vai por qualquer via, ela vai à defensoria pública, **ela vai buscar fazer valer esse direito que ela tem de [ter acesso à] saúde, mas e quem não tem esse conhecimento, essa atitude?** [grifo nosso].

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.263-269

Entre esses achados, as enfermeiras se utilizam da Enfermagem como Prática Social, ao mediar o empoderamento da população na luta do acesso universal à saúde – o que reconhece a Enfermagem como profissão com potencial para transformação da realidade (David et al., 2012).

4. Conclusões

O *software* webQDA® permitiu a compatibilidade do arquivo word como fonte interna e o remanejamento de trechos dos discursos entre os códigos, reconhecendo-o como um importante aliado para sistematizar o processo de análise crítica dos dados.

As evidências demonstraram que a atuação da Enfermagem em UBS está pressionada por barreiras relacionadas à sobrecarga de trabalho, *déficit* na disponibilidade de recursos e resposta às necessidades em saúde complexas. Por outro lado, a superação da realidade é potencializada pelo reconhecimento da Enfermagem como Prática Social, que atua buscando fomentar o emporaderamento da populção para garantia do acesso à saúde.

5. Referências

Bardin, L. (2011). Análise de conteúdo. Edições 70.

Biff, D., Pires, D.E.P., Forte, E.C.N., Trindade, L.L., Machado, R.R., Amadigi, F.R., Scherer, M.D.A., & Soratto, J. (2020). Cargas de trabalho de enfermeiros: luzes e sombras na Estratégia Saúde da Família. Ciência e Saúde Coletiva, 25(1), 147-158. http://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28622019

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436/2017. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

Cardoso, M.O. & Vieira-da-Silva, L.M. (2012). Evaluation of primary care coverage in Salvador, Bahia State, Brazil (2000 to 2007). Caderno de Saúde Pública, 28(7): 1279-1284, 2012. http://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000700006

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) (2019). Enfermagem em números. http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros

David, H.M.S.L., Bonett,i O.P. & Silva, M.R.F. (2012). A Enfermagem brasileira e a democratização da saúde: notas sobre a Política Nacional de Educação Popular em Saúde. Revista Brasileira de Enfermagem, 65(1):179-85. http://doi.org/10.1590/S0034-71672012000100026

Duncan, P., Bertolozzi, M.R., Cowley, S., Egry, E.Y., Chiesa, A.M. & França, F.O.F. (2015). 'Health for All" in England and Brazil? Internacional Journal of Health Services, 45:545-563. http://doi.org/10.1177/0020731415584558

Egry, E.Y. (1996). Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. Ícone.

Fonseca, R.M.G.S. & Amaral, M.A. (2012). Reinterpretação da potencialidade das Oficinas de Trabalho Crítico-emancipatórias. Revista Brasileira de Enfermagem, 65(5): 780-787. http://doi.org/10.1590/S0034-71672012000500010

Hanafin, S. & Dwan O´reilly, E. (2015). Multiple stakeholder views on changes in delivery of public health nursing services in Ireland. British Journal Community Nurse, 20(8): 389-393. http://doi.org/10.12968/bjcn.2015.20.8.389

Jannuzzi, P.M. (2009). Indicadores Sociais no Brasil: conceitos, fontes de dados e aplicações. Alinea.

Machado, M.H., Aguiar-Filho, W., Lacerda, W.F., Oliveira, E., Lemos, W., Wermelinger, M., Vieira, M., Santos, M.R., Souza-Júnior, P.B., Justino, E. & Barbosa, C.(2016). Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. Enfermagem em Foco, 7(n. esp.): 9-14. http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/Caracter%C3%ADsticas-gerais-da-enfermagem-o-perfil-s%C3%B3cio-demogr%C3%A1fico.pdf

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.263-269

Mendes, I.A.C. & Ventura, C.A.A. (2017). Nursing Protagonism in the UN Goals for the people's health. Revista Latino-Americana de Enfermagem, ;25:e2864. http://doi.org/10.1590/1518-8345.0000.2864

Minayo, Maria Cecilia de Souza, & Costa, A. P. (2019). Techniques that use speech, observation and empathy: qualitative research in action. Ludomedia.

Nascimento, A.B. & Egry, E.Y. (2017). Municipal health plans and the potentialities of recognition of health needs: a study on four Brazilian Municipalities. Saúde & Sociedade, 26(4): 861-871. http://doi.org/10.1590/s0104-12902017170046

Organização Pan-Americana da Saúde. (2018). Ampliação do papel dos enfermeiros na atenção primária à saúde. OPAS. https://iris.paho.org/handle/10665.2/34960

Pereira, J.G. & Oliveira, M.A.C. (2018). Autonomia da enfermeira na Atenção Primária: das práticas colaborativas à prática avançada. Acta Paulista de Enfermagem, 31(6): 627-635. http://doi.org/10.1590/1982-0194201800086

Starfield, B. (2002). Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Ministério da Saúde. https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf

Viana, A.L.D. & Silva, H.P. (2018). Meritocracia neoliberal e capitalismo financeiro: implicações para a proteção social e a saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 23(7): 2107-2118. http://doi.org/10.1590/1413-81232018237.07582018

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.263-269

O impacto do Parto Humanizado nas Parturientes de um Hospiatal Público

Bárbara Silva Alves[1], Luciana Segurado Côrtes[2], Isabela Ferreira Caetano[1], Natalie Ribeiro de Toledo Camargo Dusi[1], Ana Carolina Gonçalves de Miranda[1], Vitória Silva Alves[3]

[1] Médicas Residentes do Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Regional do Paranoá, Brasília, Brasil | barbarasilvaalves@outlook.com; isabelaferreiracaetano@gmail.com; natalie.medica@gmail.com; ana_carolinagm@hotmail.com | https://orcid.org/0000-0002-8274-661X; https://orcid.org/0000-0003-1690-6889; https://orcid.org/0000-0002-6628-9965; https://orcid.org/0000-0002-4061-6163

[2] Médica Ginecologista e Obstetra pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal, preceptora e supervisora da residência no Hospital Regional do Paranoá, Brasília, Brasil | lucianasegurado@yahoo.com.br | https://orcid.org/0000-0002-8952-0832

[3] Acadêmica de Medicina do Centro Universitário de Mineiros, Goiás, Brasil | vitoriasalves.9@hotmail.com | https://orcid.org/0000-0002-3041-9406

Resumo: Introdução: O nascimento e o trabalho de parto trazem o desafio de pensar em múltiplos aspectos com a finalidade de integração das avaliações médicas objetivas para a imprescindível segurança da mãe e do recém-nascido com as perspectivas subjetivas, não menos importantes, sobre os significados que cada mulher atribui à experiência do nascimento. Assim, há a importância do conhecimento técnico científico que, idealmente, precisa estar lado a lado com os aspectos emocionais. Desse modo, essa perspectiva definiu a realização do presente estudo que visa avaliar o impacto do parto humanizado em parturientes de um hospital público. **Objetivos:** Avaliar o impacto de práticas de atenção humanizada em parturientes em um hospital público pelo olhar de uma médica residente em sua formação profissional. **Métodos**: Avaliação qualitativa de questionários semiestruturados aplicados em mulheres submetidas a parto normal humanizado, atendidas em hospital público, cuja análise de dado será feita utilizando a técnica de Bardin. **Conclusões:** Os dados do trabalho visam estimular os profissionais de saúde a terem um olhar humanizado diante do trabalho de parto e que as boas práticas de parto normal devem ser rotina no serviço.

Palavras-chave: Parto humanizado; Parto normal; Trabalho de parto; Humanização da Assistência.

The Impact of Humanized Children on Parturients in a Public Hospital

Abstract: Introduction: Birth and labor bring the challenge of thinking about multiple aspects in order to integrate medical standards for the essential safety of the mother and newborn with the subjective perspectives, not less important, by the meanings each woman attributes to the experience of birth. This way there is the importance of technical scientific knowledge, which, ideally, needs to be side by side with the emotional aspects. This perspective defined this study, which aims to evaluate the impact of humanized childbirth on parturient in a public hospital. **Goals**: To evaluate the impact of humanized practices on pregnant women in a public hospital through the eyes of a medical resident in her professional training. **Methods**: Qualitative evaluation of semi-structured questionnaires applied to women submitted to normal humanized delivery, attended at a public hospital, whose data will be analyzed using the Bardin technique. **Conclusions**: The work data aim to encourage health professionals to have a humanized view of labor and practice it as a routine of normal childbirth at the public hospital.

Keywords: Humanized Delivery; Natural Childbirth; Labor; Humanization of Assistance.

1. Introdução

A história do parto mostra como as perspectivas no campo da Obstetrícia acompanharam as mudanças nas evidências científicas e como consequência, recentemente, o resgate do protagonismo da mulher no seu parto (Reis *et al*, 2017).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.270-274

A mulher que tinha sido sempre a figura principal do parto passou a dividir essa função com o médico cirurgião e a cesariana, afastando cada vez mais o saber feminino sobre a fisiologia do parto e levando a crer que o conhecimento técnico e científico era a única fonte de conhecimento. Ao final do século XVIII, a cesariana não configurava mais a mortalidade materna como desfecho recorrente e passou a ser aplicada de forma epidêmica. A assistência ao parto tornou-se medicalizada e institucionalizada e essa inversão de protagonismo perdurou, até que, ao final dos anos 80 a crítica do modelo hegemônico hospitalocêntrico de atenção ao parto e ao nascimento toma seu lugar e proporciona à Obstetrícia discussões baseadas em evidências científicas para a retomada do protagonismo da mulher, a parturiente (Petruce, 2017).

A Organização Mundial de Saúde (OMS,1985) publicou recomendações ao parto vaginal que incluem: incentivo ao parto vaginal, ao aleitamento materno no pós-parto imediato, ao alojamento conjunto (binômio mãe e filho), à presença do pai ou outro acompanhante no processo do parto (de livre escolha da paciente), à atuação de enfermeiras obstétricas na atenção aos partos, clampeamento oportuno do cordão e contato pele a pele durante a primeira hora do nascimento. Essa publicação recomenda, também, a modificação de rotinas hospitalares consideradas como desnecessárias e geradoras de risco, custos adicionais e excessivamente intervencionistas no que tange ao parto, como: episiotomia, amniotomia, enteróclise (enema), tricotomia e, particularmente, parto cirúrgico tipo fórceps ou cesáreas (OMS,1985).

Já o Ministério da Saúde do Brasil, por sua vez, em 2000 decretou por meio da Portaria/GM n. nº 569, O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Essa portaria tem como objetivo concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal registradas no país; adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal; na perspectiva dos direitos de cidadania (Ministério da Saúde, 2000).

Desse modo, o Ministério da Saúde dispõe que a humanização siga dois princípios, o primeiro, relacionado ao dever das unidades de saúde de receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Para que isso ocorra, há a necessidade de atitude proativa, ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição com a finalidade de criar um ambiente acolhedor e diminuir o isolamento que talvez possa ser imposto à mulher. O segundo refere-se à adoção de medidas baseadas em evidências com procedimentos benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que tradicionalmente foram realizadas sem beneficiar a mulher e o recém-nascido, muitas vezes acarretando maiores riscos para ambos pela incredulidade na potência feminina e o parto (Ministério da Saúde, 2000 e OMS, 1996).

Assim, a retomada do espaço do parto pela mulher é um reflexo das políticas de equidade e a busca - ainda em curso - pela igualdade de gênero e as mudanças em diferentes direções, sociais, antropológicas, políticas e familiares que constituem o fluxo da evolução e da renovação do papel e a liberdade da mulher. A liberação de aspectos reprimidos da sexualidade feminina deu-se em paralelo com a ampliação dos conhecimentos sobre a fisiologia do parto, desfazendo mitos e orientando novos procedimentos obstétricos (Bio, E. 2015 e Trapani, A 2018).

Nesse sentido, o nascimento e o trabalho de parto, trazem para o contemporâneo o desafio de pensar em diferentes aspectos com a finalidade de integração: as avaliações médicas objetivas para a imprescindível segurança da mãe e do recém-nascido e as perspectivas subjetivas, não menos importantes, sobre os significados que cada mulher atribui à experiência do nascimento; o conhecimento técnico científico lado a lado com os aspectos emocionais de quem traz vida ao mundo, de quem pare (Bio, E. 2015).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.270-274

Desse modo, a perspectiva humanizada do parto e nascimento, despertou na pesquisadora o desejo de avaliar esse momento único e simbólico da vida da mulher durante o atendimento das parturientes de um hospital público, como forma de propagar essa conduta a outros profissionais e dinamizar o protagonismo do trabalho de parto e parto para a mulher.

2. Questões Norteadoras

A pesquisadora é residente médica do segundo ano de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia de um hospital público no Distrito Federal e, em sua prática obstétrica durante o atendimento de pacientes em trabalho de parto, percebeu a necessidade de reforçar a importância do protagonismo da mulher durante esse momento e que o caminho da avaliação qualitativa sobre o impacto do parto humanizado nas parturientes do hospital seria a melhor opção.

A possibilidade entremeada aos objetivos secundários do TCC da pesquisadora de ampliar a prática à todos os profissionais, atualizando o cenário obstétrico através das evidências científicas, integrar a equipe composta por enfermeiras (os) e médicas (os) obstetras, promover a escuta da ativa das mulheres avaliadas e garantir o parto humanizado contribuíram também como questões norteadoras.

3. Metodologia

O estudo é uma nota prévia, que fará parte do trabalho de conclusão de curso da pesquisadora e referir-se-á a avaliação qualitativa de mulheres que tiveram parto vaginal com assistência humanizada em um hospital público da secretaria de Saúde do Distrito Federal, investigando o impacto dessa prática através de questionários semiestruturados. O hospital em questão possui centro obstétrico e maternidade próprios, média de 238 partos por mês e conta com a residência médica de Ginecologia e Obstetrícia e a residência de Enfermagem Obstétrica, totalizando 15 residentes no cenário, implicando práticas atualizadas e essencialmente baseadas em evidências científicas o que inclui a assistência humanizada ao parto.

O projeto de pesquisa foi aceito pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o CAAE de número 44557121.2.0000.5553.

4. Resultados

A busca pelo benefício da assistência humanizada durante o trabalho de parto e parto observadas pelos dados da pesquisa, poderá servir de subsídio para que mais profissionais que lidam diretamente com essa prática, além dos próprios gestores do hospital, sejam instigados a promover mudanças necessárias no cenário das parturientes, reforçando e reconhecendo a importância da aplicação dessas medidas.

Além disso, esse estudo poderá permitir, ainda, reflexões sobre o cuidado fornecido a essas pacientes, buscando modos de cuidar que contribuam para o seu protagonismo desde a admissão no centro obstétrico até a alta da maternidade, respeitando e dando voz para as escolhas da mulher; valorizando as singularidades de cada uma. Associado a isso, poderá ocorrer a formulação de estratégias para a assistência humanizada a todas as pacientes que passarem pelo Centro Obstétrico desse hospital público.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.270-274

5. Discussão

Os questionários contam com perguntas subjetivas, com objetivo de trazer com palavras próprias da mulher avaliada e retratando da forma mais fidedigna possível sobre o que ela acha ser o conceito de um parto humanizado; o que representou a presença do RN na primeira hora do parto com ela; o significado da assistência vivida e a presença do acompanhante de escolha. De forma complementar, outras três questões subjetivas que traçam o perfil da paciente avaliada, como sua idade, paridade e tipo dos partos anteriores. Há também as perguntas objetivas que foram construídas através das evidências de boas práticas que possibilitam a humanização e protagonismo da mulher durante o parto. Essas perguntas conferem possíveis variantes que podem interferir antes, durante ou após o parto e são imprescindíveis para avaliação global deste momento ímpar avaliado. São perguntas com duas opções de resposta, afirmativa ou negativa, sobre planejamento e aceitação da gestação; visita à maternidade durante o pré-natal; se a paciente considerou que o parto foi humanizado; se teve acompanhante de sua escolha; contato pele a pele com o recém-nascido; clampeamento oportuno do cordão; escolha de posições e se ela se sentiu como protagonista durante o parto. Totalizando dezesseis perguntas que possuem a finalidade de avaliar o impacto do parto humanizado na paciente que teve passagem pelo Centro Obstétrico de um Hospital público do Distrito Federal.

Após a resposta dos questionários, a análise de conteúdo será feita pela técnica de Bardin, que consiste na orientação e a organização da análise; codificação; categorização; tratamento dos resultados, inferência e a interpretação dos resultados. A organização da análise é desenvolvida para sistematizar as ideias iniciais colocadas pelo questionário e estabelecer indicadores para a interpretação das informações coletadas, compreendendo a leitura geral do material. A exploração do material consiste na construção de categorias de análise. A técnica de Bardin define codificação como a transformação, através dos dados colhidos em agregação, com base em regras para que as características sejam agrupadas e possam ser interpretadas de acordo com os assuntos colhidos do conteúdo principal (Silva, A. 2015).

Após a coleta dos questionários durante o período de maio de 2021 a março de 2022; com posterior análise e interpretação, o material completo constituirá o trabalho de conclusão de curso (TCC) da pesquisadora.

Assim, o texto das entrevistas é recortado em unidades de registro (palavras e frases), agrupadas tematicamente em categorias iniciais, intermediárias e finais, as quais possibilitam as inferências. Por meio desse método inferencial, procura-se não apenas compreender o sentido da fala dos entrevistados, mas também informações que vem através ou junto da mensagem. E por fim o tratamento dos resultados que consiste em captar os conteúdos contidos em todo o material coletado (Silva, A. 2015).

6. Conclusão

A assistência humanizada ao parto deve ser reconhecida como a melhor prática durante o trabalho de parto com uma técnica baseada em evidências científicas, de alto padrão de qualidade, seguindo os protocolos do Ministério da Saúde para beneficiar a mulher, que representa a protagonista do seu parto.

Essa pesquisa possibilitará a identificação de dois temas que norteiam o projeto de TCC da pesquisadora: o processo de humanização da assistência ao parto e sua aplicação na prática dos cenários da Residência Médica. Nesse sentido, a atenção, a sensibilidade e o cuidado dos profissionais são elementos essenciais para garantir o acompanhamento do parto de forma segura e prazerosa à mulher.

Diante da perspectiva da pesquisadora no que refere a formação médica em Ginecologia e Obstetrícia, a junção dos aspectos humanísticos aos científicos, caracteriza o processo de mudança que se vivencia atualmente e culmina com as Novas Diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.270-274

Sabe-se que o processo de humanização da assistência ao parto é amplo e a avaliação das concepções sobre esse processo por parte das pacientes, do corpo clínico no Centro Obstétrico é de extrema valia para uma melhor compreensão dessa assistência e seus benefícios.

Aliado a tudo isso, essa reflexão traz a importância da assistência humanizada ao parto e a recuperação do protagonismo da mulher nesse momento único da sua vida.

7. Referências

BARROS LP et al. (2015) O Parto Humanizado e o seu Impacto na Assistência a saúde. Anápolis: Revista Educação em Saúde.

Bio, E. (2015) O corpo no trabalho de parto: o resgate do processo natural do Nascimento. (1ª edição) São Paulo: Summus

CONITEC. (2016). Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal: relatório. Brasília: Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.

Dodou, Hilana Dayana, Rodrigues, Dafne Paiva, Guerreiro, Eryjosy Marculino, Guedes, Maria Vilani Cavalcante, Lago, Pamela Nery do, & Mesquita, Nayara Sousa de. (2014). A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. *Escola Anna Nery*, *18*(2), 262-269.

Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 569 (2000). Institui o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, no âmbito do sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil.

Organização Mundial da Saúde (OMS). (1996). Maternidade segura: assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra.

Petrucce, LF et al. (2017). Humanização no atendimento ao parto baseado em evidências. Revista Femina.

Pinheiro, Bruna Cardoso, & Bittar, Cléria Maria Lôbo. (2013). Expectativas, percepções e experiências sobre o parto normal: relato de um grupo de mulheres. *Fractal: Revista de Psicologia*, *25*(3), 585-602.

Rebello, Maria Tereza Maia Penido, & Rodrigues Neto, João Felício. (2012). A humanização da assistência ao parto na percepção de estudantes de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, *36*(2), 188-197.

Reis TLR, Padoin SMM, Toebe TFP, Paula CC, Quadros JS. Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura. Rev Gaúcha Enferm. 2017 mar;38(1):e64677.

Silva, A., & Fossá, M. (2015). Análise De Conteúdo: Exemplo De Aplicação Da Técnica Para Análise De Dados Qualitativos. *Qualitas Revista Eletrônica, 16*(1).

Steibel JA, Trapani A Jr. Assistência aos quatro períodos do parto de risco habitual. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Obstetrícia, no. 101/ Comissão Nacional Especializada em Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério).

Trapani, A. (2018). Assistência ao nascimento baseado em evidências e no respeito. https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/625-assistencia-ao-nascimento-baseado-em-evidencias-e-no-respeito

WHO recommendations. (2018) Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.270-274

Vídeos sobre Covid-19 para Pessoas com Deficiência: Contribuições da análise à luz da Teoria Cognitiva de Aprendizagem Multimídia

Milena Silva Costa[1], Evanira Rodrigues Maia[1,2], Maria Rosilene Cândido Moreira[1], Andreia Chaves Farias[3], Joseph Dimas de Oliveira[2], Antonio Germane Alves Pinto[2]

[1]Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Cariri, Barbalha, Ceará, Brasil **|** milena.costa@ufca.edu.br; rosilene.moreira@ufca.edu.br **|** https://orcid.org/0000-0001-5251-1927; https://orcid.org/0000-0002-9821-1935

[2]Departamento de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri, Crato, Ceará, Brasil **|** evaniramaia@gmail.com; joseph.oliveira@urca.br; germane.pinto@urca.br **|** https://orcid.org/0000-0001-9377-7430; https://orcid.org/ 0000-0001-8105-4286; https://orcid.org/0000-0002-4897-1178

[3]Secretaria Municipal de Saúde de Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil **|** andreiacf32@gmail.com **|** https://orcid.org/0000-0002-1415-6941

Resumo: Introdução: A divulgação de vídeos sobre proteção e prevenção contra a Covid-19 para pessoas com deficiência pode gerar benefícios no sentido de mitigar os casos da doença nesse público. **Objetivo**: Analisar vídeos divulgados pelas instituições governamentais relacionados à proteção e prevenção da Covid-19 para pessoas com deficiência, à luz da Teoria Cognitiva de Aprendizagem Multimídia. **Métodos:** Estudo documental, qualitativo, mediante acesso aos sites oficiais das instituições governamentais brasileiras e plataforma de compartilhamentos de vídeos YouTube. **Resultados**: Foram produzidos 33 vídeos por essas instituições durante o primeiro ano da pandemia, cujos conteúdos apresentaram linguagem compreensível, cores nítidas e variadas, desprovidas de figuras ou animações. O intérprete de Libras se fez presente em 29 vídeos e em um vídeo houve audiodescrição das imagens. Em 25 vídeos havia legenda em português. Os princípios da Teoria Cognitiva de Aprendizagem Multimídia (TCAM) se fizeram presentes. Os conteúdos eram sobre medidas protetivas da Covid-19, por meio de criação de programas, projetos e serviços que beneficiaram pessoas com deficiência em situação de vulnerabilidade social e econômica, mobilidade no trânsito e projetos para inserção e manutenção delas no mercado de trabalho. Os vídeos abordaram medidas preventivas à Covid-19, como a lavagem das mãos, etiqueta respiratória, uso da máscara, higienização dos equipamentos de apoio, recomendações para os cuidadores/familiares e os serviços disponíveis para suporte. **Conclusões**: Os princípios da TCAM contribuíram de forma satisfatória nos materiais visuais publicados acerca da Covid-19 para as pessoas com deficiência, porém, esta modalidade de comunicação necessita de um maior alcance ao público interessado.

Palavras-chave: Infecções por Coronavírus; Pessoas com Deficiência; Prevenção de Doenças; Webcast.

Videos about Covid-19 for People with Disabilities: Contributions of the analysis in the light of the Cognitive Theory of Multimedia Learning

Abstract. Introduction: The dissemination of videos based on protection and prevention against Covid-19 for people with disabilities can generate benefits in the sense of mitigating cases of the disease in this public. **Objective:** Analyze videos released by government institutions related to the protection and prevention of Covid-19 in people with disabilities, under Cognitive Theory of Multimedia Learning perspective. **Methods:** Documentary study, through access to the official websites of Brazilian government institutions and YouTube video sharing platform. **Results:** It were produced 33 videos by government institutions during the first year of the pandemic. They had understandable language, good quality visuals effects, clear and varied colors, with no virtual figures or animations. The Libras interpreter was present in 29 videos and a video presented audio description of the images. In 25 videos there was subtitles in Portuguese. The principles of Cognitive Theory of Multimedia Learning were present. The contents were about the protective measures of Covid-19, through the creation of programs, projects and services that benefited people with disabilities in situations of social and economic vulnerability, mobility in traffic and projects for their insertion and maintenance in the labor market. . The videos also covered the preventive measures for Covid-19, such as hand washing, respiratory label, wearing a mask, cleaning support equipment, recommendations for caregivers / family members and the services available for support. **Conclusions**: The TCAM principles have contributed satisfactorily to the visual materials published about Covid-19 for people with disabilities, however, this type of communication requires greater reach to the interested public.

Keywords: Coronavirus Infections; Disabled Persons; Prevention of Disease; Webcast.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.275-283

1. Introdução

A pandemia da Covid-19 causada pelo Coronaviridae (SARS-CoV-2) impacta social, economicamente e na saúde pela velocidade da transmissão, número de acometidos e óbitos. Cepas mais virulentas, destacam o Brasil na disseminação da doença, agravada pelo baixo acesso à vacina e falta de coordenação do governo federal frente à prevenção e controle da doença (Garcia, & Duarte, 2020).

A pandemia impôs ao poder executivo brasileiro emissão de documentos e produção de conteúdo para orientação preventiva e comunicação para diversos públicos, como pessoas com deficiência (PcD), que apresentam vulnerabilidades específicas.

Informação é medida eficaz para aquisição do conhecimento e exercício dos cuidados preventivos à Covid-19. Tecnologias utilizadas para educação em saúde devem considerar a singularidade das pessoa (Sá et al, 2020). Tecnologias na divulgação científica utilizam imagens paradas (fotografias, desenhos, ilustrações e grafittis) ou em movimento (vídeos, filmes, videoclipes e comerciais publicitários). Os vídeos apresentam maior potencialidade por conjugarem diferentes elementos como imagem em movimento, som, luz e ação (Rose, 2008).

Vídeos disponíveis *online* são tecnologias de educação e promoção da saúde inclusivas que potencializam o cuidado, por dispor de imagens, animações e/ou sonoplastia, tornando-os atrativos e dinâmicos, despertando interesse pelo aprendizado (Galindo Neto et al, 2019). Tornam-se ferramenta de proteção à saúde, utilizadas pelos governos para garantir regulação dos determinantes de saúde da população (Seta, Oliveira, & Pepe, 2017). Constituem forma de prevenção que impedem ocorrência das doenças (Rouquayrol, 2017).

Vídeos sobre proteção e prevenção da Covid-19, destinados às PcD, podem gerar conhecimento para mitigar casos pela adotação de medidas por cuidadores/familiares; possibilitar empoderamento e acesso a informação às pessoas sem limitações cognitivas; e, auxiliar tomada de decisão de profissionais da saúde e cuidadores junto a PcD na pandemia.

Objetiva-se analisar vídeos divulgados pelas esferas do executivo na proteção e prevenção da Covid-19 entre PcD, à luz da Teoria Cognitiva de Aprendizagem Multimídia.

2. Metodologia

Estudo qualitativo, documental, mediante acesso aos sites oficiais dos governos do poder executivo brasileiro.

Selecionaram-se vídeos publicados de janeiro de 2020 a fevereiro de 2021, com produção de conteúdos governamentais disponíveis nos sites oficiais e plataforma de compartilhamentos de vídeos YouTube, que continham informações sobre medidas protetivas e/ou preventivas da Covid-19 destinados à PcD, contabilizados uma única vez. Realizou-se seleção, classificação, interpretação e codificação dos conteúdos por dois pesquisadores com formação em necessidades especiais e linguagens, que acessaram os sites em dias e locais distintos, para averiguar as compatibilidades.

Utilizou-se check-list com itens: esfera governamental da publicação do vídeo, mês e ano da postagem, disponibilidade na plataforma do YouTube para averiguar repetição, quantidade de visualizações, linguagem adotada, qualidade de recursos visuais, cores das imagens, animações, sonoplastia, tipos de narração e narradores, presença e sexo do Intérprete de Libras, presença e características de legenda em português, audiodescrição das imagens, duração, classificação, título e conteúdo dos vídeos.

O referencial teórico foi a Teoria Cognitiva da Aprendizagem Multimídia (TCAM), a qual explicita que informações multimídias por imagens, palavras narradas ou textuais, animações ou filmes ficam armazenadam na memória de longo prazo do receptor (Almeida et al, 2014).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.275-283

Os 12 princípios da Teoria orientam o planejamento e criação de multimídias para apoiar a compreensão de vídeos como forma de aprendizagem: Coerência (exclusão de imagens, palavras e sons dispensáveis); Sinalização (presença de sinais que direcionem a atenção); Redundância (uso de animação e narração ao invés de animação, narração e legenda); Contiguidade espacial (palavras e imagens correspondentes aparecem espacialmente próximas); Contiguidade temporal (palavras e imagens correspondentes aparecem ao mesmo tempo); Segmentação (informação em blocos); Pré-treinamento (apresentação geral do conteúdo antes dos detalhes); Modalidade (animação e narração ao invés de animação e texto escrito); Multimídia (uso de palavras e imagens ao invés de apenas palavras); Personalização (palavras em estilo conversacional, ao invés de estilo formal); Voz (narração com voz humana); Imagem (imagem do narrador não é imprescindível) (Sá et al, 2020).

Após transcrição, realizou-se pré-análise por leituras dos conteúdos, para apreensão temática. Na exploração do material, codificaram-se dados brutos e transformou-se em informações significativas originando unidades de registro. Na análise temática, os núcleos de sentido foram gerados, considerando aparição e repetição (Bardin, 2016). Os núcleos reunidos por aproximação de significados constituíram categorias de análise, sobre medidas protetivas e preventivas da Covid-19 em PcD. As categorias foram discutidas e argumentadas com base na literatura.

Cumpriu-se preceitos éticos em pesquisa, Resolução 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, por vídeos analisados de domínio público.

3. Resultados

Encontraram-se 33 vídeos, 13 da esfera federal, 14 estaduais e seis municipais, publicados de março de 2020 a fevereiro de 2021; concentrados nos meses de abril (nove), julho (nove) e março de 2020 (cinco) em estados do Sudeste. 26 disponíveis no site oficial das instituições governamentais e YouTube; 21 vídeos registraram até 500 visualizações e os demais até 44 mil, apenas um vídeo atingiu essa marca.

Os vídeos apresentavam linguagem compreensível, recursos visuais acessíveis, cores nítidas e variadas, com ausência de figuras ou animações. No início de 11 vídeos havia sonoplastia. Em 22 vídeos, apenas uma pessoa discursava o tema. Em um vídeo o conteúdo foi relatado exclusivamente em Libras. Seis vídeos mostravam adultos com deficiência, os demais continham imagens de adultos ou idosos sem deficiência.

Intérprete de Libras presente em 29 vídeos, sendo 20 do sexo masculino. Um vídeo apresentou audiodescrição das imagens para a compreensão das PcD visual. 25 vídeos com legenda em português, tamanhos de letras acessíveis na cor branca, dispostas na parte inferior e plano de fundo preto. Duração de até três horas, concentrados entre 1 a 20 minutos (26 vídeos).

Observou-se planejamento adequado na efetividade cognitiva ao público alvo. Os princípios da TCAM estavam presentes: *coerência* quando utilizou-se conteúdo visual e sonoro em conformidade as necessidades das PcD; *sinalização* quando informações sobre as medidas preventivas à Covid-19 foram destacadas em cores e entonação da voz do narrador; *redundância* e *modalidade* foram parcialmente atendidos. 32 vídeos tinham narração, nove não apresentavam legendas, um vídeo apresentou conteúdo escrito. Nenhum adotou animação para apresentar o assunto. Os princípios da *contiguidade espacial* e *temporal* evidenciaram-se em 23 vídeos.

O princípio da *segmentação* estava em oito vídeos, contendo os cuidados preventivos por tipo de deficiência apresentados em blocos. Utilizou-se o princípio do *pré-treinamento* com apresentação geral do conteúdo antes dos detalhes. O princípio *multimídia* foi atendido no uso de imagens e narração.

O princípio da *personalização* e da *voz* atendidos na linguagem compreensível e acessível às PcD. O princípio da *imagem* foi aplicado em um vídeo, sem expor a imagem do narrador.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.275-283

Os 29 vídeos explicativos, os dois vídeos de notícias e duas lives tratavam de conteúdos educativos (17 vídeos) e informativos (16 vídeos) sobre proteção (13 vídeos) e prevenção (20 vídeos) da Covid-19 entre PcD, constituindo duas categorias: *Medidas Protetivas e Medidas Preventivas da Covid-19 em PcD.*

1.1 Medidas Protetivas da Covid-19 em PcD

O Quadro 1 apresenta período de divulgação, títulos e trechos dos conteúdos de 13 vídeos publicados em 2020.

Quadro 1. Medidas Protetivas da Covid-19 em Pessoas com Deficiência. Brasil, 2021.

Mês/Ano de Divulgação	Título do Vídeo	Trechos do Conteúdo do Vídeo
Março/2020	Comunicado SEDPcD-SP – Covid-19	*A Secretaria de Estado dos Direitos da PcD informa que os programas, atividades e eventos agendados em suas dependências estão suspensos devido a pandemia [...].*
Março/2020	Coletiva de Imprensa – Covid-19 - 19/03/2020	*Recomenda que as pessoas priorizem e protejam as pessoas de mais idade e aquelas que têm doenças crônicas e deficiência, mantendo-as em casa [...].*
Abril/2020	Comunicado SPTrans – Coronavírus	*A renovação do Bilhete Único Especial para PcD, com prazo de validade nesse período de quarentena será ampliada automaticamente por até 90 dias, sem necessidade de solicitação ou apresentação de novos laudos.*
Abril/2020	Recomendações do Governador João Doria durante Coletiva de Imprensa	*Recomendação para as pessoas ficarem em casa, principalmente os idosos, as PcD e as que tenham comorbidades que não estejam hospitalizadas.*
Abril/2020	Pronunciamento do prefeito Bruno Covas sobre as ações da Prefeitura de São Paulo para PcD em tempos de pandemia.	*[...] a Prefeitura de São Paulo criou um Centro Temporário de Abrigamento (CTA) para população em situação de rua com algum tipo de deficiência[...]. O Programa "São Paulo Cidade Solidária" tem distribuído alimento e recolhido doações para as famílias que tenham PcD e de baixa renda que mereçam essa atenção especial. A Secretaria Municipal da PcD abriu edital para selecionar até 20 projetos que possam criar inclusão e acessibilidade [...].*
Abril/2020	Auxílio emergencial - Passo a passo	*[...] Para acesso ao auxílio emergencial, a PcD tem que ser maior de idade, não ter emprego formal[...].*
Abril/2020	Acessibilidade é o foco da Secretaria Nacional dos Direitos da PcD na pandemia	*[...] Garantir a acessibilidade tem sido um dos maiores desafios do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos na crise da pandemia [...].*
Junho/2020	SEDPcD-SP luta pela inclusão de todos, mesmo em meio à pandemia o trabalho continua	*[...] Com a pandemia, o curso de Libras está sendo ofertado com o sistema EAD; o Centro de Informação à PcD, que atende nas estações do metrô está digital; o Programa Meu Emprego Trabalho Inclusivo através do portal, continua para capacitação e colocação de PcD no mercado de trabalho. O Programa Todas In-Rede foi criado com o objetivo de dar empoderamento e emancipação das mulheres com deficiência, cuidando e protegendo-as contra violência. Está acontecendo reabilitação por teleatendimento.*
Julho/2020	Plano garante direitos de PcD e doenças raras contra Covid-19	*O Governo Federal pretende diminuir o impacto da pandemia na vida das PcD e doenças raras. A intenção é dar condições para que elas se protejam e tenham garantido seus direitos. Está previsto o lançamento de uma plataforma para registro de dados sobre doenças raras e sobre estudantes com deficiência [...]. O Programa Pátria Voluntária é parceira do Plano de Contingência, já que vai complementar a ajuda para as PcD fornecendo alimentos aos que mais precisam e cursos de capacitação para ingressar no mercado de trabalho.*

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.275-283

Mês/Ano de Divulgação	Título do Vídeo	Trechos do Conteúdo do Vídeo
Julho/2020	Governo Federal lança plano para diminuir impacto da pandemia na vida de PcD	*[...] a Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos lançou o aplicativo para celulares, site com acessibilidade, serviços como chat pelo Telegram e atendimento em Libras, para aumentar a acessibilidade ao Disque 100 e 180 [...].*
Setembro /2020	PcD são atendidas com exclusividade no Centro de Triagem	*[...] Todos os pacientes com deficiência realizaram o teste para Covid-19, receberam lanches, kit com álcool gel e máscaras, cestas básicas e kits de limpeza.*
Setembro /2020	Campanha "Eu respeito!" pede mais empatia em relação às PcD	*[...] Eu respeito as vagas para as PcD, a educação e o trabalho inclusivo. Respeito as PcD e com doenças raras.*
Dezembro /2020	Inclusão de PcD no mercado de trabalho no contexto da Covid-19	*[...] A Lei 14.020 trouxe uma garantia provisória de empregos para trabalhadores com deficiência até o final da pandemia. Nenhum trabalhador com deficiência pode ser desligado sem justa causa [...].*

1.2 Medidas Preventivas da Covid-19 em PcD

No Quadro 2, apresenta-se medidas para reduzir exposição das PcD à Covid-19.

Quadro 2

Mês/Ano de Divulgação	Título do Vídeo	Trechos do Conteúdo do Vídeo
Março/2020	Nota técnica	*[...] Para o grupo de risco das PcD severa, as medidas devem ser reforçadas, como higienização frequente das mãos, "etiqueta respiratória", usar máscara, distanciamento social, evitar aglomerações [...].*
Março/2020	Covid-19 - Como Agir	*Se a PcD estiver com sintomas de gripe ou resfriado comum, mas com bom estado de saúde geral, deve permanecer isolado por 14 dias para evitar transmissão. Se houver piora dos sintomas, procurar avaliação médica.*
Março/2020	CORONAVÍRUS: Confira dicas de higienização para PcD	*[...] as pessoas que utilizam a órtese ou uma prótese, é necessário fazer a limpeza usando o álcool 70%. [...] Não compartilhe batom [...]. Ao pegar transporte seria importante que não seja em horário de pico[...].*
Abril/2020	Medidas importantes para PcD	*A Secretaria de Estado dos Direitos da PcD informa as principais medidas: indicação dos hospitais para tratamento de casos graves, funcionamento dos serviços públicos, campanha de vacinação contra a gripe [...].*
Abril/2020	Informação como ferramenta de inclusão – Covid 19	*[...] foi produzida uma nota técnica com recomendações ao público com deficiências, cuidadores e familiares [...].*
Abril/2020	Orientações e prevenção - Covid-19	*[...]Deve-se consultar a cartilha elaborada pela Secretaria Nacional de Direitos da PcD [...]*
Abril/2020	Nota técnica em Libras: cuidados de proteção e prevenção ao novo coronavírus para as PcD	*[...] As PcD que vivem em residências inclusivas, casas geriátricas ou instituições de longa permanência e os trabalhadores destas, devem seguir todo o protocolo de medidas preventivas a covid-19 [...].*
Maio/2020	Nota Técnica traz recomendações às PcD	*[...]A PcD ao ter contato com outras pessoas na rua, lavar o rosto com água e sabão. Deve-se evitar levar as mãos aos olhos, nariz e boca, pois são locais de alta contaminação. [...]*
Maio/2020	Conheça os cuidados voltados a PcD durante a pandemia	*[...]Pessoas que são autistas precisam receber cuidados e ser orientadas de como lavar as mãos, de como deve comer. Deficiente físico precisa higienizar as mãos, a cadeira de rodas, a bengala [...].*
Maio/2020	A Organização do cuidado dos idosos em ILPI e das PcD nas Unidades de Acolhimento durante a pandemia provocada pelo novo coronavírus	*[...] As recomendações às instituições e cuidadores são: orientar as PcD quanto ao risco de contaminação pelo novo coronavírus, por meio de comunicação fácil e compreensível, resguardando seu grau de cognição e compreensão [...].*

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.275-283

Mês/Ano de Divulgação	Título do Vídeo	Trechos do Conteúdo do Vídeo
Junho/2020	Máscaras adaptadas para leitura labial - Prefeitura de São Paulo	*[...] Foram feitas diversas tentativas para produzir uma máscara de tecido com visor labial. Com ela, a gente consegue ver a pessoa articular e entende melhor [...].*
Julho/2020	Cartilha em Libras sobre a Covid-19 para PcD	*Coronavírus causa infecção respiratória habitualmente benigna, que pode ser mais grave em pessoas idosas, doentes crônicos ou com deficiência severa [...].*
Julho/2020	Confira orientações sobre Covid19 para pessoas cegas ou com baixa visão	*[...] A higienização de óculos e lentes deve ser incorporada aos hábitos. Quando aceitar ajuda de pessoas na rua, não pegue no cotovelo, porque a recomendação é tossir e espirrar no antebraço [...]. Pacientes com doenças oculares devem evitar o contágio, pois pode ocasionar o agravamento da doença em pessoas com baixa visão.*
Julho/2020	Cuidado à pessoa com mobilidade reduzida no contexto da Covid-19	*[...]Pessoas que utilizam órtese, prótese, meios auxiliares de locomoção como muletas, bengalas, andadores, cadeira de rodas ou outros dispositivos devem estar atentas a limpeza e desinfecção frequente de seus equipamentos [...].*
Julho/2020	Cuidado à PcD auditiva no contexto da Covid-19;	*[...] É importante manter a higienização dos dispositivos auditivos e do molde auricular. A limpeza com água e sabão, produtos de limpeza e álcool em gel 70% podem danificar o aparelho. Deve seguir as orientações do profissional de saúde que prescreveu o equipamento e do manual do dispositivo [...].*
Julho/2020	Cuidado à PcD visual no contexto da Covid-19	*[...] Recomenda-se manter uma rotina de higienização do cão-guia, sobretudo em suas patas. [...]A comunicação pode se dar pelo Método TADOMA, no qual o surdocego coloca as mãos sobre a boca e pescoço do intérprete sentindo a vibração da voz e os movimentos orofaciais do interlocutor. Para o TADOMA, além da limpeza das mãos, é necessário atentar para a higiene do rosto e do pescoço [...].*
Julho/2020	Cuidado à pessoa com limitações na comunicação no contexto da Covid-19	*[...] Explicar o que é Covid-19 explorando desenhos, ilustrações e filmes, dentro do nível de compreensão de cada PcD cognitiva, seja criança, adolescente ou adulto.*
Julho/2020	Cuidado à PcD Intelectual/Transtorno do Espectro Autismo (TEA)/Deficiências Múltiplas no contexto da Covid-19	*[...] É importante o uso de comunicação alternativa por figuras e símbolos, estabelecimentos de códigos de comunicação coerente com as capacidades de resposta e interação de cada PcD intelectual [...].*
Outubro /2020	Pandemia amplia vulnerabilidades de surdos, diz Secretária	*[...]Desde quando começou a pandemia, a maior preocupação em relação às pessoas surdas foi a falta de informação porque elas precisam de acessibilidade comunicacional [...].*
Fevereiro /2021	A vacinação contra a Covid-19 começou	*[...] Já podem se vacinar contra a Covid-19 idosos e PcD que vivem em instituições [...].*

4. Discussão

Nos vídeos criados desde o início da pandemia pelas três esferas de governo, adotou-se estratégias educativas em saúde que visam acessibilidade comunicacional e cumprimento dos dispositivos da Lei Brasileira de Inclusão da PcD (Reichenberger et al, 2020).

Porém, pesquisadores têm criticado ausência de coordenação do governo federal no enfrentamento à pandemia voltado as populações mais vulneráveis como PcD (Ferigato, Fernandez, & Amorim, 2020).

As visualizações dos vídeos foram restritas em relação ao total de PcD no país. Declararam-se PcD, 45,6 milhões de pessoas no censo brasileiro (IBGE, 2010). Figuram como razões a limitação para compreensão do conteúdo dos vídeos devido ao tipo de deficiência, falta de acessibilidade comunicacional, falta de divulgação sobre a produção deles e barreiras linguísticas (Galindo Neto, 2020).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.275-283

É imperativo que produtores de vídeos usem ferramentas adicionais que reduzam as dificuldades vivenciadas pelas PcD e cuidadores/familiares, por meio de linguagem acessível, imagens atrativas e audiodescritivas, cores e som adequados, legendas e presença de intérprete de Libras.

Pesquisa que identificou 37 tradutores-intérpretes de Libras atuando no ensino superior do Brasil, 26 eram do sexo feminino, contrapondo-se ao resultado desse estudo que predominou homens. Tal achado pode relacionar-se a atuação de mulheres na área da educação (Lacerda, & Gurgel, 2011).

A tradução e a interpretação interlinguística e intermodal, como por exemplo, a Libras, é considerada como uma atividade textual, cognitiva e comunicativa consolidada no país, no sentido de sua importância e legalização. O profissional intérprete de Libras pode atuar nos espaços educacionais, políticos, jurídicos, serviços de saúde e em locais que se façam sua necessidade para comunicação com as pessoas surdas (Gomes, & Valadão, 2020). A presença destes nos vídeos é essencial para a educação em saúde das PcD auditiva (Áfio et al, 2016).

A magnitude da Covid-19, direciona olhares de pesquisadores e gestores para buscar medidas de enfrentamento visando reduzir incidência e controlar casos graves (Gurgel et al, 2020). Medidas coletivas prestadas por instituições governamentais foram identificadas no conteúdo dos vídeos.

Adoutou-se estratégias educacionais por meio do ensino remoto e à distância na perspectiva de garantir a continuidade e inclusão aos estudos de PcD (Moreira, Henriques, & Barros, 2020). Medidas de proteção ao trabalho foram ofertadas por programas inclusivos de incentivo ao emprego e cursos de capacitação para ingressar no mercado de trabalho. Destacou-se a publicação da Lei 14.020, que veda desligamento do emprego sem justa causa de PcD, de forma provisória, até o final da pandemia (Brasil, 2020).

Apesar da produção de conteúdo, evidencia-se fragilidade em alguns estados brasileiros quanto a acessibilidade assistencial e física para as PcD na pandemia, por barreiras comunicacionais, instrumentais e metodológicas no acesso de informações preventivas, serviços de saúde e oferta de educação remota (Böck, Gomes, & Beche, 2020).

A aplicação dos princípios da Teoria Cognitiva de Aprendizagem Multimídia possibilitou compreender a disposição e o sentido dos conteúdos dos vídeos, além de sua usabilidade e acessibilidade.

Dentre as medidas preventivas às PcD destacou-se higienização das mãos, etiqueta respiratória, distanciamento social, uso de máscara facial e não compartilhamento de cosméticos e utensílios (Garcia, 2020). Ressalta-se que a Lei nº 14.019/2020 garante flexibilização do uso da máscara para alguns grupos de PcD, como aqueles com transtorno do espectro autista, deficiência intelectual, sensoriais ou outras que as impeçam de fazer seu uso adequado (Brasil, 2020).

A orientação para os equipamentos de apoio à PcD, destacam-se tecnologias assistivas, visando à autonomia, inclusão social e qualidade de vida da pessoa que a utiliza (Massaro, & Deliberato, 2015). Sobre a vacina contra Covid-19, o Ministério da Saúde priorizou, inicialmente, as PcD permanentes e aquelas que vivem em residências inclusivas (Brasil, 2021).

5. Conclusões

Os princípios da TCAM foram contemplados satisfatoriamente nos vídeos publicados na prevenção e proteção da Covid-19 entre PcD. Esta modalidade de comunicação necessita de maior alcance ao público interessado. O estudo apresenta como limite a opção apenas dos sites governamentais, sem incluir comentários ou descrição dos vídeos no processo interpretativo.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.275-283

O enfoque qualitativo da pesquisa com utilização de informações virtuais evidencia potencial educativo para situações cotidianas no cuidado das PcD. As práticas de autocuidado, proteção e comunicação são tematizadas na produção audiovisual analisada. Destaque-se os desafios de estados e municípios na produção de conteúdo sobre Covid-19 para PcD no cenário brasileiro.

6. Referências

Áfio, A.C.E., Carvalho, A.T., Carvalho, L.V., Silva, A.S.R., & Pagliuca, L.M.F. (2016). Avaliação da acessibilidade de tecnologia assistiva para surdos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(5), 833-839. http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690503.

Almeida, R.R., Chaves, A.C.L., Coutinho, F.A., & Araújo Júnior, C.F. (2014). Avaliação de objetos de aprendizagem sobre o sistema digestório com base nos princípios da Teoria Cognitiva de Aprendizagem Multimídia. *Ciência & Educação (Bauru)*, 20(4), 1003-1017. http://dx.doi.org/10.1590/1516-73132014000400015.

Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.

Böck, G.L.K, Gomes, D.M., & Beche, R.C.E. (2020). A experiência da deficiência em tempos de pandemia: acessibilidade e ética do cuidado. *Criar Educação(Criciúma)*, 9(2), 122-142. http://dx.doi.org/10.18616/ce.v9i2.6049

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. (2021). *Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19*. 4ª edição. Brasília, DF.

Brasil. Presidência da República. (2020). *Lei nº 14.019, de 2 de julho de 2020*. Brasília, DF: Diário Oficial da União.

Brasil. Presidência da República. (2020). Lei nº 14.020, de 6 de julho de 2020. *Institui o Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda e dá outras providências*. Brasília, DF: Diário Oficial da União.

Ferigato, S., Fernandez, M., & Amorim, M. (2020). The Brazilian Government's mistakes in responding to the Covid-19 pandemic. *The Lancet*, 396(21), 1636. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32164-4

Galindo Neto, N.M.S, Guilherme, G.M., Pereira, J.C.N., Barbosa, L.U., Barros, L.M, & Caetano, J.Á. (2021). Informações sobre Covid-19 para surdos: análise de vídeos do youtube em língua brasileira de sinais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(Suppl. 1), e20200291. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0291.

Garcia, L.P, & Duarte, E. (2020). Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da Covid-19 no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29(2), e2020222. https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000200009

Garcia, L.P. (2020). Uso de máscara facial para limitar a transmissão da Covid-19. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 29(2), e2020023. https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000200021

Gomes, E.A., & Valadão, M.N. (2020). Tradução e interpretação educacional de Libras-língua portuguesa no ensino superior: desdobramentos de uma atuação. *Trab. linguist. apl*., 59(1), 601-622.https://doi.org/10.1590/01031813636761159120 20

Gurgel, A.M., Santos, C.C.S., Alves, K.P.S, Araújo, J.M., & Leal, V.S. (2020). Estratégias governamentais para a garantia do direito humano à alimentação adequada e saudável no enfrentamento à pandemia de Covid-19 no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(12), 4945-4956. https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.33912020

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). *Censo 2010: dados preliminares*. Brasília: IBGE.

Lacerda, C.B.F., & Gurgel, T.M.A. (2011). Perfil de tradutores-intérpretes de Libras (TILS) que atuam no ensino superior no Brasil. *Rev. bras. educ. espec*., 17(3),481-496. https://doi.org/10.1590/S1413-65382011000300009.

Massaro, M., & Deliberato, D. (2015). Participação da família na confecção de tecnologia assistiva para pessoas com deficiência. *Revista de Ciências da Educação,* 17(32),163-178. https://doi.org/10.19091/reced.v1i32.394

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.275-283

Moreira, J.A.M., Henriques, S, & Barros, D. (2020). Transitando de um ensino remoto emergencial para uma educação digital em rede, em tempos de pandemia. *Dialogia*, 34(1),351-364. https://doi.org/10.5585/Dialogia.N34.17123

Reichenberger, V., Alburquerque, M.S.V., David, R.B., Ramos, V.D., Lyra, T.M., Brito, C.M.M., Köptcke, L.S., & Kuper, H. (2020). O desafio da inclusão de pessoas com deficiência na estratégia de enfrentamento à pandemia de Covid-19 no Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 29(5), e2020770. https://doi.org/10.1590/s1679-49742020000500023.

Rose, D. Análise de imagens em movimento. In: Bauer, M.W, Gaskell, G., organizadores. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. 2a ed. Petrópolis: Vozes; 2008.

Rouquayrol, M.Z., & Gurgel, M. (2017). *Epidemiologia & Saúde*. 8ª edição. Rio de Janeiro: Medbook.

Sá, G.G.M., Santos, A.M.R., Galindo Neto, N.M., Carvalho, K.M., Feitosa, C.D.A, & Mendes, P.N. (2020). Construção e validação de vídeo educativo para idosos acerca dos riscos de queda. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(Suppl. 3), e20200010. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0010.

Seta, M.H.D., Oliveira, C.V.S., & Pepe, V.L.E. (2017). Proteção à saúde no Brasil: o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(10), 3225-3234. http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172210.16672017.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.275-283

Bem-estar em pessoas idosas institucionalizadas durante a pandemia: Uma revisão integrativa

Helga Rafael Henriques[1], Tiago Nascimento[1], Andreia Costa[1], Cândida Durão[1], Mara Pereira Guerreiro[1] e Cristina Baixinho[2]

[1] eduCOVID Project | Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Lisboa, Portugal | hrafael@esel.pt; tnascimento@esel.pt; andreia.costa@esel.pt; candida.durao@esel.pt; mara.guerreiro@esel.pt | https://orcid.org/0000-0003-2946-4485; https://orcid.org/0000-0003-3646-9057; https://orcid.org/0000-0002-2727-4402; https://orcid.org/0000-0002-9465-528; https://orcid.org/0000-0001-8192-6080

[2] eduCOVID Project | Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Lisboa, Portugal | ciTechaCare, Leiria, Portugal | crbaixinho@esel.pt | https://orcid.org/0000-0001-7417-1732

Resumo: **Introdução.** As pessoas idosas residentes em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) são um dos grupos de maior vulnerabilidade na pandemia por COVID-19. As medidas de distanciamento social inerentes à prevenção da COVID-19 poderão influenciar o bem-estar das pessoas institucionalizadas. **Objetivos.** Identificar estudos que permitam compreender o bem-estar das pessoas idosas residentes em ERPI face ao cumprimento das medidas de prevenção e controlo de infeção para a COVID-19; **Métodos.** Revisão integrativa da literatura de acordo com a estratégia PCC (população, conceito e contexto) em que P corresponde às Pessoas idosas sujeitas a medidas de prevenção e controlo de infeção para a COVID-19, C ao Bem-estar e C às ERPI. Foram consultadas as bases de dados MEDLINE, CINAHL, Pubmed, SCOPUS e Web of Science. A colheita de dados decorreu em março de 2021. A pesquisa e seleção dos artigos foram orientadas pela Preferred Reporting Items for Transparent Reporting of Systematic Reviews and Meta-Analyses. A avaliação da qualidade seguiu a Joanna Briggs International. **Resultados.** Foram identificados seis artigos que avaliaram o bem-estar de pessoas idosas institucionalizadas durante a pandemia. Os resultados sugerem que as medidas de prevenção e controle de infeção implementadas em ERPI poderão ter efeitos no bem-estar percecionado pelas pessoas idosas residentes, pela perda de contacto humano e pela perda de espaço de circulação, com declínio cognitivo, perda de capacidade funcional, mal-estar emocional e solidão. **Conclusões.** As medidas de prevenção e controlo implementadas nas ERPI no contexto da pandemia por COVID-19 parecem ter influenciado negativamente o bem-estar das pessoas idosas residentes.

Palavras-chave: Lares; Envelhecimento; Bem-Estar; COVID-19; Controle de Infeção.

Well-Being in Institutionalized Aging People During the Pandemic: An Integrative Review

Abstract: Introduction. Aging people living in nursing homes are one of the most vulnerable groups in the COVID-19 pandemic. The measures for COVID-19 prevention may influence the well-being of institutionalized people. **Goals**. To identify studies that allow us to understand the well-being of aging people living in nursing homes given compliance with the infection prevention and control measures for COVID-19. **Methods**. Integrative literature review according to the PCC strategy (population, concept, and context) in which P corresponds to aging people under the infection prevention and control measures for COVID-19, C is Well-being and C is nursing homes. We consulted MEDLINE, CINAHL, Pubmed, SCOPUS, and Web of Science databases. Data collection took place in March 2021. Preferred Reporting Items for Transparent Reporting of Systematic Reviews and Meta-Analysis guided articles identification and selection. The quality assessment followed Joanna Briggs International's critical appraisal tool. **Results**. We identified six articles as assessed the well-being of institutionalized aging people during the pandemic. The results suggest that infection prevention and control measures implemented in nursing homes may affect the well-being perceived by aging residents. They experience loss of human contact and the loss of space for circulation, with cognitive decline, loss of functional capacity, emotional condition, and loneliness. **Conclusions**. The infection prevention and control measures implemented in nursing homes in the COVID-19 pandemic appear to influence negatively residents' well-being.

Keywords: Nursing Homes; Aging; Well-Being; COVID-19; Infection Control.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.284-294

1. Introdução

Os primeiros casos de Covid-19 surgiram na cidade de Wuhan, na China, no final do ano 2019. Desde então, o mundo assiste a uma pandemia que já afetou mais de 120 milhões de pessoas globalmente e causou 3 milhões de mortos (WHO, 2021). As pessoas idosas, pelas suas condições de saúde e a idade avançada, são o grupo de maior vulnerabilidade, com um risco acrescido de hospitalização e morte, por agravamento da doença (Yanez, Weiss, Romand & Treggiari, 2020).

As Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) são muito permeáveis à presença de surtos por COVID-19, pelo facto de integrar várias pessoas idosas, em que o distanciamento social nem sempre é conseguido, o que se traduz em elevadas taxas de ataque, quer nos residentes, quer nos funcionários (Blain et al., 2020; Vijh et al., 2021).

Para evitar a disseminação do vírus, as ERPI adotaram as medidas recomendadas pelas autoridades de saúde internacionais (WHO, 2020; ECDC, 2021), que incluem o cumprimento do distanciamento social e a implementação de medidas de isolamento, como a quarentena ou a privação de contacto físico dos residentes com os familiares. Estas medidas, por se prolongarem no tempo, podem trazer implicações importantes no bem-estar dos residentes.

O isolamento social, secundário à implementação das medidas de prevenção e controle de infeção por COVID-19, teve repercussões importantes na perceção da saúde física e mental da população geral (Ruiz et al., 2020), com níveis elevados de ansiedade e depressão e baixos níveis de saúde mental (Smith et al., 2020). Na população mais idosa, persiste a depressão e a ansiedade, com aterações da qualidade do sono, inatividade física (Sepúlveda-Loyola et al., 2020), sentimentos de solidão e perda de qualidade de vida (Kasar, K. S., & Karaman, 2021). Nesta população, o isolamento social está associado a um aumento significativo da morbilidade e mortalidade (Roy, Jain, Golamari, Vunnam, & Sahu, 2020). Desta forma, e considerando as repercurssões elencadas anteriormente, também o bem-estar ficará afetado.

O conceito de bem estar tem evoluído ao longo das últimas décadas sendo que é hoje utilizado de forma abrangente nas várias áreas científicas. Assim, podemos definir o bem-estar como construto multifacetado, um processo intencional de crescimento individual, integração de experiências e conexão significativa com outras pessoas, refletindo objetivos e forças pessoalmente valorizadas e resultando no sentimento de estar bem e viver consoante os seus valores (McMahon & Fleury, 2012; Mendes, 2020).

Não existem muito estudos que explorem a questão do bem-estar da pessoa idosa após o surgimento da pandemia e os mais divulgados são com idosos residentes na comunidade.

O nosso artigo integra um projeto mais amplo, *eduCOVID: Mobile application for an integrated response to Covid-19 and beyond in nursing homes*, e tem como objetivo identificar estudos que permitam compreender o bem-estar das pessoas idosas residentes em ERPI face ao cumprimento das medidas de prevenção e controle de infeção para a COVID-19.

2. Metodologia

E na população idosa institucionalizada? As medidas de prevenção e controle de infeção para a COVID-19 influenciaram o bem-estar das pessoas idosas residentes em ERPI?

Para dar resposta à questão de partida colocada, realizou-se uma revisão integrativa da literatura, seguindo as seguintes etapas: definição da pergunta de investigação, estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão, definição da informação a extrair dos estudos, avaliação dos estudos, interpretação dos resultados e síntese do conhecimento (Mendes, Silveira & Galvão, 2008).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.284-294

A questão de investigação foi desenhada de acordo com a estratégia PCC (População, Conceito, Contexto) (Peters et al., 2020), sendo P – Pessoas idosas sujeitas a medidas de prevenção e controle de infeção para a COVID-19, C – Bem-estar, C – ERPI.

A pesquisa dos estudos foi conduzida no início do mês de março de 2021, através do motor de busca EBSCO, nas bases de dados Academic Search Complete, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e Cochrane Database of Systematic Reviews. Foi ainda realizada pesquisa na US National Library of Medicine (Pubmed), SCOPUS e Web of Science.

Foram definidos critérios de inclusão e de exclusão (Tabela 1).

Tabela 1. Critérios de elegibilidade dos estudos, 2021.

	Critérios de Inclusão	**Critérios de Exclusão**
Participantes	Pessoas idosas institucionalizadas ou seus familiares	Crianças, grávidas, idosos institucionalizados antes da pandemia COVID-19
Conceito	Bem-estar, saúde	Estudos sem uma abordagem clara ao conceito de bem-estar ou saúde
Contexto	ERPI	Comunidade, Hospital
Estudos	Estudos primários (quantitativos e qualitativos), disponíveis em texto completo, publicados desde 2019 até à atualidade, sem de idioma.	Artigos de opinião, editoriais, cartas ao editor ou artigos de revisão.

A identificação e seleção dos estudos foi conduzida por dois investigadores, combinando com os operadores boleanos OR ou AND, os descritores Medical Subject Headings (Mesh) e palavras-chave, correspondentes a cada uma das dimensões identificadas em PCC. Assim, utilizou-se a seguinte estratégia de pesquisa: ((Residents OR aging OR ageing OR “Older persons” OR “older people” OR elderly OR aged) AND ((Isolation* OR quarantin* OR “Containment strategy” OR “Containment of Biohazards” OR Measur* OR Containment* OR “social distance”) AND (“Disease Transmission” OR “Infectious Disease Transmission, Professional-to-Patient” OR “Infectious Disease Transmission, Patient-to-Professional” OR “Disease Transmission, Patient-to-Professional” OR “Disease Transmission, Professional-to- Patient” OR “Infection Control” OR “Risk Factors” OR “Risk reduction behaviour” OR “Harm reduction”) AND (“COVID-19” OR “2019-nCoV” OR “SARS-COV2”))) AND (Well-being OR wellbeing OR health*) AND (“Residential Facilities” OR “Assisted Living Facilities” OR “Homes for the Aged” OR “Nursing Homes” OR “Long-Term Care” OR “residential aged care” OR “Long-Term Care Facilities”).

Foram identificados 1051 artigos, 30 na Academic Search Complete, 38 na CINAHL, 1 na Cochrane Database of Systematic Reviews, 65 na MEDLINE, 80 na Pubmed, 805 na SCOPUS e 32 na Web of Science. Após a análise do título e do resumo selecionámos 26 artigos para análise do texto integral. Destes, excluímos 20, o que permitiu integrar 6 artigos na nossa amostra final. Estes foram sujeitos à avaliação da qualidade de acordo com a Joanna Briggs International (Lockwood et al, 2015), tendo-se verificado que cumprem os critérios, com avaliações cegas entre dois dos investigadores, a todos os artigos integrados na amostra afinal.

Todos os estudos foram classificados quanto ao nível de evidência: Nível I - meta-análise de ensaios clínicos randomizados (RCT); Nível II - RCT; Nível III - ensaios controlados sem randomização (quase-experimental); Nível IV - estudos de caso-controle ou coorte; Nível V - revisões sistemáticas de estudos descritivos e qualitativos (metassíntese); Nível VI - estudo descritivo ou qualitativo; Nível VII - opinião de autoridades ou relatórios de comissões de especialistas (Ackley, Swan, Ladwig, & Tucker, 2008).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.284-294

A pesquisa e seleção de artigos foi suportada pelo fluxograma PRISMA recomendado pela *Preferred Reporting Items for Transparent Reporting of Systematic Reviews and Meta-Analyses* (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, 2009) (Figura 1).

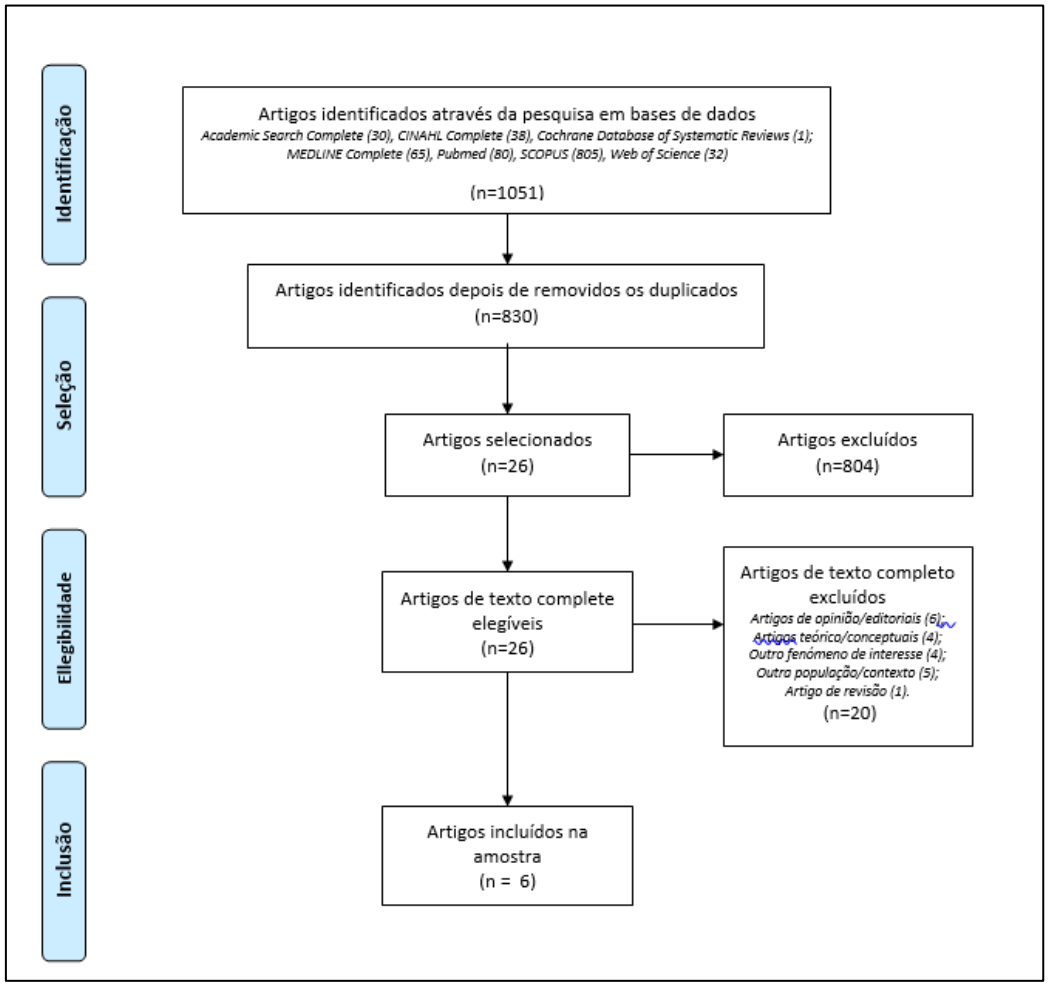


Fig. 1. Fluxograma do processo de seleção e identificação dos estudos para a revisão integrativa, 2021.

Os artigos incluídos na amostra final foram sujeitos a uma análise crítica e a uma síntese qualitativa. Por se tratar de uma revisão integrativa, a pesquisa não foi submetida a uma Comissão de Ética, no entanto os investigadores tiveram a preocupação de serem fiéis aos resultados utilizados nos estudos primários selecionados.

3. Resultados

Entre 2020 e 2021 identificámos seis artigos que avaliam o bem-estar em pessoas idosas institucionalizadas durante a pandemia. Os artigos que compõem a amostra final representam países dos continentes Asiático (1), Europeu (4) e Americano (1). Quatro dos estudos são quantitativo-descritivos, um estudo descritivo-misto e um qualitativo (fenomenológico) (Tabela 2).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.284-294

Tabela 2. Características dos estudos selecionados, 2021.

Autor/ ano	País/ Participantes	Desenho do estudo	Objetivo	Resultados	Nível de evidência
Chee, 2020	Malásia 10 residentes	Estudo fenomenológico (Entrevistas individuais, em profundidade)	Explorar as experiências vividas por idosos em ERPI durante a pandemia COVID-19, especialmente sua perspetiva sobre como isso afetou a sua rotina diária, relacionamentos e bem-estar geral.	Os participantes sentem-se desconectados com o mundo que "encolheu". Verbalizam sentimentos de medo e incerteza. A restrição da interação com os outros leva ao isolamento social, solidão e frustração. As medidas de confinamento levaram à redução da mobilidade e à perda de capacidade de movimento. Conduziram a distúrbios do sono, causado pelas sestas diurnas mais frequentes. Impediram os residentes de encontrar um espaço para estar só, longe dos outros residentes. A vida é vivida como uma experiência de sofrimento.	VI
El Haj et al., 2020	França 58 residentes com doença de Alzheimer	Estudo descritivo (Hospital Anxiety and Depression Scale)	Investigar os efeitos das medidas contra Covid-19 na saúde mental de participantes com doença de Alzheimer (DA) que vivem em lares de idosos na França.	Os participantes relataram maior depressão (p = 0,005) e ansiedade (p = 0,004) durante o confinamento do que antes da pandemia por Covid-19.	VI

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.284-294

Autor/ ano	País/ Participantes	Desenho do estudo	Objetivo	Resultados	Nível de evidência
Lombardo et al., 2020	Itália 1356 ERPI (100806 residentes)	Estudo descritivo (Questionário)	Documentar a frequência de eventos adversos que ocorreram em ERPI italianas durante os meses em que o vírus teve sua maior taxa de propagação (do início de fevereiro ao início de maio); e identificar os determinantes e atributos associados à ocorrência de eventos adversos durante a pandemia.	Durante a pandemia, as ERPI que relataram efeitos adversos também relataram maior frequência de uso de psicofármacos e contenção física quando comparados àqueles que não relataram quaisquer efeitos adversos.	VI
McArthur et al., 2021	Canadá 765 residentes (7 ERPI)	Estudo descritivo (InterRAI LTCF, standardized assessment tool)	Avaliar o efeito das estratégias usadas para mitigar o agravamento dos resultados de saúde mental durante a pandemia de COVID-19.	Durante o confinamento os residentes tinham pior mobilidade funcional, instabilidade de saúde e comprometimento cognitivo. Experimentavam problemas comportamentais e as mulheres eram mais propensas a ter sintomas depressivos. Em residentes com pior comprometimento cognitivo o delirium foi mais frequente, e menos frequente se apresentassem níveis mais altos de envolvimento social. Os residentes com demência ou deficiência cognitiva eram mais propensos a ter problemas comportamentais.	VI

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.284-294

Autor/ ano	País/ Participantes	Desenho do estudo	Objetivo	Resultados	Nível de evidência
O'Caoimh et al., 2020	Irlanda 225 familiares de residentes	Estudo descritivo (Subjective psychological well-being: World Health Organization Five Well-being Index (WHO-5); Loneliness: University of California, Los Angeles (UCLA)).	Examinar o efeito das restrições de visitas sobre a perceção de solidão, bem-estar e qualidade de vida entre visitantes de residentes com e sem comprometimento cognitivo (CI) em ERPI irlandesas.	De acordo com a perceção dos familiares cerca de 80% dos residentes tiveram declínio cognitivo durante a aplicação das restrições para controle da COVID-19. Relatam mudanças no humor, atividades da vida diária ou cognição, enquanto participavam em telefonemas ou outras interações.	VI
Verbeek ey al., 2020	Holanda 30 familiares de residentes (26 ERPI)	Estudo misto (Questionário e entrevista)	Descrever a adesão às práticas de prevenção e controle de infeção e o seu impacto no bem-estar dos residentes, seus cuidadores familiares e funcionários.	O regresso das visitas aos lares durante a pandemia por COVID-19 foi percebido pelos familiares como um momento que trouxe bem-estar ao residente. A impossibilidade do contacto físico foi relatada como muito difícil, principalmente para os residentes com demência. Em alguns casos, foi relatado que os residentes não reconheceram suas famílias devido ao longo período de restrições de visitas.	VI

No global, os estudos revelam que os residentes de ERPI, no decurso da aplicação das medidas de prevenção e controle da infeção por COVID-19, experienciaram declínio cognitivo, perda de capacidade funcional, mal-estar emocional e solidão. Estas experiências resultam da perda do contacto humano e da perda de espaço de circulação. A primeira decorre do isolamento provocado pela limitação das visitas de familiares e limitação dos contactos com os profissionais, pelo uso de equipamento de proteção individual. A segunda decorre da impossibilidade de saída para o exterior da instituição, do confinamento nos quartos, ou da mudança de quarto, pela necessidade de segregação.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.284-294

4. Discussão

Os resultados da amostra bibliográfica apontam para um impacto negativo das medidas de restrição e controle da pandemia na funcionalidade da pessoa idosa, associada à perda de capacidade física pela diminuição da mobilidade e dificuldades acrescidas na marcha (Chee, 2020; MacArtur et al, 2021), depressão (El Hag et al., 2020), maior uso de psicofármacos (Lombardo et al., 2020), declínio cognitivo (O'Caoimh et al., 2020), entre outros. Estes achados são preocupantes e preditores do aparecimento de co-morbilidades e complicações associadas à síndrome de imobilidade.

Por outro lado, as alterações ambientais, a mudança de quarto e as modificações no circuito de acessibilidades aos diferentes espaços dentro das instituições poderão contribuir para o aumento das quedas e dos episódios de confusão aguda. Recorde-se que a prevalência de quedas é elevada nos primeiros 5 dias após a institucionalização, o que é justificado pelo facto de os idosos não conhecerem o espaço físico e pela presença de pessoas estranhas ao seu ambiente, como os funcionários e os outros idosos (Baixinho & Dixe, 2017; Oliveira, Baixinho, & Henriques, 2018).

O aumento da prescrição de psicofármacos na pessoa com demência e, em particular de antipsicóticos, sugerido pelo trabalho de Lombardo et al. (2020), suscita preocupação. Os antipsicóticos, prescritos para comportamentos e sintomas psicológicos da demência, estão associados a aumento da morbilidade e mortabilidade (Corbett, Burns & Ballard, 2014). Regra geral, considera-se que nesta população os riscos superam os benefícios, devendo a sua utilização ser restrita aos casos de falência de medidas não farmacológicas e quando os sintomas causam sofrimento significativo e/ou acarretam risco de dano para a pessoa ou para terceiros. O facto da maioria dos antipsicóticos ser prescrito “off-label”, sem indicação terapêutica aprovada para os sintomas psicológicos da demência, o comprometimento da compreensão e autonomia destas pessoas para prestar um consentimento informado, esclarecido e livre, e a potencial falta de envolvimento dos seus representantes na decisão de utilizar antipsicóticos, amplificam esta problemática.

Os planos de contingência desta revisão revelam uma visão ‘*infetocentrica*’, não prevendo a avaliação da efetividade das medidas implementadas sobre as síndromes geriátricas associadas ao processo de envelhecimento. Em paralelo, os mesmos estudos não garantem a possibilidade de participação dos idosos institucionalizados na tomada de decisão sobre as referidas medidas, na organização de atividades de promoção da mobilidade e participação social na vida da instituição, aspetos centrais para o fomento da atividade física e preservação da autonomia e qualidade de vida. Maia e colaboradores (2020) defendem que é crucial que as pessoas idosas se mantenham com autonomia e independência funcional, evidenciando capacidade de assegurar a gestão das suas atividades de lazer, de convívio social e trabalho, independentemente da presença ou não de comorbilidades. Esta ideia é reforçada por Beard et al. (2016), ao advogarem que a interação da pessoa idosa com o seu ambiente, suportado na sua autonomia e independência, devem constituir-se como o alicerce para a abordagem de saúde ao idoso.

Entendendo o conceito de mal-estar emocional como o desconforto ímpar, estado emocional vivenciado por um indivíduo em resposta a um stressor específico, ou resposta que resulta em dano, seja temporário ou permanente, para a pessoa (Ridner, 2004), os resultados obtidos são fortemente sugestivos da sua ocorrência na pessoa idosa residente em ERPI. Este mal-estar emocional é manifestado pelos residentes em ERPI por uma sensação de desligamento, desconexão com um mundo que se tornou mais pequeno que “encolheu”, que lhes provoca isolamento social, solidão e, paradoxalmente, lhes dificulta o encontrar um espaço onde consigam estar sós, longe dos restantes residentes (Chee, 2020).

São também relatadas mudanças de humor durante atividades de interação (O'Caoimh et al., 2020), sentimentos de medo e incerteza, frustração, sofrimento (Chee, 2020), maiores níveis de depressão (Lombardo et al., 2020) e ansiedade do que antes do confinamento imposto pela pandemia por COVID-19 (El Hag *et a*l., 2020; MacArtur *et al*., 2021).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.284-294

É importante considerar que estes achados poderem ser preditores de instalação de quadros de perturbação mental e declínio cognitivo, necessitando que sejam introduzidas medidas de controle e prevenção do impacto psicológico e emocional da COVID-19 na pessoa idosa (Mukhtar, 2020). Se as medidas implementadas durante o confinamento têm um contributo positivo na prevenção e controle da doença, o mal-estar emocional nos idosos requer uma atenção particular pois estes integram o grupo que tem experienciado o isolamento social mais prolongado (Lee *et al*., 2020). Algumas ERPI implementaram medidas para contrariar este isolamento dos residentes, promovendo videoconferências ou visitas à janela (McArthur et al., 2021).

Os seis estudos incluídos apresentam um baixo nível de evidência, o que pode ser justificado pela dificuldade em conduzir ensaios aleatorizados e controlados nestas circunstâncias. Acresce que três dos seis estudos reportam perceções dos familiares ou das ERPI, e não dos residentes. Outra limitação diz respeito ao estudo de Lombardo et al. (2020), que se baseia no auto-reporte. É, portanto, fundamental prosseguir a investigação no campo do bem-estar da pessoa idosa institucionalizada.

5. Conclusões

A evidência incluída nesta revisão integrativa sugere que as medidas de prevenção e controle de infeção para a COVID-19 em ERPI condicionaram a perda de contacto humano e a perda de espaço de circulação e influenciaram negativamente o bem-estar das pessoas idosas, estando associadas a efeitos como redução da funcionalidade, perda de capacidade física, depressão, ansiedade, declínio cognitivo e solidão. Recomenda-se a realização de estudos com desenho mais robusto, nomeadamente que permitam investigar a associação entre a restrição de atividade e o aumento de complicações de saúde e acidentes nesta população.

Não obstante a necessidade de controlar a pandemia numa perspetiva epidemiológica, importa monitorizar também o bem-estar das pessoas idosas institucionalizadas e o seu contexto, garantindo a implementação de medidas que se coadunem com as suas necessidades e minorem os efeitos negativos do isolamento.

6. Referências

Ackley, B. J., Swan, B. A., Ladwig, G., & Tucker, S. (2008). *Evidence-based nursing care guielines: Medical-surgical interventions.* St. Louis, MO: Mosby Elsevier.

Baixinho, C.L., & Dixe, M.A. (2017). Cuáles son las prácticas y comportamientos de los mayores institucionalizados para prevenir las caídas? *Rev Index de Enfermaria, 26*(4), 255-59.

Beard, J. R., Officer, A., de Carvalho, I. A., Sadana, R., Pot, A. M., Michel, J. P., Lloyd-Sherlock, P., Epping-Jordan, J. E., Peeters, G., Mahanani, W. R., Thiyagarajan, J. A., & Chatterji, S. (2016). The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *Lancet, 387*(10033), 2145–2154.

Blain, H., Rolland, Y., Tuaillon, E., Giacosa, N., Albrand, M., Jaussent, A., ... & Bousquet, J. (2020). Efficacy of a test-retest strategy in residents and health care personnel of a nursing home facing a COVID-19 outbreak. *Journal of the American Medical Directors Association, 21*(7), 933-936.

Chee, S. Y. (2020). COVID-19 Pandemic: The Lived Experiences of Older Adults in Aged Care Homes. *Millennial Asia, 11*(3), 299-317.

Corbett, A., Burns, A., & Ballard, C. (2014). Don't use antipsychotics routinely to treat agitation and aggression in people with dementia. *Bmj, 349*.

European Centre for Disease Prevention and Control. (2020). Infection prevention and control and preparedness for COVID-19 in healthcare settings. In: https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/infection-prevention-and-control-and-preparedness-covid-19-healthcare-settings

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.284-294

El Haj, M., Altintas, E., Chapelet, G., Kapogiannis, D., & Gallouj, K. (2020). High depression and anxiety in people with Alzheimer's disease living in retirement homes during the covid-19 crisis. *Psychiatry research, 291*, 113294.

Kasar, K. S., & Karaman, E. (2021). Life in lockdown: Social Isolation, Loneliness and Quality of Life in the Elderly During the COVİD-19 Pandemic: A Scoping Review. *Geriatric Nursing*.

Lee, K., Jeong, G. C., & Yim, J. (2020). Consideration of the Psychological and Mental Health of the Elderly during COVID-19: A Theoretical Review. *International journal of environmental research and public health*, *17*(21), 8098.

Lockwood, C., Munn, Z., & Porritt, K. (2015). Qualitative research synthesis: methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, *13*(3), 179–187.

Lombardo, F. L., Salvi, E., Lacorte, E., Piscopo, P., Mayer, F., Ancidoni, A., ... & Nursing Home Study Group. (2020). Adverse events in Italian nursing homes during the COVID-19 epidemic: a national survey. *Frontiers in psychiatry, 11*.

Maia, L., Colares, T., Moraes, E., Costa, S., & Caldeira, A. (2020). Idosos robustos na atenção primária: fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido. *Revista de Saúde Pública*, *54*, 35.

Mendes, K., Silveira, R., & Galvão, C. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto-enfermagem, 17*(4), 758-764.

Mendes, J. (2020). Envelhecimento (s), qualidade de vida e bem-estar. *A Psicologia em suas Diversas Áreas de Atuação*, 132–144.

McArthur, C., Saari, M., Heckman, G. A., Wellens, N., Weir, J., Hebert, P., ... & Hirdes, J. P. (2021). Evaluating the effect of COVID-19 pandemic lockdown on long-term care residents' mental health: a data-driven approach in new brunswick. *Journal of the American Medical Directors Association, 22*(1), 187-192.

McMahon, S., & Fleury, J. (2012). Wellness in Older Adults: A Concept Analysis. *Nursing Forum*, *47*(1), 39–51. In: https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2011.00254.x

Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. (2009). The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: the PRISMA Statement. *PLoS Med,6*(7):e1000097. doi: 10.1371/journal.pmed.1000097

Mukhtar S. (2020). Psychological impact of COVID-19 on older adults. *Current medicine research and practice, 10*(4), 201–202.

O'Caoimh, R., O'Donovan, M. R., Monahan, M. P., Dalton O'Connor, C., Buckley, C., Kilty, C., ... & Cornally, N. (2020). Psychosocial Impact of COVID-19 Nursing Home Restrictions on Visitors of Residents With Cognitive Impairment: A Cross-Sectional Study as Part of the Engaging Remotely in Care (ERiC) Project. *Frontiers in psychiatry, 11*, 1115.

Oliveira, T., Baixinho, C.L., & Henriques, M,ª A. (2018). Multidimensional risk of falls in elderly. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde. , 31*(2): 1-9.

Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. Available from https://synthesismanual.jbi.global https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12

Ridner SH. (2004). Psychological distress: concept analysis. *J Adv Nurs, 45*(5):536-45. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02938.x.

Roy, J., Jain, R., Golamari, R., Vunnam, R., & Sahu, N. (2020). COVID-19 in the geriatric population. *International journal of geriatric psychiatry, 35*(12), 1437-1441.

Ruiz, M. C., Devonport, T. J., Chen-Wilson, C. H. J., Nicholls, W., Cagas, J. Y., Fernandez-Montalvo, J., ... & Robazza, C. (2020). A Cross-Cultural Exploratory Study of Health Behaviors and Wellbeing During COVID-19. *Frontiers in psychology, 11*.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.284-294

Smith, L., Jacob, L., Yakkundi, A., McDermott, D., Armstrong, N. C., Barnett, Y., ... & Tully, M. A. (2020). Correlates of symptoms of anxiety and depression and mental wellbeing associated with COVID-19: a cross-sectional study of UK-based respondents. *Psychiatry research, 291,* 113138.

Sepúlveda-Loyola, W., Rodríguez-Sánchez, I., Pérez-Rodríguez, P., Ganz, F., Torralba, R., Oliveira, D. V., & Rodríguez-Mañas, L. (2020). Impact of social isolation due to COVID-19 on health in older people: Mental and physical effects and recommendations. *The journal of nutrition, health & aging*, 1-10.

Verbeek, H., Gerritsen, D. L., Backhaus, R., de Boer, B. S., Koopmans, R. T., & Hamers, J. P. (2020). Allowing visitors back in the nursing home during the COVID-19 crisis: A Dutch national study into first experiences and impact on well-being. *Journal of the American Medical Directors Association, 21*(7), 900-904.

Vijh, R., Prairie, J., Otterstatter, M. C., Hu, Y., Hayden, A. S., Yau, B., ... & Schwandt, M. (2021). Evaluation of a multisectoral intervention to mitigate the risk of severe acute respiratory coronavirus virus 2 (SARS-CoV-2) transmission in long-term care facilities. *Infection Control and Hospital Epidemiology, 1*.

World Health Organization. (2020). Infection prevention and control guidance for long-term care facilities in the context of COVID-19: interim guidance, 21 March 2020 (No. WHO/2019-nCoV/IPC_long_term_care/2020.1). *World Health Organization*.

World Health Organization. (2021). WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. *World Health Organization*. Available on: https://covid19.who.int/

Yanez, N. D., Weiss, N. S., Romand, J. A., & Treggiari, M. M. (2020). COVID-19 mortality risk for older men and women. *BMC Public Health, 20*(1), 1-7.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.284-294

Reflexões Sobre O Brincar Como Promotor Do Desenvolvimento Integral Da Criança Com Transtorno Do Espectro Autista

Francisca Francisete de Sousa Nunes Queiroz[1], Christina César Praça Brasil[1], Fabiana Neiva Veloso Brasileiro[2], Felícia Gabler[2], Erick Tomé de Lima[3] e José Eurico de Vasconcelos Filho[3]

[1] Programa de Pós-Graduaçao em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Brasil | zete.queiroz@hotmail.com; cpraca@unifor.br | https://orcid.org/0000-0002-2933-4974; https://orcid.org/0000-0002-7741-5349

[2] Curso de Graduação em Psicologia - Universidade de Fortaleza, Brasil | fabianaveloso@unifor.br; feliciagabler@icloud.com | https://orcid.org/0000-0002-3170-4268; https://orcid.org/0000-0001-7381-0600

[3] Núcleo de Aplicação em Tecnologia da Informação - NATI - Universidade de Fortaleza, Brasil | ericktlima@edu.unifor.br; euricovasconcelos@unifor.br | https://orcid.org/0000-0002-9922-1684; https://orcid.org/0000-0002-6881-0814

Resumo: Introdução: O ato de brincar perpassa os diferentes níveis de desenvolvimento da criança, sendo fundamental para o bem-estar social, emocional, cognitivo e físico. Crianças com Transtorno do Espectro Autista - TEA podem apresentar dificuldades em diversas áreas do desenvolvimento. É importante que profissionais da saúde, familiares, cuidadores e educadores reflitam sobre o papel do brincar na mediação das relações e das trocas, que favorecem o desenvolvimento dessas crianças. **Objetivo:** Identificar estudos que propiciem reflexões sobre a relevância do brincar para a promoção do desenvolvimento integral de crianças com TEA. **Método:** Realizou-se uma revisão integrativa, de fevereiro de 2019 a outubro de 2020, nas principais bases de dados da saúde. O material selecionado foi analisado qualitativamente, com base nos objetivos e resultados dos estudos, fazendo-se emergir duas temáticas. **Resultados:** As temáticas "reflexões teóricas sobre o brincar" e o "ato de brincar no contexto do desenvolvimento da criança com TEA" trouxeram reflexões sobre a importância do brincar, a partir de diferentes perspectivas teóricas, atestando que o ato de brincar é essencial para o desenvolvimento da criança com TEA. Isto contempla várias possibilidades de interação com pessoas e realidades. **Conclusões:** A partir das evidências apresentadas na literatura, o ato de brincar deve ser incentivado no contexto de vida pessoal e terapêutico de crianças com TEA, oferecendo aos profissionais da saúde e aos familiares alternativas de estimulação global dessa população, além de favorecer o desenvolvimento das habilidades de comunicação, interação social e motora.

Palavras-chave: Desenvolvimento Infantil**;** Transtorno Autístico; Criança; Jogos e Brinquedos.

Reflections on Playing as a Promoter of the Integral Development of Children with Autistic Spectrum Disorder

Abstract: Introduction: The act of playing permeates the different levels of the child´s development, and is fundamental for social, emotional, cognitive and physical well-being. Children with Autistic Spectrum Disorder - ASD may experience difficulties in several areas of the development. It is important that health professionals, family members, caregivers and educators reflect on the role of playing in mediating relationships and exchanges, which favours the development of these children. **Objective:** Identify studies that provide reflections on the relevance of playing for the promotion of integral development of children with ASD. **Method:** An integrative review was carried out, from February 2019 to October 2020, in the main health databases. The selected material was qualitatively analysed, based on the objectives and results, making two themes emerge. **Results:** The themes "theoretical reflections on playing" and "the act of playing in the context of the ASD children´s development" brought reflections on the importance of playing, from different theoretical perspectives, attesting that the act of playing is essential for the development of children with ASD. This contemplates a large number of possibilities for interaction with people and realities. **Conclusions:** Based on the evidence presented in the literature, the act of playing should be encouraged in the context of the personal and therapeutic life of children with ASD, offering health professionals and family members alternatives for global stimulation of this population, in addition to favouring the development of children´s communication, social and motor interaction skills.

Keywords: Child Development; Autistic Disorder; Child; Play and Playthings.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.295-303

1. Introdução

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma condição do neurodesenvolvimento, que se apresenta nos primeiros anos de vida da criança (American Psychiatric Association [APA], 2014). Aspectos etiológicos ainda são desconhecidos, embora pesquisas mostrem correlatos neurobiológicos e genéticos (Loke, Hannan, & Craig, 2015; Maia et al., 2018).

Pesquisas mostram o aumento da prevalência de casos TEA na população mundial, incluindo o Brasil (Fombonne, 2018; Fuentes, Hervás, & Howlin, 2020). Isto pode estar relacionado a maior conscientização sobre essa condição, aos critérios e ferramentas de diagnóstico e a melhor comunicação (Araújo, Veras, & Varella, 2019). A World Health Organization (WHO) aponta que uma a cada 160 crianças tem TEA, estimando que 1-2% das crianças em todo o mundo tenham o diagnóstico, o que corresponde a aproximadamente 52 milhões de pessoas (WHO, 2019).

O desenvolvimento infantil é definido como um processo multidimensional e integral, que se inicia a partir da concepção, englobando o crescimento físico, a maturação neurológica, o desenvolvimento comportamental, sensorial, cognitivo e de linguagem (Brasil, 2016). Em contrapartida, alterações no desenvolvimento assumem relevância nas sociedades atuais, e crianças com esse tipo de acometimento são consideradas mais vulneráveis e requerem suporte específico.

Autores destacam que o brincar se relaciona com os diversos níveis de desenvolvimento da criança (Figueiredo, Gatinho, Torres, Pinto, Santos, & Veríssimo, 2015), sendo o principal potencializador do desenvolvimento infantil. Nessa compreensão, o brincar é fundamental para o bem-estar social, emocional, cognitivo e físico (Vieira, 2018).

Crianças com TEA podem apresentar dificuldades no desenvolvimento da interação social, da comunicação e motor. Muitas também apresentam comportamentos que prejudicam a experiência do brincar, visto que se limitam, na maioria das vezes, a repetições ritualísticas, brincar isolado e disfuncional, não permitindo a interferência e a participação de outras pessoas (Calegari, Luz, Campos, Borba, & Ribeiro, 2018).

Leal, Gradim, & Souza, (2020) relatam uma intervenção com base em atividades lúdicas para o treino de habilidades sociais em crianças com TEA, a qual foi realizada por cinco meses, com oito crianças de 3 a 5 anos. Observaram que o uso desse recurso foi um fator essencial no treino de habilidades sociais em todas as crianças.

Quanto ao envolvimento da família no ato de brincar, uma pesquisa realizada no Reino Unido, com 306 pais, mostrou que os respondentes informaram que eram principalmente ou igualmente responsável pelas rotinas diárias dos cuidados com seus filhos, e que passavam mais tempo brincando do que realizando qualquer outra atividade, embora quase a metade não tivesse recebido treinamento para tal (Potter, 2017).

Diante de dois cenários, o primeiro, em que os profissionais mediam o brincar; e, o outro, em que os familiares se envolvem e conduzem as brincadeiras, percebe-se que esse tipo de atividade é usado tanto no processo terapêutico, como também faz parte da rotina diária das famílias de crianças com TEA, auxiliando na estimulação dessas crianças.

Dentre as lacunas para a compressão do brincar como uma abordagem necessária a promoção do desenvolvimento de crianças com TEA, o presente estudo justifica-se pela necessidade de obtenção de uma base teórica para o melhor entendimento sobre o assunto. Assim, objetivou-se identificar estudos que propiciem reflexões sobre a relevância do brincar para a promoção do desenvolvimento integral de crianças com TEA.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.295-303

2. Metodologia

Existem vários caminhos para refletir sobre a produção do conhecimento. Neste estudo, realizou-se uma revisão integrativa (RI) para verificar a produção científica a partir de pesquisas qualitativas. A RI permite a investigação criteriosa e sistematizada sobre determinado problema, objetivando identificar eventuais lacunas do conhecimento científico (Mendes, Silveira, & Galvão, 2008). Nessa perspectiva, busca-se o aprofundamento sobre o assunto, no intuito de ampliar os referenciais teóricos e respaldar a pesquisa, favorecendo o domínio sobre a temática e trazendo elementos relevantes para a construção do conhecimento.

Percorreram-se cinco etapas para a realização desta RI: estabelecimento da questão norteadora; seleção e obtenção dos artigos (critérios de inclusão e exclusão); avaliação dos estudos pré-selecionados; discussão dos resultados; e apresentação dos resultados da revisão (Sousa, Silva, & Carvalho, 2010).

Na primeira etapa, estruturou-se a seguinte questão norteadora: o que a literatura evidencia sobre o ato de brincar para o desenvolvimento integral da criança com TEA?

De fevereiro de 2019 a outubro de 2020, selecionaram-se os textos, por meio da busca na literatura científica, nas principais bases de dados e portais da área da saúde (Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, CAPES, EBSCOhost, Google Scholar, Scientific Electronic Library Online – SciELO, Science Direct, Researchgate, Redalyc, e BDTDibict e livros). Para isso, utilizaram-se os seguintes descritores e seus correspondentes, em português e inglês indexados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): habilidades (skills), desenvolvimento infantil (child development), brincar/brincadeiras e brinquedos (play and playthings), atividades lúdicas (play activities) e transtorno do espectro autista (autistic disorder). Foram realizadas todas as possibilidades de cruzamento entre os descritores selecionados, por meio de duas estratégias de busca (A e B). As palavras foram cruzadas utilizando-se os operadores booleanos “AND”, na estratégia A, e “OR”, na estratégia B.

Os critérios de inclusão foram: textos publicados de 2010 a 2019, que abordam o brincar para o desenvolvimento infantil, incluindo conceitos, metodologias, intervenções que usem o brincar para estimular crianças com TEA; e textos que contemplem a questão norteadora. Foram excluídos os textos que não apresentavam conteúdo relevante para a temática; que incluíam outros grupos, como idosos e adultos; e os que não referenciavam as crianças com TEA.

A análise crítica dos textos pré-selecionados foi realizada a partir da leitura aprofundada, bem como da interpretação. A análise foi predominantemente de cunho qualitativo, considerando-se os objetivos e os resultados dos estudos, interpretando-se os sentidos das ideias centrais das teorias que abordam o ato de brincar no contexto da criança com TEA. Para isso, utilizou-se a análise de conteúdo na modalidade temática (Minayo, Deslandes, & Gomes, 2013). Esse método possibilita um maior conhecimento sobre o assunto em pauta dentro de um contexto específico (Minayo, 2014).

Em síntese, realizou-se a identificação das ideias centrais dos textos, passando pela interpretação dos sentidos e agrupamento dos pontos relevantes em duas temáticas de análise.

3. Resultados e Discussão

Como resultado, identificaram-se 108 produções científicas que contemplam o tema, sendo 100 artigos, 5 dissertações e teses, e 3 livros (Tabela 1).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.295-303

Tabela 1. Pesquisa de revisão bibliográfica com relação ao quantitativo de publicações associado a base de dados e ao tipo.

Base de Dados/Portais/Repositórios	N	Tipo
BVS	2	Artigos
CAPES	23	Artigos
EbscoHost	27	Artigos
Researchgate	2	Artigos
Redalyc	7	Artigos
Google Scholar	31	Artigos
Science Direct	5	Artigos
Scielo	3	Artigos
BDTDibict	5	Dissertações e teses
Livros	3	Livros
Total	**108**	**Estudos**

Dentre as publicações listadas na tabela 1, excluíram-se aquelas em que, mesmo presente o descritor pesquisado, após a leitura, verificou-se que não abordavam o brincar para o desenvolvimento da criança com TEA (74). Mantiveram-se para análise 34 artigos. Assim, criou-se uma tabela para melhor explorar os objetivos e resultados dos estudos inclusos. Dessa forma, definiram-se duas temáticas de análise, quais sejam: reflexões teóricas sobre o brincar; e ato de brincar no contexto do desenvolvimento da criança com TEA.

3.1 Reflexões Teóricas Sobre o Brincar

São diversas perspectivas teóricas que discutem o brincar, variando conforme as perspectivas filosóficas e características do contexto social, histórico e cultural que sustentam suas ideias, concepções e pontos de vista. Segundo Souza, (2019), a relação da criança com o mundo é mediada e o brincar possui diferentes significações e construções que sofrem variações com o tempo.

Apesar de existir uma diversidade de teorias, consideram-se relevantes para compreensão científica aquelas que facilitam o entendimento sobre desenvolvimento infantil. Portanto, mencionam-se alguns renomados autores, que mesmo com visões um pouco distintas, consideram que o brincar é fundamental para o desenvolvimento da criança, como: Piaget, (1978), Ferland, (2006), Vygotsky, (2008) e Huizinga, (2019).

Na antiguidade, a atividade lúdica não estava ligada unicamente à infância, mas às pessoas em geral (Moraes, 2012). O filósofo Platão falava da formação moral do cidadão a partir da infância, por meio de brincadeiras. Desde então, outros estudiosos, antropólogos, filósofos, psicólogos e educadores empenharam esforços teóricos e práticos para valorizar o papel do brincar no desenvolvimento humano, sobretudo na infância (Ferreira, 2010).

Para Piaget, (1978), o brincar assume um papel fundamental nas etapas de desenvolvimento da criança. É nessa fase do desenvolvimento que são caracterizadas diferentes formas do indivíduo interagir com a realidade e organizar seus conhecimentos visando sua adaptação. Dessa forma, desde criança, o indivíduo vai construindo seu desenvolvimento mental, levando em consideração as áreas motora, intelectual e afetiva.

Santos, (2016), enfatiza que o brincar traz possibilidades de construir conhecimento e levar ao desenvolvimento cognitivo, sendo o principal meio utilizado pela criança para desenvolver suas potencialidades e habilidades, de acordo com o contexto e a idade.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.295-303

Para Vygotsky, (2008), o brincar é visto como uma maneira de interpretar e assimilar o mundo. Teoriza que, ao brincar, a criança constrói situações, desenvolve o pensamento abstrato e o amadurecimento de regras sociais. A partir da imitação e da representação, a criança promove e facilita a interação social, iniciando a apropriação das normas e comportamentos sociais.

Em conformidade, os estudos analisados contribuem com as reflexões sobre o brincar, salientando que esse ato leva as crianças a atribuírem significado às situações vivenciadas e adquirem, de forma ativa, novos conhecimentos sobre objetos, pessoas e acontecimentos. Tudo isso ocorre por meio da integração de novas experiências, considerando o que já é familiar (Santos, 2016).

Hiuzinga, (2019) aponta que o brincar é uma atividade repleta de sentido, uma ocupação vital. Segundo o autor, brincar implica em interessar-se pelo desconhecido, envolvendo uma série de atividades físicas, mentais sociais, comunicativas e emocionais, fundamentais ao desenvolvimento humano.

Aguiar, (2018) aponta que o lúdico (*ludus*) abrange jogos infantis, recreação, divertimento, brincadeira, brincar, competições, representações litúrgicas e teatrais, e jogos de azar. O lúdico é a essência do ser humano, pois, antes de se tornar *Homo Sapiens*, quer dizer, um ser pensante, e, *Homo Faber*, aquele que faz; ele se constitui como *Homo Ludens*, um ser lúdico, que brinca, joga e interage de forma lúdica conforme a sua realidade.

Ferland, (2006) reafirma que, ao brincar, a criança progride nas diferentes esferas do seu desenvolvimento. A partir da brincadeira, a criança vincula o que é familiar ao desconhecido, e, a partir dessa conexão, ela consegue construir a sua realidade. O autor ressalta que a definição do brincar ainda é uma incógnita, e, mesmo tendo vários conceitos, é unanime sua repercussão no desenvolvimento integral do sujeito.

Alguns fatores podem dificultar o engajamento da criança ao ato de brincar, tais como: ter pouca ou nenhuma convivência com outras crianças, estar inserida em um ambiente restrito de estímulos ou não privilegiar o tempo de brincar. Isto mostra a importância de oferecer condições que favoreçam o brincar para todas as crianças, mesmo aquelas com algum transtorno ou deficiência (Albuquerque & Benitez, 2020).

O ato de brincar, além de evidenciar possíveis *déficits*, possibilita identificar e acompanhar algumas alterações no desenvolvimento, o que inclui o TEA. Para as pessoas com autismo, o brincar não é aprendido de forma espontânea e/ou por observação, é necessário introduzir o brincar, a partir de estímulos, respeitando suas demandas e especificidades (Cipriano & Almeida, 2016).

3.2 O Ato de Brincar no Contexto do Desenvolvimento da Criança com TEA

O autismo configura-se como um transtorno do neurodesenvolvimento, com origem neurobiológica que compromete regiões específicas para o funcionamento cerebral, levando o sujeito a dificuldades diversas para o desenvolvimento satisfatório de suas habilidades. Assim é descrito pelo *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* da *American Psychiatric Association;* o DSM - V, que está em sua quinta edição; e apoiado pelo Código Internacional de Doenças, décima edição – CID-10 (APA, 2014).

O TEA apresenta prejuízos na comunicação e na interação social (déficits de reciprocidade social e emocional, nos comportamentos e compreensão do uso da comunicação não-verbal e na formação e manutenção de relações adequadas ao nível de desenvolvimento); além de comportamentos restritos e repetitivos (estereotipias motoras, ecolalia, manipulação de objetos, fixação à rotina, interesses restritos e excessivos, hiper ou hiporreação a estímulos sensoriais), limitando ou desabilitando o indivíduo para o funcionamento diário (Griesi-Oliveira & Sertie, 2017).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.295-303

Nesse sentido, o brincar, em suas propostas lúdicas, vem contemplar o grande número de manifestações do TEA, buscando atender e estimular cada criança em suas particularidades; mesmo que para algumas delas o ato de brincar esteja comprometido. Observa-se, portanto, que o nível de desenvolvimento físico, cognitivo e psicológico das crianças vai influenciar a prática do lúdico (Cipriano & Almeida, 2016).

No intuito de estimular as crianças com TEA e buscar a melhoria das habilidades comunicacionais, sociais e motoras, o 'brincar' constitui-se como atividade essencial, visto que é inerente ao ser humano e fundamental para o desenvolvimento infantil. No âmbito do TEA, o ato de brincar é também considerado um recurso terapêutico, relacional e lúdico (Calhoca, 2019).

Fala-se frequentemente do brincar relacionado ao desenvolvimento da criança. Contudo, diversas abordagens teóricas, descrições e definições, voltados tanto à educação como à saúde, chegam a confundir os termos 'brincadeira, brinquedo e jogos'. Estes, porém, são definidos com base nas características das atividades, situações e comportamentos dos indivíduos e grupos em um dado período e contexto social (Fonseca & Da Silva, 2015). Portanto, destaca-se que o termo 'brincar' se refere a um somatório de saberes, que não comportam uma única definição.

Sob um aspecto mais abrangente e com base em interpretações de estudos brasileiros, a 'brincadeira' é vista como a ação de brincar. O 'jogo' pode ser considerado uma brincadeira com a presença de regras. Já o 'brinquedo' é o objeto com o qual as crianças brincam e interagem (Clemente, 2019). A mesma ideia é defendida por Cipriano e Almeida, (2016), em que o brincar abrange a brincadeira e o jogo, sendo ambos amparados pelo brinquedo, como objeto que dá suporte à ação brincante.

Alves e Bianchin, (2010) indicam que a palavra 'jogo' significa diversão, ou uma brincadeira. É um recurso capaz de promover um ambiente organizado, motivador, agradável e enriquecido, possibilitando a aprendizagem de várias habilidades. Para Ramos, Lorenset, & Petri, (2016), o 'jogo' é uma atividade com valor recreativo orientada por um ou mais jogadores que disputam entre si, no intuito de alcançar metas, por meio de regras e restrições previamente definidas. Essa organização e objetivação que os jogos propiciam favorecem o direcionamento das atividades de crianças com TEA, pois, nessa perspectiva, é possível imprimir normas, sequências e estabelecer objetivos a serem alcançados, o que facilita, em termos terapêuticos, acompanhar a evolução.

Os brinquedos também têm um papel fundamental, pois levam a criança a interagir ao brincar, o que deve ser estimulado nas crianças com TEA. Esses objetos, porém, precisam adequar-se ao interesse, às necessidades e às capacidades da etapa de desenvolvimento. Nesse sentido, objetos, sons e espaços podem virar brinquedo, por meio da interação com a criança. Importante destacar que os brinquedos representam o princípio de muitas brincadeiras, sendo um recurso facilitador para crianças com TEA (Saviani & Pinheiro, 2014).

Diante de diversas conjecturas sobre o brincar, identifica-se que este ato contribui para a criança desenvolver diversas habilidades. O brincar é também considerado importante para profissionais que trabalham com crianças e para o aumento do envolvimento dos pais e/ou familiares com seus filhos. Aliado a isso, os estudos de Lee, Xu, Guo, Gilic, Pu, & Xu, (2019) e Orr, (2020) mostram os vários benefícios do brincar para as crianças com TEA, quais sejam: favorece a formação de vínculos afetivos; propicia o estabelecimento e o aprofundamento das relações; amplia a comunicação e a compreensão; melhora a expressão de sentimentos e insatisfações; e possibilita maior qualidade de vida.

Diante do exposto, observa-se que a influência do brincar é relevante para o desenvolvimento de habilidades essenciais para as crianças com TEA. Nesse sentido, novas maneiras de estimular as habilidades estão sendo estudadas em pesquisas multidisciplinares que incluem profissionais da tecnologia, da educação e da saúde, no intuito de transformar a relação entre a tecnologia e o brincar cada vez mais favorável a evolução das crianças com TEA (Aragão, Bottentuit Junior, & Zaqueu, 2019).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.295-303

4. Conclusões

As temáticas discutidas trazem uma reflexão teórica sobre o brincar, e reforçam que esse ato estimula o desenvolvimento integral de todas as crianças, considerando os níveis cognitivo, pessoal, social, afetivo, motor, linguístico e sensorial. Por isso, o brincar é um recurso que traz importantes benefícios ao desenvolvimento integral das crianças com TEA, devendo ser estimulado de forma direcionada, nos ambientes familiar, educacional e terapêutico.

A caracterização dos termos 'brincadeira', 'jogo' e 'brinquedo' e as reflexões que ajudam a relacionar esses conceitos ao processo do desenvolvimento infantil auxiliam o terapeuta e os familiares no desenvolvimento dessas atividades, chamando a atenção para a função de cada um no processo de estimulação da criança com TEA.

Pode-se afirmar que o brincar, ao acontecer na forma de brincadeira e/ou jogo, tendo ou não brinquedo como o suporte material, traduz-se como recurso, estratégia, instrumento, ação, possibilidade e intervenção promotora do desenvolvimento junto a crianças com TEA.

A relevância deste estudo, no âmbito da pesquisa qualitativa, reflete a significância das revisões de literatura para elucidar questões que associam o brincar ao desenvolvimento de crianças com TEA, elucidando teorias e estratégias que favorecem ao terapeuta a ampliação do embasamento teórico sobre o assunto.

5. Referencias

Aguiar, J. F. (2018). *O lúdico é um saber? Vozes docentes sobre lúdico na docência do ensino superior*. [Dissertação de Mestrado em Educação, Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Rio de Janeiro, Brasil]. https://ppge.educacao.ufrj.br/disserta%C3%A7%C3%B5es2017/dJonathanAguiar.pdf

Albuquerque, I. & Benitez, P. (2020). O brincar e a criança com transtorno do espectro autista: revisão de estudos brasileiros. *Revista Ibero-Americana De Estudos Em Educação***,** *15*(4), 1939–1953.

Alves, L. & Bianchin, M. A. (2010). O jogo como recurso de aprendizagem. *Rev. psicopedag.*, São Paulo, 27(83), 282-287

American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Aragão, M. C. M., Bottentuit Junior, J. B. & Zaqueu, L. C. C. (2019). O uso de aplicativos para auxiliar no desenvolvimento de crianças com transtorno do espectro autista. *Olhares & Trilhas*, Uberlândia, *21* (1), p. 43-57.

Araújo, J. A. M. R., Veras, A. B. & Varella, A. A. B. (2019). Breves considerações sobre a atenção à pessoa com transtorno do espectro autista na rede pública de saúde. *Rev. Psicol. Saúde*, *11* (1), 89-98.

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., Borba, R. & Ribeiro, C. (2018). A criança autista em sessão de brinquedo terapêutico dramático: uma análise winnicottiana. *Rev Soc Bras Enf Ped.,18* (1), 43-8.

Calhoca, C. A. R. (2019). *A atividade lúdica da criança: o brincar em crianças com desenvolvimento atípico.* 2019 [Dissertação de Mestrado em Educação Pré-escolar, Instituto Politécnico de Lisboa-Escola Superior de Educação de Lisboa, Lisboa]. https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/10420/1/Relat%C3%B3rio_PPS_II_Catarina_Calhoca.pdf

Cipriano, M. S. & Almeida, M. T. P. (2016). O brincar como intervenção no transtorno do espectro do autismo. *Extensão em Ação*, Fortaleza, 2 (11), 77-91.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.295-303

Clemente, C. A. P. (2019). *Jogos e brincadeiras como recursos pedagógicos na educação pré-escolar e 1.º ciclo do ensino básico*. [Dissertação de Mestrado em Educação Pré-escolar, Universidade do Minho - Instituto de Educação, Braga]. http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/63435/1/Cl%c3%a1udia%20Andreia%20Pinheiro%20Clemente.pdf

Ferland, F. (2006). *O modelo lúdico: o brincar, a criança com deficiência física e a terapia ocupacional*. 3 ed. São Paulo: Roca.

Ferreira, D. (2010). O direito a brincar. *Cadernos de educação de Infância*, *90*,12-13, Lisboa: APEI.

Figueiredo, M., Gatinho, A., Torres, N., Pinto, A., Santos, A J. & Veríssimo, M. (2015). Representações de vinculação e qualidade do brincar interativo em crianças em idade pré-escolar. *Análise Psicológica*, *33* (3), 335-345. Retirado de http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/1007

Fombonne, E. (2018). The rising prevalence of autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *59*, 717-720.

Fonseca, M. E. D. & Da Silva, A. C. D. (2015). Concepções e uso do brincar na prática clínica de terapeutas ocupacionais. *Cad Ter Ocup.* São Carlos, *23*(3), 89-97.

Fuentes, J., Hervás, A. & Howlin, P. (2020). ESCAP practice guidance for autism: a summary of evidence-based recommendations for diagnosis and treatment. European Child Adolescent Psychiatry.

Griesi-Oliveira, K. & Sertie, A. L. (2017). Transtornos do espectro autista: um guia atualizado para aconselhamento genético. *Einstein,* São Paulo, *15* (2), 233-238.

Huizinga, J. (2019). *Homo ludens: O jogo como elemento da cultura*. 2 ed. São Paulo: Perspectiva.

Leal, B. S. F. M., Gradim, L. C. C. & Souza, V. R. B. (2020). Habilidades sociais em crianças com transtorno do espectro autista: uma análise da prática em Terapia Ocupacional. *Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.* Rio de Janeiro. *5* (6), 121-139.

Lee, G. T., Xu, S., Guo, S., Gilic, L., Pu, Y. & Xu, J. (2019). Teaching imaginary objects symbolic play to young children with autism. *J. Autism Dev Disord*, *49*, 4109-4122.

Loke, Y. J., Hannan, A. J. & Craig, J. M. (2015). The role of epigenetic change in autism spectrum disorders. Front Neurol, *6* (107). DOI: 10.3389/fneur.2015.00107.

Maia, F. A., Almeida, M. T. C., Alves, M. R., Bandeira, L. V. S., Da Silva, V. B., Nunes, N. F., Cardoso, L. C. G. & Silveira, M. F. (2018). Transtorno do espectro do autismo e idade dos genitores: estudo de caso-controle no Brasil. *Caderno de Saúde Pública,* 34 (8), e00109917. Epub August 20, 2018. https://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00109917.

Mendes K.D.S., Silveira, R.C.C.P. & Galvão, C.M. (2008). Revisão Integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na Enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, *17*(Supl. 4), 758-764.

Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec.

Minayo, M. C. S., Deslandes, S. F. & Gomes, R. (2013). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade.* 33. ed. Petrópolis: Vozes.

Moraes, I. M. (2012). *A pedagogia do brincar: Intercessões da ludicidade e da psicomotricidade para o desenvolvimento infantil.* 2012. [Dissertação de Mestrado em Educação- Centro Universitário Salesiano de São Paulo – UNISAL, Americana]. https://unisal.br/wp-content/uploads/2013/03/Disserta%C3%A7%C3%A3o-Ingrid-M-Moares.pdf.

Orr, E. (2020). Object play as a mediator of the role of exploration in communication skills development. *Infant Behavior and Development*, *60*. DOI: 10.1016/j.infbeh.2020.101467.

Piaget, J. A. (1978). *Formação do símbolo na criança: imitação jogo e sonho, imagem e representação.* Rio de Janeiro: Zahar.

Potter, C. (2017). Father involvement in the care, play, and education of children with autism. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, *42* (4), 1-10.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.295-303

Ramos, D. K., Lorenset, C. C. & Petri, G. (2016). Jogos educacionais: contribuições da neurociência à aprendizagem. *Revista X*, *2*(1), 1-17.

Santos, L. G. (2016). A importância do brincar para o desenvolvimento cognitivo da criança na educação infantil pré-escolar sob a percepção de professores. *Projeção e Docência*, *7*(2), 23-34.

Saviani, I. & Pinheiro, R. (2014). *Formação em espaços lúdicos*. São Paulo: Fundação Maria Cecilia Souto Vidigal, Coleção primeiríssima infância, *5*.

Souza, J. S. (2019). *Brincar em tempos de tecnologias digitais móveis*. [Tese de Doutorado em Educação, Universidade Federal da Bahia, Bahia, Brasil]. https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/28762/3/Joseilda.pdf

Souza, M.T., Silva, M.D. & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*; 8(Supl.1), 102-106.

Vieira, M. S. (2018). *O brincar de crianças em idade pré-escolar com perturbação do espectro do autismo*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação de Lisboa, Portugal]. https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/9529/1/Tese%20MIP%20-%20Melissa%20Vieira.pdf

Vygotsky, L. S. (2008). A brincadeira e o seu papel no desenvolvimento psíquico da criança. *Revista Virtual de Gestão de Iniciativas Sociais*, 23–36.

Who. World Health Organization. Factsheet: Autism spectrum disorders 2019. Recuperado de https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.295-303

Análise qualitativa do Plano Municipal de Saúde de São Paulo, Brasil – Com o apoio do software webQDA®

Alexandra Bulgarelli do Nascimento[1]

[1]Centro Universitário Senac - SP, Brasil | abnascimento@usp.br
http://orcid.org/0000-0003-4081-8782

Resumo: Introdução: O Sistema Único de Saúde, no Brasil, tem o objetivo de assistir à população em suas necessidades em saúde. Para tanto, os municípios contam com o Plano Municipal de Saúde (PMS) para planejar e monitorar as ações implementadas. **Objetivos:** Analisar como o PMS de São Paulo reconhece as necessidades em saúde da população, em especial, de grupos sociais vulneráveis, e analisar o apoio do *software* webQDA® na organização e análise do grande volume de dados qualitativos provenientes do PMS de São Paulo**. Método:** Estudo qualitativo com análise de conteúdo de Bardin e apoio do webQDA®, para desvelar o significado do PMS de São Paulo de 2014-2017. **Resultados e Discussão:** O PMS em arquivo word foi inserido no webQDA® como fonte interna. A árvore de codificação das categorias empíricas foi criada, com a inclusão dos códigos: 'Vulnerabilidades Sociais' e 'Resposta às Necessidades em Saúde', e a análise de conteúdo de Bardin, foi realizada evidenciando que o PMS de 2014-2017 está centrado em ideias de natureza funcionalistas e pautado na produtividade dos serviços, em detrimento da identificação das heterogêneas necessidades em saúde, em especial, de grupos sociais vulneráveis. **Conclusões:** O PMS de 2014-2017 trouxe alguns objetivos relacionados à presença de vulnerabilidades na cidade de São Paulo, o que é um avanço, apesar de quantitativamente possuir reduzida representatividade frente à maioria dos objetivos propostos e direcionados para responder à ocorrência de doenças e agravos, desarticulados dos perfis epidemiológicos dos diferentes grupos sociais. O webQDA® apoiou o desenvolvimento deste estudo, ao permitir o manejo de grande volume de dados qualitativos, bem como o remanejamento de trechos do PMS entre os códigos, como proposto pela análise de conteúdo de Bardin que estabelece a necessidade de exaustão da análise dos fragmentos extraídos para composição das unidades de significado e explicação do fenômeno sob análise.

Palavras-chave: Pesquisa Qualitativa; Planejamento em Saúde; Sistema Único de Saúde; Avaliação das Necessidades de Cuidados de Saúde; Vulnerabilidade Social.

Qualitative Analysis of the Municipal Health Plan of Sao Paulo, Brazil – With the Support of the webQDA® Software

Abstract: Introduction: The Unified Health System, in Brazil, aims to assist the population in their health needs. To this end, the municipalities rely on the Municipal Health Plan (PMS) to plan and monitor the actions implemented. **Objectives:** To analyze how the São Paulo PMS recognizes the health needs of the population, in particular, vulnerable social groups, and to analyze the support of the webQDA® software in the organization and analysis of the large volume of qualitative data from the São Paulo PMS. **Method:** Qualitative study with content analysis by Bardin and support from webQDA®, to unveil the meaning of the São Paulo PMS from 2014-2017. **Results and Discussion:** The PMS in word file was inserted in webQDA® as an internal source. The coding tree for the empirical categories was created, with the inclusion of the codes: 'Social Vulnerabilities' and 'Response to Health Needs', and Bardin's content analysis was carried out showing that the 2014-2017 PMS is centered on ideas of a functionalist nature and guided by the productivity of services, to the detriment of the identification of heterogeneous health needs, in particular, of vulnerable social groups. **Conclusions:** The 2014-2017 PMS brought some objectives related to the presence of vulnerabilities in the city of São Paulo, which is an improvement, despite having a reduced representation in relation to most of the objectives proposed and directed to respond to the occurrence of diseases and injuries , disjointed from the epidemiological profiles of different social groups. WebQDA® supported the development of this study, by allowing the handling of a large volume of qualitative data, as well as the relocation of parts of the PMS between codes, as proposed by Bardin's content analysis, which establishes the need to exhaust the analysis of fragments extracted to compose the units of meaning and explanation of the phenomenon under analysis.

Keywords: Qualitative Research; Health Planning; Unified Health System; Needs Assessment; Social Vulnerability.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.304-312

1. Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem o objetivo de prover, universalmente, ações de promoção, prevenção, restauração, reabilitação e cuidados paliativos (Brasil, 2009). Para tanto, espera-se que o SUS garanta acesso, equidade, qualidade, efetividade e sustentabilidade do Sistema (Ducan et al., 2015).

O SUS, como política de Estado, ampliou as práticas assistenciais e gerenciais ao conceber a saúde como interligada à qualidade de vida e bem-estar das pessoas, o que significa a necessidade de considerar as condições de habitação, transporte, saneamento e trabalho, além de outros aspectos que determinam os diferentes perfis do modo de viver, adoecer e morrer de distintos grupos sociais (Duncan et al., 2015).

Os gestores locais, no SUS, devem organizar a assistência à saúde, o que – muitas vezes – ocorre por meio da ação isolada da oferta de serviços de saúde de forma desarticulada da identificação das necessidades em saúde – o que denota descompasso entre a demanda e a oferta, acentuando as desigualdades alocativas de recursos e deficiência no atendimento às necessidades em saúde (Nascimento, 2015; Santos & Giovanella, 2014), em especial, de grupos sociais vulneráveis.

O Plano Municipal de Saúde (PMS) é um instrumento de gestão local, cujo objetivo é monitorar e planejar as ações, com vistas a atenderem às necessidades em saúde da população, garantindo que ações articuladas sejam providas adequadamente (Nascimento & Egry, 2017).

O PMS tem vigência de quatro anos e busca mapear a situação de saúde da população, bem como estabelecer prioridades, objetivos e metas, visando contribuir para a efetiva atenção à saúde (Brasil, 2009), o que exige que considere as necessidades em saúde de grupos sociais vulneráveis (Nascimento & Egry, 2017).

Para atender ao seu objetivo, o PMS deve reconhecer a existência de heterogêneas necessidades em saúde, que potencializam a sua utilização ao organizar o planejamento em saúde local centrado na efetividade da assistência prestada e, consequentemente, a qualidade da atenção percebida pela população (Albuquerque et al., 2011).

O PMS se coloca como potente para contribuir para minimizar as iniquidades em saúde, por meio do mapeamento das heterogêneas necessidades em saúde, bem como da sistematização de ações, objetivos e metas, que visam agregar efetividade à atenção à saúde, em especial, dos grupos sociais vulneráveis (Bueno et al., 2013).

Para que essa perspectiva de utilização do PMS se confirme no cotidiano das secretarias de saúde, os gestores devem pautar as suas práticas no modelo explicativo do processo saúde-doença centrado na determinação social – o que implica a mudança de paradigma em relação à compreensão dos fenômenos relacionados ao modo de adoecer e morrer das pessoas (Breilh, 2019).

Essa mudança de paradigma não está presente na realidade das práticas de gestão em saúde pública local, como concluiu um estudo realizado em quatro municípios brasileiros que demonstrou o distanciamento entre as práticas de gestão local, e a determinação social do processo saúde-doença, denotando limitação para a resposta efetiva do sistema de saúde sobre as necessidades da população, em especial de grupos sociais vulneráveis (Nascimento & Egry, 2017).

Diante da complexidade do tema proposto, optou-se pelo uso do *software Web Qualitative Data Analysis* (webQDA®) para apoiar a análise dos dados qualitativos (Minayo & Costa, 2019), visto o grande volume e densidade teórica presente neles.

O *software* webQDA® possibiltou a importação do arquivo referente ao PMS na íntegra, bem como a proposição de categorias empíricas para análise de conteúdo de Bardin (Bardin, 2015), por meio de códigos inseridos no próprio *software* para organização dos dados coletados.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.304-312

As perguntas de pesquisa deste estudo foram: a) Como o PMS de São Paulo reconhece as necessidades em saúde da população, em especial de grupos sociais vulneráveis? e b) O *software* webQDA® apoiou a organização e análise do grande volume de dados documentais?

Portanto, os objetivos deste estudo foram analisar como o PMS de São Paulo reconhece as necessidades em saúde da população, em especial, de grupos sociais vulneráveis, bem como analisar o apoio do *software* webQDA® na organização e análise do grande volumee de dados qualitativos provenientes do PMS de São Paulo.

2. Metodologia

Estudo documental, exploratório-descritivo, retrospectivo e com abordagem qualitativa, realizado em junho de 2020, e fundamentado na Teoria da Intervenção Práxica da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC), a partir do referencial teórico do Materialismo-Histórico e Dialético (Egry, 1996).

A TIPESC é sistematizada, a partir da análise crítica da realidade, em cinco etapas: 1) captação da realidade objetiva, 2) interpretação da realidade captada, 3) projeto de intervenção sobre a realidade, 4) intervenção propriamente dita, e 5) reinterpretação da realidade (Egry, 1996), sendo que neste estudo foram utilizadas as duas primeiras etapas propostas.

O cenário foi o município de São Paulo, que se caracteriza como a maior cidade e economia brasileira.

Os PMS referentes aos quadriênios de 2014-2017 e 2018-2021 foram analisados após localizados na plataforma *web* de domínio público do Ministério da Saúde: Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório de Gestão (SARG-SUS).

Ambos PMS, convertidos para arquivo word, foram inseridos no *software* webQDA® como fonte interna, totalizando mais de 600 páginas para análise documental.

O processo de análise dos dados ocorreu com a colaboração de quatro pesquisadores que constituíram uma equipe de trabalho e pesquisa (ETP).

Os dados extraídos foram organizados no *software* webQDA®, por meio das categorias empíricas: ‘Vulnerabilidades Sociais' e 'Resposta às Necessidades em Saúde’ - as quais foram propostas em consenso pela ETP, a partir do conhecimento sobre objetivo do PMS como instrumento de gestão local, bem como por possuírem adesão ao problema de pesquisa presente no primeiro objetivo deste estudo: “Analisar como o PMS de São Paulo reconhece as necessidades em saúde da população, em especial, de grupos sociais vulneráveis.”.

O *software* webQDA® teve um papel de grande valia, ao permitir a inserção de um vasto material textual, bem como a organização e inserção dos trechos selecionados nas categorias empíricas propostas – o que possibilitou a decisão da ETP sobre a análise do PMS do quadriênio de 2014-2017, uma vez que o PMS de 2018-2021 não dispôs de conteúdo relevante alinhado ao problema de pesquisa proposto.

A extração dos dados dos PMS foi realizada, por três dos quatro pesquisadores da ETP, os quais realizaram a análise de conteúdo preconizada por Bardin, que ao se utilizar da hermenêutica crítica, estrutura a elaboração e análise das unidades de significado, visando evidenciar a essência do fenômeno de interesse (Bardin, 2015).

Esse processo exigiu dos pesquisadores a reanálise pormenorizada dos dados em diferentes momentos, inclusive quando do consenso sobre a consolidação dos conteúdos nas respectivas categorias empíricas, bem como da atuação do quarto pesquisador da ETP na fase final de revisão de todos os conteúdos extraídos e organizados nas categorias, o que foi facilitado com o uso do *software* webQDA®.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.304-312

Esse estudo ao propor o manejo de dados secundários e de domínio público, dispensou a sua apreciação por um Comitê de Ética em Pesquisa – como ampara a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510/2016 (Brasil, 2016).

3. Resultados e Discussão

Para operacionalização do SUS com qualidade é imprescindível o reconhecimento e avaliação das necessidades em saúde, e das vulnerabilidades dos grupos sociais dos territórios geopolíticos (Egry, 2018).

A análise do PMS de São Paulo referente ao quadriênio 2014-2017 permitiu identificar, a presença de 1149 objetivos específicos que nortearam o planejamento das ações propostas com suas respectivas metas e indicadores.

Desse total de objetivos específicos, 1,7% (20) deles versaram sobre mecanismos de enfrentamento de vulnerabilidades, cujas evidências foram organizadas na categoria empírica 'Vulnerabilidades Sociais' e estão descritas a seguir:

> Implementar Programa Consultório na Rua (CnaR), integrando as ações de suas equipes com as de ESF, UBSI, CAPS adulto, CAPS infantil e CAPS álcool e drogas, a fim de incluir no SUS pessoas em situação de rua e **alta vulnerabilidade**. [grifo nosso].
>
> Reduzir a **vulnerabilidade da juventude negra e moradora da periferia**, criando estratégias de ampliação de direitos, enfrentamento ao racismo e prevenção da violência nos territórios atingidos pelos altos índices de mortalidade. [grifo nosso].
>
> Monitorar a **qualidade da água para consumo humano** e estabelecer novas tecnologias de abordagem em conjunto com as CRS (SUVIS/UBS) e território, levando em consideração **critérios epidemiológicos de risco e vulnerabilidade**. [grifo nosso].
>
> Implementar o controle de vetores e reservatórios responsáveis pela transmissão das zoonoses de importância em saúde pública no município de São Paulo, por meio da reestruturação do processo de trabalho das equipes de vigilância em saúde ambiental das Supervisões de Vigilância em Saúde, de forma a desenvolver ações de base territorial que considerem os **critérios de risco, vulnerabilidades**, potencialidades e ações locais articuladas. [grifo nosso].
>
> Intervir nos fatores determinantes e condicionantes das doenças crônicas não-transmissíveis, de acordo com o **perfil de vulnerabilidade e com base em critérios epidemiológicos**. [grifo nosso].
>
> Realizar ações em conjunto com a educação por meio do Programa Saúde na Escola e em **áreas de grande vulnerabilidade** por ações da Estratégia Saúde da Família, Abrigos de Menores e Associações de Comunidades de Imigrantes. [grifo nosso].
>
> Implementar a atenção à saúde e o cuidado à **população em situação de rua e vulnerabilidade**. [grifo nosso].
>
> Promover grupos semanais com usuários nas Unidades da região do Itaim Paulista, tendo em vista a **vulnerabilidade** às doenças, enfermidades graves e crônicas. [grifo nosso].
>
> Favorecer o acesso, acolhimento, classificação de risco e **vulnerabilidade à gestante**, nas ações da Unidade Básica de Saúde. [grifo nosso].
>
> **Classificar e avaliar a vulnerabilidade da família** deste recém-nascido e ampliar e promover a integração destas ações com as Maternidades da região que atendem este recém-nascido. [grifo nosso].

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.304-312

> Criar Núcleos de Vigilância em Saúde nas Unidades, visando: intensificar a busca ativa de hanseníase e tuberculose intra e extra muros, agregando equipe da Unidade Básica de Saúde, Estratégia Saúde da Família e equipamentos da educação; fortalecer treinamento e ações de busca ativa **em locais de maior vulnerabilidade**; e capacitar os profissionais para identificar e tratar adequadamente a sífilis. [grifo nosso].
>
> Implantar novos serviços e Unidades na região, em **área de alta vulnerabilidade social**, com ampliação da rede de atenção ampliando o acesso à assistência à saúde, garantindo a integralidade do cuidado. [grifo nosso].
>
> Aumentar e assegurar a rede de apoio ao usuário em **situação de risco e vulnerabilidade social**. [grifo nosso].
>
> Realizar cuidados complexos para crianças e adolescentes com psicopatologias graves e com riscos psicopatológicos simultâneos a **vulnerabilidade socioeconômica e desestruturação familiar** em território descoberto. [grifo nosso].
>
> Realizar capacitações específicas sobre **identificação de vulnerabilidades** e vinculação da gestante às Unidade Básicas de Saúde. [grifo nosso].
>
> Favorecer cuidados com crianças e adolescentes com graves psicopatologias, em crises, ou riscos às mesmas, por alta **vulnerabilidade socioeconômica e desestruturação familiar**. [grifo nosso].
>
> Promover a esterilização cirúrgica de cães e gatos e identificação do responsável, por meio de serviços tercerizados e equipes próprias, especialmente **nas regiões com maior índice de exclusão social**. [grifo nosso].
>
> Propiciar cuidados aos usuários de crack e outras drogas com **alta vulnerabilidade** em ambiente terapêutico protegido. [grifo nosso].

O PMS analisado apresentou objetivos relacionados ao enfrentamento de vulnerabilidades e identificação de grupos sociais com necessidades específicas, no entanto, eles se mostraram inexpressivos frente ao número total de objetivos propostos e que, em sua maioria, estiveram centrados na resposta à ocorrência de doenças e agravos, processos de trabalho e produção do cuidado em saúde – cujas evidências foram organizadas na categoria empírica “Resposta às Necessidades em Saúde” e estão apresentadas a seguir:

> Estruturar a atenção à saúde às pessoas com **hanseníase, tuberculose e hepatites virais B e C.**
>
> Aprimorar a **gestão da fila de espera** da Atenção Especializada Ambulatorial.
>
> Qualificar o **atendimento de urgência e emergência**, adotando nova modalidade de assistência - Unidades de Pronto Atendimento.
>
> Avaliar em tempo oportuno a **quantidade de médicos necessários**, contratados e presentes na rede municipal de saúde.

Esses objetivos identificados no PMS para responder às necessidades em saúde da população são importantes para o planejamento em saúde. Entretanto, apresentam limites na sua efetividade, ao não estarem atrelados à realidade dos diferentes territórios que compõem o município e que abarcam grupos sociais específicos, com necessidades em saúde heterogêneas.

É fundamental pensar para além da oferta de ações e serviços, uma vez que o atendimento às necessidades em saúde exige compreensão aprofundada e pormenorizada da realidade das diferentes coletividades que compõem o território (OPAS, 2011; Nascimento, 2015).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.304-312

A construção desses resultados foi facilitada com o uso do *software* webQDA®, que ao propor a organização dos dados qualitativos analisados em códigos, possibilitou que fossem reanalisados com maior facilidade, contribuindo para otimizar o tempo de execução do estudo.

Esse processo reiterou o PMS como uma ferramenta gerencial relevante para reorientar a gestão em saúde local, sendo primordial que esteja lastreada em bases teórico-conceituais que possibilitem a articulação dos perfis de saúde e doença aos de reprodução social, ou seja, que esteja ancorada na teoria interpretativa da determinação social do processo saúde-doença, identificando os grupos sociais, vulnerabilidades e necessidades diferenciadas, contribuindo para a adoção de práticas de gestão em saúde comprometidas com a equidade e integralidade do cuidado (Nascimento & Egry, 2017).

A readequação dos instrumentos de gestão local, como do PMS, além da qualificação dos trabalhadores envolvidos no processo de captação das necessidades em saúde dos grupos sociais heterogêneos, bem como dos tomadores de decisão – representados pelos assessores das secretarias de saúde municipal e pelo próprio Secretário Municipal de Saúde, são essenciais.

Isso porque, esses instrumentos de gestão, como o PMS, estão alicerçados sobre as diretrizes da Epidemiologia Clássica e do modelo Multicausal de compreensão do processo saúde-doença – limitando o atendimento às necessidades em saúde, o que foi evidenciado neste estudo, por meio da ausência de propostas para identificar e localizar no território os grupos sociais vulneráveis presentes no município de São Paulo, os quais têm necessidades em saúde específicas e precisam ser respondidas de forma diferenciada pelo SUS.

Isso foi reiterado no PMS analisado, à medida que a categoria empírica 'Resposta às Necessidades em Saúde' denotou a presença de indicadores de resultados atrelados à implementação de ações de natureza funcionalista, ou seja, centradas na oferta da capacitação de equipes e serviços de saúde, como significado de resposta ao objetivo específico proposto no PMS, o que está evidenciado nos trechos a seguir:

> Objetivo Específico: Reduzir a **vulnerabilidade da juventude negra e moradora da periferia**, criando estratégias de ampliação de direitos, enfrentamento ao racismo e prevenção da violência nos territórios atingidos pelos altos índices de mortalidade. [grifo nosso].
>
> Indicador(es) de Resultado: 1- Percentual de jovens bolsitas **capacitados** entre os previstos; 2- Percentual de profissionais **capacitados** entre os previstos. [grifo nosso].
>
> Objetivo Específico: Implementar a atenção à saúde e o cuidado à **população em situação de rua e vulnerabilidade**. [grifo nosso].
>
> Indicador(es) de Resultado: Proporção entre o nº de **usuários em situação de rua atendidos** no período em relação ao período anterior. [grifo nosso].
>
> Objetivo Específico: Realizar capacitações específicas sobre **identificação de vulnerabilidades** e vinculação da gestante às Unidade Básicas de Saúde. [grifo nosso].
>
> Indicador(es) de Resultado: 1- Nº de profissionais **capacitados/previstos** x 100; e 2 - Proporção de gestantes **identificadas** para vinculação à UBS.
>
> Objetivo Específico: Propiciar cuidados aos usuários de crack e outras drogas com **alta vulnerabilidade** em ambiente terapêutico protegido. [grifo nosso].
>
> Indicador(es) de Resultado: CAPS III Infantil **implantado** […]. [grifo nosso].

A análise dos indicadores de resultados propostos para os objetivos específicos do PMS de 2014-2017, denota a urgência da adoção da concepção de saúde socialmente determinada como caminho para responder de forma efetiva às necessidades em saúde da população.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.304-312

A análise qualitativa dos objetivos específicos junto com os indicadores foi oportunizada por uma das funcionalidades do software webQDA®, e escancara a natureza funcionalista do monitoramento das ações propostas no PMS, as quais estiveram centradas na concepção do processo de saúde pautada na doença, procedimentos, implantação de serviços e capacitação de equipes – as quais apesar de importantes, são insuficientes para garantir a resposta às diferentes necessidades em saúde que emergem de realidades desiguais.

Para garantir a efetividade dos objetivos específicos propostos no PMS, os indicadores de resultados, ao invés de descreverem a realidade, por meio do número de profissionais capacitados, serviços implantados, procedimentos realizados, entre outros – devem possuir demonstrar o quanto as ações propostas impactaram e geraram transformação da realidade, isso porque a compreensão sobre as formas de adoecimento e morte da população transcendem a doença e são socialmente determinadas (Gatto-Júnior et al., 2015).

Para atuar no SUS não são suficientes conhecimentos e habilidades relacionadas ao ser humano biológico e à clínica como maneira de intervir. Nessa prática profissional é preciso compreender o nexo bio-psíquico-social; o processo saúde-doença socialmente determinado; e a Epidemiologia Crítica, os quais estão alicerçados sobre os pressupostos da Saúde Coletiva (Egry, 2018).

A gestão local comprometida com o atendimento efetivo às necessidades em saúde, captação e reconhecimento das diferentes realidades presentes no território (Hino et al., 2009) subsidiam as práticas gerenciais efetivas em resposta às heterogêneas necessidades em saúde e, em especial, de grupos sociais vulneráveis.

A mudança na compreensão de como ocorre o processo de saúde e de doença, implica o aumento significativo do trabalho e do desenvolvimento de competências dos profissionais, tanto assistenciais, como gerenciais (Martins, Egry & Apostólico, 2015), uma vez que eles serão exigidos a atuarem de forma analítica em seus respectivos escopos de trabalho, denotando a necessidade de investimento maciço em qualificação professional, o que não foi evidenciado no PMS analisado.

No território, os fenômenos sociais expressos nos perfis de saúde se manifestam de forma explícita, demandando desses profissionais competências para o reconhecimento das necessidades em saúde e para o enfrentamento das vulnerabilidades (Martins, Egry & Apostólico, 2015), reforçando a necessidade de mudanças nos instrumentos de gestão, bem como na qualificação dos trabalhadores e tomadores de decisão (Nascimento & Egry, 2017).

Este trabalho avançou ao vocalizar a urgência da mudança de paradigma do modelo explicativo do processo do adoecer e morrer nas práticas de gestão em saúde local, uma vez que ele não se dá linearmente, mas de forma heterogênea a depender, principalmente, da posição social ocupada pelas pessoas.

Além disso, ele demonstra que apesar de discreta, houve a preocupação da gestão local no quadriênio 2014-2017, em se aproximar de conceitos que traduzem maior densidade à compreensão do processo saúde-doença, como ao propor ações pautadas na vulnerabilidade social, o que infelizmente não teve continuidade no PMS de 2018-2021, demonstrando retrocesso na política municipal de saúde.

A relevância de uma formação diferenciada dos profissionais – sejam eles assistenciais ou gerenciais – de forma a compreenderem o processo de saúde e de doença como socialmente determinado, visando subsidiar condições que possibilitem a ruptura de realidades limitantes, conjuntamente, à adoção de ações de governança local, que utilizem iniciativas intersetoriais compreendidas de forma integrada e articulada é fundamental para o atendimento às necessidades em saúde das pessoas. (Larsen et al., 2014; Santos &; Giovanella, 2014).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.304-312

4. Conclusões

O *software* webQDA® foi essencial no desenvolvimento deste estudo à medida que possibilitou o manejo de grande volume de dados qualitativos, que exigiram da ETP a reanálise contínua dos códigos inseridos e dos trechos a eles atribuídos, otimizando o tempo dispendido para a execução da pesquisa.

Ademais, o *software* permitiu embasar a seleção de apenas um dos PMS propostos para constituir o escopo de análise do estudo, frente ao esvaziamento de conteúdo apresentado no PMS de 2018-2021, denotando maior rigor metodológico na sua execução, o que por outro lado também se constituiu como uma limitação deste estudo que num primeiro momento buscava comparar os conteúdos dos PMS de dois quadriênios, o que não foi possível e demonstra uma lacuna para o desenvolvimento de estudos futuros.

Outro ganho foi diante das evidências provenientes da análise do PMS de 2014-2017, que contraditóriamente demonstraram, preocupação dos gestores locais em possibilitar uma aproximação com a compreensão das vulnerabilidades sociais presentes no município, apesar de se utilizarem de ações e indicadores com limitações para responderem efetivamente às necessidades em saúde, em especial, dos grupos sociais vulneráveis.

Portanto, é pertinente atuar fortemente na qualificação dos profissionais, visando fomentar a mudança da compreensão dos fenômenos que envolvem o processo de adoecer e morrer das pessoas, o qual é socialmente determinado.

Frente a isso, recomenda-se realização de estudos futuros que proponham metodologias e instrumentos para a ruptura de práticas assistenciais e gerenciais pautadas na multicausalidade e na produtividade em saúde, uma vez que esse arcabouço teórico-prático é limitado para responder às heterogêneas necessidades em saúde, em especial, de grupos sociais vulneráveis.

5. Referências

Albuquerque, M.S.V., Costa, A.M., Lima, L.P., & Melo-Filho, D.A. (2011). Equidade e inclusão de grupos sociais na política de saúde: o caso do Recife, Brasil. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 11(1), 73-82. http://doi.org/10.1590/S1519-38292011000100008

Bardin, L. (2015). Análise de conteúdo (1nd ed.). Edições 70.

Brasil. (2016). Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 510, de 7 de abril de 2016. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html

Brasil. (2009). Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Reflexões aos novos gestores municipais de saúde (1st ed.). Conasems. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/reflexoes_novos_gestores_municipais.pdf

Breilh, J. (2019). Critical Epidemiology in Latin America: Roots, Philosophical and Methodological Ruptures. In: Vallverdú J., Puyol A., & Estany A. (Eds.), Philosophical and Methodological Debates in Public Health (pp. 21-45). Springer. https://www.springer.com/gp/book/9783030286255

Bueno, R.E., Moysés, S.T., Bueno, P.A.R., & Moysés, S.J. (2013). Governança, sustentabilidade e equidade no plano de saúde de São José dos Pinhais, Brasil. Revista Panamericanam Salud Publica, 34(6), 416-421. https://www.scielosp.org/article/rpsp/2013.v34n6/416-421/

Duncan, P., Bertolozzi, M.R., Cowley, S., Egry, E.Y., Chiesa, A.M., & Siqueira França, F.O. (2015). 'Health for All' in England and Brazil? International Journal Health Services, 45, 545-563. http://doi.org/10.1177/0020731415584558

Egry, E.Y. (1996). Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem (1st ed.). Ícone.

Egry, E.Y. (2018). A glance at the Good Practices of Nursing in Primary Care. Revista Brasileira de Enfermagem, 71(3), 930-931. http://doi.org/10.1590/0034-7167.2018710301

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.304-312

Gatto-Júnior, J.R., Ventura, C.A.A., & Bueno, S.M.V. (2015). A formação do enfermeiro, o sistema único de saúde e a saúde como um direito: uma revisão sobre a tipologia de conteúdos de ensino-aprendizagem. Arquivos de Ciências da Saúde, 19(1), 59-72. https://doi.org/10.25110/arqsaude.v19i1.2015.5266

Hino, P., Ciosak, S.I., Fonseca, R.M.G.S., & Egry, E.Y. (2009). Necessidades em saúde e atenção básica: validação de instrumentos de captação. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 43(2), 1156-1167. http://doi.org/10.1590/S0080-62342009000600003

Larsen, M., Rantala, R., Koudenburg, A.O., & Gulis, G. (2014). Intersectoral action for health: the experience of a Danish municipality. Scandinavia Journal Public Health, 42, 649-657. http://doi.org/10.1177/1403494814544397

Martins, L.R., Egry, E.Y., & Apostólico, M.R. (2015). Consideraciones acerca de la importancia del estudio de saberes necesarios para el afrontamiento de la violencia infantil en la atención primaria de salud. Revista Eletrônica da Faculdade Invest de Ciências e Tecnologia, 14(2), 137-149. https://doi.org/10.22490/25391887.1463

Minayo, Maria Cecilia de Souza, & Costa, A. P. (2019). Techniques that use speech, observation and empathy: qualitative research in action (1st ed.). Ludomedia.

Nascimento, A.B. (2015). Análise da oferta e da demanda por serviços de saúde de um território sanitário como contribuição para a atenção e gestão em saúde. Revista de Gestão em Sistemas de Saúde, 4(2), 73-86. http://doi.org/10.5585/rgss.v4i2.162

Nascimento, A.B., & Egry, E.Y. (2017). Municipal health plans and the potentialities of recognition of health needs: a study on four Brazilian Municipalities. Saúde e Sociedade, 26(4), 861-871. http://doi.org/10.1590/s0104-12902017170046

OPAS. (2011). Organização Pan-Americana da Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS (1st ed.). Ministério da Saúde. https://iris.paho.org/handle/10665.2/18457

Santos, A.M., & Giovanella, L. (2014). Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. Revista de Saúde Pública, 48(4), 622-631. http://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005045

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.304-312

O papel da educação interprofissional no processo de reorientação da formação em saúde

Edlaine Faria de Moura Villela[1], Thania Maria Diniz[1], Bruno Rodrigues Ferreira[1], Maria Gisélia da Silva Rocha[1], Leilineia Pereira Ramos de Rezende Garcia[1] e Tamara Rodrigues Lima Zanuzzi[1]

[1] Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás, Brasil | edlaine@alumni.usp.br; thanymaria@yahoo.com.br; brunorodriferreira@hotmail.com; gilmaryy@hotmail.com; leilineiagarcia@gmail.com; tamaralima8585@gmail.com | https://orcid.org/0000-0002-7043-2007; https://orcid.org/0000-0001-7014-7719 ; https://orcid.org/0000-0002-0203-2781; https://orcid.org/0000-0001-7821-1594; https://orcid.org/0000-0002-1187-1376; https://orcid.org/0000-0002-2551-0483

Resumo: Introdução: No Brasil, nos últimos anos, vem sendo verificado um esforço para incorporar a educação interprofissional nas políticas indutoras de reorientação profissional em saúde. Nesse contexto, destaca-se o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, fundamentado na tríade ensino-serviço-comunidade. **Objetivos**: Descrever experiências e conhecimentos construídos coletivamente na implementação do PET-I no contexto das práticas da educação interprofissional no município de Jataí, Goiás. **Métodos**: Estudo descritivo exploratório, de abordagem qualitativa, fundamentado nas bases teórico-conceituais e metodológicas da educação interprofissional, realizado entre agosto de 2019 e novembro de 2020. **Resultados**: Todos os participantes de cada etapa da pesquisa apresentaram uma atitude positiva e receptiva em relação ao trabalho interprofissional, mencionando que ele promove resultados benéficos, especialmente para a resolutividade da atenção e da segurança dos usuários. Em alguns momentos, porém, verificaram-se visões estereotipadas sobre as profissões. Foi marcante o pensamento de que a EIP é algo muito bom, que apresenta vantagens, mas é muito difícil fazê-la e conseguir disseminá-la para todos os profissionais ou trabalhar de fato em equipe. **Conclusões**: Ao analisar as percepções dos participantes percebemos que as habilidades e conhecimentos propostos pelo PET-I para uma formação interprofissional podem superar a mecanização e as visões fragmentadas do cuidado em saúde, resultando em uma formação humanizada, integrada e que pode gerar novas respostas às atuais necessidades.

Palavras-chave: Aprendizagem Baseada em Problemas; Equipe de Saúde; Formação Profissional em Saúde; Relações Interprofissionais.

The Role of Interprofessional Education in the Process of Reorientation of Health Training

Abstract: Introduction: In Brazil, in recent years, an effort has been verified to incorporate interprofessional education into policies that induce professional reorientation in health. In this context, the Program of Education through Work for Health stands out, based on the triad of teaching-service-community. **Objectives:** To describe experiences and knowledge collectively constructed in the implementation of PET-I in the context of interprofessional education practices in the municipality of Jataí, Goiás. **Methods:** Descriptive exploratory study, with a qualitative approach, based on the theoretical-conceptual and methodological bases of interprofessional education, carried out between August 2019 and November 2020.**Results:** All participants of each stage of the research presented a positive and receptive attitude towards interprofessional work, mentioning that it promotes beneficial results, especially for the resolution of attention and safety of users. At times, however, there were stereotyped views about the professions. It was remarkable the thought that IPE is something very good, which has advantages, but it is very difficult to do it and be able to disseminate it to all professionals or actually work as a team. **Conclusions:** When analyzing the participants' perceptions, we realized that the skills and knowledge proposed by PET-I for interprofessional training can overcome mechanization and fragmented views of health care, resulting in a humanized, integrated training that can generate new responses to current needs.

Keywords: Problem-based Learning; Patient Care Team; Health Human Resource Training; Internacional Relation.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.313-322

1. Introdução

A educação interprofissional (EIP) é uma abordagem educacional em que atores de duas ou mais profissões de saúde têm a oportunidade clara e intencional de aprender em conjunto, de forma interativa, visando a estimular e reforçar práticas colaborativas e qualificar os serviços ofertados (Reeves, 2016).

Estudos apontam o potencial da EIP para qualificar a vivência dos usuários no cuidado (Reeves, 2016), bem como a prática profissional, ampliando a satisfação dos trabalhadores (Peduzzi et al., 2020), sendo fundamental para dissipar estereótipos e preconceitos (Visser et al., 2018). Em parte, esse potencial é pertinente ao seu arcabouço teórico-conceitual e metodológico, comprometido com a construção de processos educativos para profissionais de saúde mais capacitados e propícios para trabalhar em equipe e, consequentemente, para a consolidação do SUS (Reeves, 2016; Peduzzi et al., 2013).

Para que as mudanças na formação inicial e nas intervenções dos profissionais atuantes na saúde sejam factíveis, também é necessário o domínio de saberes acerca dos determinantes do processo saúde-doença como produto da interação de vários saberes. Assim, os currículos de formação dos profissionais de saúde devem contemplar não só o conhecimento técnico-científico, mas também enfatizar preceitos éticos, humanos e sociais propostos pela saúde coletiva, valorizar a interdisciplinaridade, o desenvolvimento de competências para as relações sociais, problematizar a realidade para a efetivação dos serviços de saúde de qualidade conforme as necessidades da população, sem repetir o modelo tradicional, biomédico e fragmentado (Mendes et al., 2017).

No Brasil, nos últimos anos, vem sendo verificado um esforço para incorporar a educação interprofissional nas políticas indutoras de reorientação profissional em saúde (Reeves, 2016; Reeves et al., 2016). Nesse contexto, destaca-se o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), fundamentado na tríade ensino-serviço-comunidade, que tem o objetivo de desenvolver grupos de estudos tutoriais nos campos estratégicos do SUS (Brasil, 2008). Assim, o PET-Saúde busca otimizar os programas de qualificação e valorização dos profissionais de saúde e professores, bem como a iniciação ao trabalho, os estágios e as experiências direcionadas aos alunos da área, segundo as demandas do SUS. Baseia-se na indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão e integração das comunidades no ensino-serviço (Santos & Batista, 2018; Haddad et al., 2012).

Desse modo, o PET-I reforça a estratégia educacional como instrumento de melhoraria da qualidade da atenção e de aprimoramento da formação profissional em saúde pelas instituições de ensino e serviços de saúde na perspectiva do SUS (Brasil, 2018). Nessa perspectiva é recomendada a integração e inserção da força de trabalho em cenários de aprendizagem que visem à assimilação da teoria com a prática e do ensino com o serviço. Um ponto relevante para a educação interprofissional é assegurar um contexto de prática e aprendizado que permita ao participante conhecer as outras profissões e desenvolver qualidades: disponibilidade, prática centrada no usuário, confiança nos outros, ser diplomático, autêntico e aberto aos diálogos (Flood et al., 2019). Sordi et al. (2020) reforçam o potencial de alianças realizadas entre as IES com os serviços de saúde locorregionais como uma medida para superar a fragmentação entre teoria e prática, pois elas trazem mudanças nos cenários de aprendizagem e no modelo de formação das práticas profissionais em saúde.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.313-322

Ao aderir ao PET-I, a Universidade Federal de Jataí (UFJ) iniciou um processo de inserção da EIP em projeto curricular, estimulando o trabalho em equipe referenciado nas diretrizes operacionais de reestruturação do SUS, saindo de fato do status de recomendação para ação efetiva assentada nas práticas. Com essa iniciativa o campus propicia condições para que docentes, discentes, preceptores e a rede de saúde jataiense possam trabalhar de forma integrada, sistematizada e colaborativa. Assim, justifica-se a realização desse estudo com o intuito de descrever experiências e conhecimentos construídos coletivamente entre docentes coordenadores, docentes tutores, preceptores de diferentes profissões de saúde e discentes de graduação na área de saúde da UFJ, na implementação do PET-I no contexto das práticas da educação interprofissional no município de Jataí, Goiás.

2. Desenvolvimento do Estudo

2.1 População e Período de Estudo

Este estudo é descritivo exploratório, de abordagem qualitativa, fundamentado nas bases teórico-conceituais e metodológicas da EIP, e foi realizado entre agosto de 2019 e novembro de 2020, no município de Jataí. A natureza qualitativa permite explorar o fenômeno a partir do significado que as pessoas atribuem a suas experiências de vida; compreende a subjetividade, valores, percepções e o modo como elas entendem e constroem o mundo ao seu redor (Vieira & Hossne, 2015). Mais que isso, como os indivíduos evoluem e se transformam a cada dia (Andrade & Pegolo, 2020).

A equipe foi composta por participantes do programa PET-I da Universidade Federal de Jataí (UFJ) que agregava docentes coordenadores, docentes tutores, preceptores de diversas profissões de saúde e discentes de graduações das áreas de saúde da UFJ. O programa PET-I da UFJ tinha o envolvimento dos cursos de Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Fisioterapia e Medicina. O grupo analisado nesta pesquisa era composto por doze integrantes, sendo um estudante do curso de Medicina, dois do curso de Enfermagem, dois do curso de Fisioterapia e um de Educação Física. Entre as quatro preceptoras, duas eram psicólogas, uma enfermeira e a outra fisioterapeuta. Também havia uma docente coordenadora (professora da Biomedicina) e uma docente tutora (professora da Medicina). Esse subgrupo foi intitulado “Saúde & Interdisciplinaridade”, e realizou 16 encontros com atividades diversas.

2.2 Coleta e Análise dos Dados

2.2.1 Coleta de Dados

Para a organização da formação do grupo de participantes e para coleta de dados foram realizados 35 encontros com um total de 60 participantes compostos por docentes, discentes e trabalhadores da área da saúde.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.313-322

Os encontros eram realizados quinzenalmente, sempre às sextas-feiras, onde eram propostas atividades diversas como: reuniões gerais com os 60 integrantes, atividades de definição do plano de trabalho, aulas sobre capacitação em EIP em saúde, palestra ("A importância da interprofissionalidade no atendimento à saúde e a qualidade de vida dos discentes"), atividades de extensão em instituições e em contato com a comunidade (Hepatite Zero, palestras e educação em saúde individual, aproximação com a comunidade e os serviços de saúde), cursos de capacitação sobre acolhimento em saúde, eventos e apresentações sobre estudos da EIP, participação e apresentação de trabalhos no CONEPE (Congresso de Ensino, Pesquisa e Extensão da UFJ), organização de evento sobre abordagens interprofissionais em saúde coletiva- gastroenterites, visitas as unidades básica em saúde (UBS), atividades de estudo sobre métodos para a análise e cogestão de coletivos, rodas de conversas para apresentação de materiais produzidos nos eventos e intervenções na comunidade.

A partir dos encontros com o grupo geral, foi constituído um subgrupo composto por 12 participantes do PET-I de Jataí, sendo um estudante do curso de Medicina, dois do curso de Enfermagem, dois do curso de Fisioterapia e um de Educação Física. Entre as quatro preceptoras, duas eram psicólogas, uma enfermeira e a outra fisioterapeuta. Também havia uma docente coordenadora (professora da Biomedicina) e uma docente tutora (professora da Medicina). Esse subgrupo foi intitulado "Saúde & Interdisciplinaridade", e realizou 16 encontros com atividades diversas, contemplando também as atividades do grupo geral com 60 participantes.

Para a coleta de dados para esta pesquisa o grupo "Saúde & Interdisciplinaridade" composto por 12 participantes foram informados sobre os objetivos desta pesquisa, concordando com eles voluntariamente por meio do TCLE que foi lido, esclarecido e assinado por todos, antes do início das atividades de coleta, que seriam atividades com grupos focais e análise documental. Para tanto, foi solicitado o uso de gravador para registrar o conteúdo das discussões, assegurando-se aos participantes o respeito à confidencialidade e ao anonimato. As conversas foram transcritas de modo literal para a posterior análise de dados.

O estudo com o grupo "Saúde & Interdisciplinaridade" foi realizado em três fases, cada uma delas com procedimento de coleta de dados específicos. A primeira delas, antes da imersão dos participantes nas atividades do PET-I Jataí, consistiu em um grupo focal (GF1), cujo objetivo era conhecer os saberes prévios dos participantes acerca da EIP e do trabalho em equipe. A segunda foi a análise documental das atividades que ocorreram durante a execução do PET-I, por meio da coleta dos portfólios e registro das atividades remotas, para coleta das experiências, percepções e reflexões dos participantes. A terceira fase foi a realização do segundo grupo focal (GF2), convocado remotamente, após as intervenções previstas para a equipe. Seu objetivo foi verificar as mudanças dos conhecimentos, experiências e percepções após um ano de projeto. A coleta de dados, desde a primeira até a última etapa, foi realizada entre agosto de 2019 e novembro de 2020.

2.2.2 Grupo Focal 1 (GF1)

O Grupo Focal em seu caráter subjetivo de investigação é utilizado como estratégia metodológica qualitativa, e caracteriza-se por buscar respostas acerca do que as pessoas pensam e quais são seus sentimentos. O método qualitativo é utilizado para estudar temas específicos em contextos coletivos. O grupo focal é um meio de compreensão das percepções, atitudes, interpretações, crenças e representações sociais sobre questões comuns. Sendo assim, é um conjunto de pessoas com características ou experiências similares, que se baseia na comunicação, na interação e nas impressões de seus participantes para criar um ambiente favorável à discussão (Mazucato, 2018). Esse recurso possibilitou aos participantes da presente pesquisa manifestar percepções e pontos de vista sobre saberes e vivências em ações na perspectiva da EIP e sobre o trabalho em equipe.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.313-322

O convite para o encontro foi enviado aos 12 integrantes, por meio eletrônico, pela tutora do grupo “Saúde & Interdisciplinaridade”. Todos foram cadastrados no início do programa em um grupo de comunicação eletrônica, sendo este o principal meio de comunicação entre eles.

2.2.3 Análise Documental

Para Bardin (2011) a análise documental tem o objetivo de analisar e representar de forma condensada as informações provenientes dos elementos pesquisados, que permitem elaborar um documento secundário com o máximo de informações pertinentes sobre a temática em foco. A coleta de dados através da análise documental com o uso dos portfólios (é o nome que se dá a um conjunto de tarefas realizadas durante um período de tempo) considera as características individuais e singulares dos indivíduos e destaca as competências desenvolvidas por cada um, que escolhe o material a ser incluído. Contêm suas opiniões, dúvidas e reações aos conteúdos estudados, assim como suas reflexões sobre o desenvolvimento da própria aprendizagem (Cotta & Costa, 2016). Os portfólios do presente estudo, recolhidos e fotografados pela pesquisadora e arquivados para análise, contêm as práticas realizadas pelos participantes no período de setembro de 2019 à março de 2020, quando a UFJ suspendeu o ensino presidencial em razão da pandemia de covid-19. Após esse período, a realização das atividades foi virtual, passando a coleta dos dados a ser realizada nesses meios. Essa análise documental, baseada no portfólio, foi um registro inicial das ações do PET-I durante e após um ano do projeto, o que permitiu uma avaliação longitudinal e mais fidedigna (Cotta & Costa, 2016). Foram recolhidos seis portfólios para análise e estudo dos dados.

Na análise documental foram abordadas as atividades do grupo “Saúde & Interdisciplinaridade” nos serviços de saúde e na UFJ que primavam pela participação, pela interação e pelo respeito entre os seus integrantes, bem como aquelas que promoviam a reflexão e o pensamento crítico com foco no desenvolvimento de competências para o trabalho em equipe. As estratégias utilizadas pelo grupo foram construídas longitudinalmente, a partir dos encontros, nos quais eram discutidas as necessidades, as dificuldades e o interesse de todos nos temas debatidos.

Inicialmente, foi feito um levantamento dos conhecimentos e das experiências anteriores dos participantes do Grupo em EIP, seguido de uma aprofundação dos elementos teóricos e práticos da abordagem. Desse modo, buscou-se um alinhamento dos principais conceitos que permitiu eliminar dúvidas e incertezas sobre o assunto. Como o tema do PET-I Jataí é o acolhimento, também foi realizado um estudo teórico sobre essa questão e, houve muitas atividades envolvendo as metodologias ativas. Além disso, foram feitas muitas leituras, observações e rodas de conversa para a discussão de percepções e vivências. O contato com os usuários e a comunidade não foi muito explorado, nem mesmo antes da pandemia, porque a Secretaria de Saúde de Jataí impunha limitações à atuação dos alunos da UFJ nos serviços de saúde municipais. Em geral, essas atividades ocorreram em ações de educação, e não de clínica, em praças, num shopping e no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). Ainda assim, os integrantes puderam desenvolver competências colaborativas e aprender uns com os outros.

Paralelamente, ocorriam outras dinâmicas com vistas a possibilitar que os integrantes se sentissem à vontade para conhecer uns aos outros e, principalmente, esclarecer dúvidas sobre suas profissões, seus papéis e suas funções. A leitura, a análise e a posterior discussão de artigos com essas dinâmicas, mapas mentais, teatro, rodas de conversa e murais permitiram a aquisição de novos conhecimentos e o desenvolvimento de uma boa interação, proporcionando um clima favorável e receptivo ao desenvolvimento do trabalho colaborativo e à interação profissional.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.313-322

Especificamente, a dinâmica do barquinho – na qual o grupo tinha de escolher um líder e, em equipe, construir um barquinho com quatro folhas de papel-sulfite e fita adesiva, sendo que só era permitida a comunicação por gestos e apenas nos três minutos finais era possível conversar para realizar a atividade – permitiu a compreensão da importância da comunicação entre os membros de uma equipe para a obtenção de melhores resultados do grupo.

Os vários cursos on-line contribuíram para o alinhamento conceitual do PET-I Jataí, mas foram as webconferências as iniciativas de maior relevância, especialmente durante a pandemia. Elas possibilitaram o "contato" virtual com pessoas, profissionais e instituições de todo o mundo, momentos de imensa troca de conhecimentos e experiências entre os diferentes projetos PET-I no país. As dinâmicas no Google Meet, no Zoom e no Google Classroom promoveram uma qualificação dos participantes no uso de ferramentas e tecnologias digitais, o que lhes possibilitou diversas atividades interativas e participativas, que lhes trouxeram um pouco de leveza no meio da pandemia e promoveram um intenso diálogo sobre a EIP na saúde.

2.2.4 Grupo Focal 2 (GF2)

Os avanços nas tecnologias de informação e comunicação, bem como a facilidade de acesso a recursos digitais, oferecem novas oportunidades para a realização de pesquisas qualitativas. Assim, quando o mundo foi surpreendido pela pandemia, o contexto de distanciamento social lançou um enorme desafio a ser superado para que as pesquisas não fossem interrompidas. Nesse contexto, emergiu a ideia de um grupo focal on-line, obedecendo ao mesmo rigor metodológico observado em grupos focais presenciais (Mello & Cruz, 2018).

Como já havia acontecido no primeiro encontro, o convite para a reunião virtual foi enviado para os integrantes do grupo "Saúde e Interdisciplinaridade" através de mensagens eletrônicas. O encontro virtual, realizado via Google Meet, buscava identificar mudanças nos conhecimentos, nas habilidades e nas competências dos integrantes.

2.2.5 Análise dos Dados

Buscando conhecer a vivência dos docentes e estudantes que participaram da pesquisa, bem como suas percepções e seus saberes sobre educação interprofissional na experiência PET-I em Jataí, utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin (2011), tendo também como base o referencial teórico-conceitual e metodológico da EIP. A análise temática facilita a compreensão da linguagem dos participantes ao relacionar a significação dos termos descritos aos temas essenciais do fenômeno investigado (Minayo, 2014), articulando o discurso com o contexto de produção (Bardin, 2011).

Nessa análise, buscou-se compreender as características, estruturas ou modelos que estão por trás dos fragmentos de mensagens discutidas sobre o papel da educação interprofissional no processo de reorientação da formação em saúde. Durante a interpretação dos dados, foi realizada de forma criteriosa a descrição dos resultados e transcrição das respostas das questões norteadoras discutidas nos encontros grupais. A relação entre os dados obtidos e a fundamentação teórica da EIP, foram as bases estruturais da análise dos dados.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.313-322

3. Aspectos Éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFJ, por meio do parecer de no 3.727.135, respeitando-se os princípios éticos da pesquisa com seres humanos (autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade), de acordo com a Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012.

Em razão da pandemia, o estudo foi aprovado pelo CEP uma segunda vez, para aprovação da realização do Grupo Focal 02 de forma remota.

4. Resultados e Discussão

4.1 Grupo Focal 1 (GF1)

A ação foi iniciada com a apresentação de cada participante. Ao longo do encontro, buscou-se manter um clima agradável, informal, mas sem perder o foco no planejamento. O encontro teve duração de 1 hora e 30 minutos. Com base no referencial teórico da EIP, foi elaborado um roteiro para a condução do grupo focal, composto de questões-chave baseadas no objetivo da pesquisa. A discussão foi desencadeada por uma questão norteadora para desdobramento do problema: “Por que aprendemos separados se depois trabalharemos juntos?”. O intuito foi problematizar a realidade dos serviços de saúde e levantar temas pertinentes ao processo de formação em saúde na perspectiva da EIP. Em seguida, foi perguntado aos participantes o que eles entendiam por educação interprofissional, seus efeitos e sua realização prática; o que eles entendiam por trabalho em equipe, como seria feito, seus pontos fortes e fracos. Depois, buscou-se conhecer as experiências prévias do grupo, saber se alguém já tinha trabalhado em equipe ou experimentado uma aprendizagem compartilhada e verificar seus resultados, estratégias e expectativas de aprendizado ao se inscreverem no PET-I.

Os objetivos desse grupo focal foram descobrir se os integrantes conheciam a EIP (se já haviam tido experiência prática integrada) e identificar seus conhecimentos sobre o trabalho em equipe e suas percepções e expectativas acerca da temática e do PET-Jataí.

Compreendeu-se nos relatos que todos os participantes têm uma atitude positiva e receptiva em relação ao trabalho interprofissional, mencionando que ele promove resultados benéficos, especialmente para a resolutividade da atenção e da segurança dos usuários. Em alguns momentos, porém, verificaram-se visões estereotipadas sobre as profissões. Foi marcante o pensamento de que a EIP é algo muito bom, que apresenta vantagens, mas é muito difícil fazê-la e conseguir disseminá-la para todos os profissionais ou trabalhar de fato em equipe. No entanto, quando questionados sobre as expectativas, todos reponderam que eram muito positivos e esperançosos de que se conseguissem bons resultados com o PET-I.

Assim, os integrantes perceberam a necessidade de pensar mudanças nessa educação a partir da discussão da articulação entre as universidades e os serviços de saúde para também favorecer a compreensão das necessidades de saúde da população e direcionar essa educação para o SUS, que seria beneficiado com a inserção desses futuros profissionais nos serviços.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.313-322

4.2 Análise Documental

Em um segundo momento, foram analisados os portfólios, uma estratégia de avaliação individual de cada estudante. Mas também os preceptores construíram seus portfólios, registrando seus conhecimentos e percepções como oportunidade de aprendizado. As docentes tutoras acompanharam a evolução de todos os participantes, observando os apontamentos de seus portfólios, em que eles fizeram uma anotação diária das atividades das quais participaram, com seu entendimento quanto às ações de aprendizagem compartilhada.

Todas as atividades registradas nos meios digitais, no período de abril de 2020 até o mês de novembro de 2020, foram impressas ou tiveram recolhidas sua gravação para análise. A interpretação dos dados evidenciou a importância do trabalho em equipe e construção coletiva; evidenciando a equidade em saúde e o olhar sob novas práticas culturais. As estratégias de ensino na universidade e nos serviços de saúde e seu papel na formação em saúde, também foram aspectos exaltados nas discussões, ressaltando de forma crítica a escassez de relatos de atividades práticas no serviço de saúde.

É fundamental que essa aprendizagem seja reforçada por metodologias que produzam conhecimentos e competências para o trabalho em equipe e, também, que promovam a colaboração (Peduzzi, 2016; Reeves, 2016).

4.3 Grupo Focal 2 (GF2)

O GF2 foi conduzido com os mesmos integrantes do GF1 (grupo “Saúde & Interdisciplinariedade”). Os participantes tiveram uma percepção positiva de sua experiência no projeto, levando em consideração as atividades realizadas tanto no grupo focal 1 e na análise documental. Eles ressaltaram, em suas falas, a relevância da experiência do trabalho interprofissional, do convívio com pessoas de diferentes formações e do aprendizado, oportunizados pelo PET-I, para a formação profissional em saúde. Mencionaram que, com as atividades realizadas no âmbito do projeto, passaram a se sentir agentes de mudança. Relataram que tiveram a oportunidade de conhecer mais o trabalho e campo profissional dos colegas.

No que diz respeito à EIP e o trabalho em equipe, percebeu-se um amadurecimento sobre o entendimento da EIP, diante da melhoria de suas habilidades com o trabalho interprofissional. As necessidades de saúde no contexto atual são muitas e dinâmicas; os participantes reconheceram o seu caráter complexo e defenderam a importância dos vários atores no trabalho em saúde, como relatado nos depoimentos a seguir:

> “A EIP é muito importante para melhorar a colaboração. A interprofissionalidade aumenta a qualidade da assistência aos pacientes. Assim, a EIP se mostra uma oportunidade de trocar conhecimentos, ampliar olhares, e projetar novos caminhos para a formação de profissionais de saúde melhor preparados para práticas compartilhadas”

A lógica da formação em saúde ainda está muito voltada para as especificidades de cada área, sendo negligenciada, ainda, a formação de competências para o trabalho em equipe com base na colaboração. Além disso, os desenhos curriculares ou programas dos componentes curriculares não têm demonstrado a intencionalidade de viabilizar momentos de aprendizagem comuns a diversos cursos.

Por outro lado, foi evidenciado que a educação interprofissional também provoca resistência, na academia e no serviço, visto que incentiva a mudança de hábitos na busca por algo novo e desconhecido para a maioria dos envolvidos. E também porque esse movimento tenta romper com a cultura individualista na área da saúde. A maior barreira para a consolidação da interprofissionalidade na prática é o desconhecimento acerca do tema, em especial entre aqueles já formados e que não tiveram contato com a temática. Estes são mais relutantes ao debate sobre estereótipos, hierarquias e compartilhamento colaborativo, principalmente ao trabalho em equipe.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.313-322

Diante do exposto, observa-se a necessidade de planejar muito bem a abordagem a ser executada, para que ocorra de forma interativa, significativa e compartilhada, com claro objetivo de desenvolver a colaboração entre os participantes (Barr & Low, 2013). Para Reeves et al. (2016), não se aprende a trabalhar em equipe colaborativamente apenas fazendo o trabalho em saúde por si.

5. Conclusões

Os resultados da pesquisa apontam para uma realidade que dá ênfase à formação de saberes e habilidades uniprofissionais, o que dificulta a ruptura com o modelo tradicional de produção de serviços de saúde. No entanto, neste estudo identificamos que o PET-I pode ser um espaço favorável para concretizar a capacitação e as competências para a formação de um perfil profissional propostas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os Cursos da Saúde que objetivam fortalecer o SUS, através de um ensino inovador.

Ao analisar as percepções dos participantes percebemos que as habilidades e conhecimentos propostos pelo PET-I para uma formação interprofissional podem superar a mecanização e as visões fragmentadas do cuidado em saúde, resultando em uma formação humanizada, integrada e que pode gerar novas respostas às atuais necessidades. No entanto, aponta a necessidade de se implementar os fundamentos da EIP, desde o início da graduação para construir conhecimentos além do núcleo profissional e aprimorar a formação do trabalho em equipe, e identificando a comunicação e a troca entre os diferentes saberes como os elementos básicos do trabalho interprofissionale o desenvolvimento de habilidades eficazes de trabalho em equipe, além de recolocar os usuários no centro do processo, para o fortalecimento do sistema de saúde pela melhora dos serviços ofertados.

As ações desenvolvidas mostram que as estratégias pedagógicas adotadas utilizadas foram significativas e criativas, fundamentadas no uso das metodologias ativas e, viabilizando a inclusão dos diferentes saberes profissionais criando oportunidades educacionais nas quais indivíduos de duas ou mais profissões aprendam interagindo uns com os outros, mas com o propósito explicito de avançar na qualificação e desenvolvimento de habilidades e competências para o trabalho em equipe.

Agradecimentos

A todos os envolvidos no Programa PET Saúde-Interprofissionalidade de Jataí, Goiás.

À Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde e ao Ministério da Educação, que viabilizaram o programa no território brasileiro.

6. Referências

Allvin, R., Thompson, C. & Edelbring, S. (2020). Avaliação da competência interprofissional na educação de profissionais de saúde de graduação: protocolo para uma revisão sistemática de instrumentos de autorrelato. Syst Rev, 9(142). https://doi.org/10.1186/s13643-020-01394-7

Andrade, S.M.O., & Pegolo, G.E. (2020). A pesquisa científica em saúde: concepção, execução e apresentação. UFMS.

Bardin, L. (2011). Análise de conteúdo. (3ª ed.) Edições 70.

Barr, H., & Low H. (2013). Introducing interprofessional education. Fareham: Center for The Advancement of Interprofessional Education. CAIPE.

Brasil. Ministério da Saúde. (2018). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital nº 10, 23 de julho 2018. Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-SAÚDE/ INTERPROFISSIONALIDADE - 2018/2019. Diário Oficial da União: Brasília, DF.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.313-322

Brasil. (2008). Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1802, de 26 de agosto de 2008, para fomentar grupos de aprendizagem tutorial na Estratégia de Saúde da Família. http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/inter- ministerial/14427-1802.html.

Cotta, R.M.M., & Costa, G.D. (2016). Instrumento de avaliação e autoavaliação do portfólio reflexivo: uma construção teórico-conceitual. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 20(56), 171-183.

Flood, B., Hocking, C., Smythe, L., & Jones, M. (2019). Working in a spirit of interprofessional practice: a hermeneutic phenomenological study. Journal of interprofessional care, 33(6), 744–752.

Haddad, A.E., Brenelli, S.F.L., Cury, G.C., Puccini, R.F., Martins, M.A., Ferreira, J.R., & Campos, F.E. (2012). Pró-Saúde e PET-Saúde: a construção da política brasileira de reorientação da formação profissional em saúde. Revista Brasileira de Educação Médica, 36(1, Suppl. 1), 03-04.

Mazucato, T. (Org). (2018). Metodologia da pesquisa e do trabalho científico. FUNEPE.

Mello, M.G., & Cruz, L.R. (2018). Documentação metodológica de um grupo focal virtual sobre hackers e ciberpiratas. Acta Scientiarum. Human and Social Sciences, 40(2), e40527.

Mendes, M.C., Lopes, V.C., Souza, H. A., Viana, D.G., & Bueno, S.V. (2017). Andragogia, métodos e didática do ensino superior: novo lidar com o aprendizado do adulto na EAD. Revista Gestão & Amp; Saúde, 3(1), 1366–1377. https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/165

Minayo, M.C.S. (2014). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. (14.ed.) Hucitec.

Peduzzi, M. (2016). O SUS é interprofissional. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 20 (56), 199-201.

Peduzzi, M., Agreli, H.L.F., Silva, J.A.M., & Souza, H.S. (2020). Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. Trabalho, Educação e Saúde, 18(Suppl. 1), e0024678.

Peduzzi, M., Norman, I.J., Germani, A.C.C.G., Silva, J.A.M., & Souza, G.C. (2013). Interprofessional education: training for healthcare professionals for teamwork focusing on users. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 47(4), 977-983.

Reeves, S. (2016). Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 20(56), 185-197.

Reeves, S., Fletcher, S., Barr, H., Birch, I., Boet, S., Davies, N., McFadyen, A., Rivera, J., & Kitto, S. (2016). A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. Medical teacher, 38(7), 656–668.

Santos, G.M., & Batista, S.H.S.S. (2018) Docência, Pró-Saúde e PET-Saúde: narrativas de um fazer interprofissional. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 22(Suppl. 2), 1589-1600.

Sordi, M.R.L., Mendes, G.S.C.V., Cyrino, E.G., Alexandre, F.L.F., Manoel, C.M., & Lopes, C. V.M. (2020). Experiência de construção coletiva de instrumento autoavaliativo a serviço da formação médica referenciada nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) pautadas no Programa Mais Médicos. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 24, e190527.

Vieira, S., & Hossne, W.S. (2015). Metodologia científica para a área da saúde. (2ª ed.) Elsevier.

Visser, C., Wilschut, J.A., Isik, U., Van der Burgt, S.M.E., Croiset, G., & Kusurkar, R.A. (2018). The Association of Readiness for Interprofessional Learning with empathy, motivation and professional identity development in medical students. BMC medical education, 18(1), 125.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.313-322

Percepções de Adolescentes Escolares sobre Saúde e Meio Ambiente para Práticas Sustentáveis e Promotoras de Saúde

Sabrina Alaide Amorim[1] Alves, Italla Maria Pinheiro Bezerra[2], Edilma Gomes Rocha Cavalcante[3], Greyce Alencar Albuquerque[3], Maria do Socorro Vieira Lopes[3]

[1] Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri, Ceará, Brasil | sabrina1995amorim@gmail.com | https://orcid.org/0000-0001-5831-4668

[2]Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). Vitória, Espirito Santo,Brasil | itallamaria@hotmail.com | https://orcid.org/0000-0002-8604-587X

[3]Docente Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri, Ceará, Brasil | edilma.rocha@yahoo.com.br; geycyenf.ga@gmail.com; socorrovieira@hotmail.com | https://orcid.org/0000-0002-6861-2383; https://orcid.org/0000-0002-8726-0619; https://orcid.org/0000-0003-1335-5487

Resumo: Conhecer a percepção de adolescentes sobre a relação saúde e meio ambiente para práticas sustentávies e promotoras de saúde. **Método:** Estudo qualitativo, conduzido de acordo com COREQ. Os dados foram coletados no mês de maio de 2020, por meio de uma entrevista semiestrutura, com a participação de 13 adolescentes de uma escola de ensino Fundamental II inserida no território do Geopark Araripe, de um município localizado na Microrregião do Cariri, Nordeste, Ceará, Brasil. Os dados foram analisados segundo a técnica análise de conteúdo. **Resultados:** Os depoimentos revelam que para os adolescentes a relação saúde e meio ambiente é permeada por temáticas como poluição, desmatamento e mudanças climáticas, implicando o distanciamento quanto à conceituação ampliada de saúde. **Conclusão:** O estudo aponta que a relação saúde e meio ambiente dever ser pautada por temas transversais e pluraristas, de modo a reconhecer o ambiente como espaço vivo.

Palavras-chave: Adolescente; Tecnologia em Saúde; Meio Ambiente; Saúde.

Perceptions of School Teenagers on Health and the Environment for Sustainable Practices and Health Promoters

Abstract: To know the adolescents' perception about the health and environment relationship for sustainable and health-promoting practices. **Methods**: Qualitative study, conducted according to COREQ. Data were collected in May 2020, through a semi-structured interview, with the participation of 13 adolescents from an elementary school in a municipality located in the Microregion of Cariri, Northeast, Ceará, Brazil. The data were analyzed according to the content analysis technique. **Results:** The testimonies reveal that for adolescents, the relationship between health and the environment is permeated by themes such as pollution, deforestation and climate change, implying a detachment regarding the expanded concept of health. **Conclusion:** The study points out that the relationship between health and the environment must be guided by transversal and pluralistic themes, in order to recognize the environment as a living space.

Keywords: Adolescent; Health Technology; Environment; Health.

1. Introdução

Depreende-se a adolescência como um período marcado por construção sócio-histórica, cujas manifestações estão fortemente influenciadas pelos fatores socioeconômicos, políticos e culturais do meio onde o adolescente vive (Brasil, 2013; Machado, 2015). Nessa perspectiva, destaca a necessidade de elaborações e construções de políticas públicas de promoção da saúde aos adolescentes direcionadas aos alcances das metas do milênio, já que essa população é considerada uma janela de oportunidades para o ser saudável e produtivo na idade adulta (Usa, 2011; Farre, 2018).

Desta forma, os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), procura tornar realidade o princípio da indivisibilidade dos direitos humanos quando exigem a realização prática dos direitos econômicos, sociais e culturais, mesmo em realidades tão distintas de países considerados desenvolvidos e em desenvolvimento (Silva, 2018).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.323-331

Nessa perspectiva, a saúde torna-se um indicador do progresso de nações no alcance ao desenvolvimento sustentável (Fairall, 2017), contudo promover saúde, em todas as idades, inserem benefícios que se estendem através das gerações. Desse modo, a inserção da saúde como um dos ODS traz o reconhecimento de ser um elemento-chave ao desenvolvimento humano, com vastos e multidimensionais determinantes sociais a grupo em condições vulneráveis a saúde (Djonú, 2018).

O objeto saúde deve incidir diretamente na identificação dos determinantes sociais da saúde, de modo a favorecer a criação de ambientes saúdávies com o objetivo de melhorar a qualidade de vida por meio de mudanças no estilo de vida (Porto, 2006; Bezerra, 2017; Schaefer, 2018; Guha, 2019).

A identificação dos determinantes sociais da saúde permite examinar a relação de quais condicionantes interfere ao alcance das metas do ODS saúde aos adolescentes (Buss, 2016). Apontando a necessidade de práticas em saúde, que possa permitir ao público adolescente uma maior compreensão quanto à relação saúde e meio ambiente. Desta forma, o estudo objetiva conhecer a percepção de adolescentes sobre a relação saúde e ambiente para práticas sustentávies e promotoras de saúde.

2. Método

Estudo descritivo, desenvolvido a partir de abordagem qualitativa, conduzido de acordo com a guideline internacional para pesquisas qualitativas COREQ (Critérios consolidados para relato de pesquisa qualitativa), obedecendo aos 32 itens estabelecidos pelo checklist) (Tong, 2007).

O estudo foi desenvolvido em uma escola de ensino fundamental II inserida no território do Geopark Araripe, situada na Microrregião do Cariri, Mesorregião Sul do estado do Ceará, Nordeste, Brasil. Os participantes da pesquisa foram adolescentes, selecionados por conveniência, partindo do pressuposto que os mesmos já possuem algum conhecimento acerca da temática abordada e por amostragem bola de neve. Foram critérios de inclusão ser adolescente entre 11 e 19 anos conforme Organização Mundial de Saúde (OMS); está regularmente matriculado. Como critério de exclusão: após três tentativas de contato com o adolescente sem retorno esse era excluído da pesquisa. Ao final, participaram do estudo 13 adolescentes.

A produção dos dados ocorreu no mês de maio de 2020, a partir de entrevistas semiestruturadas, audiogravadas, realizadas mediante ligações telefônicas, em virtude da pandemia da COVID-19 vivenciada no mundo, no sentido de garantir medidas preventivas de isolamento e seguindo recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), quanto ao distanciamento social.

Desta forma, a pesquisadora entrava em contato com o adolescente por meio de contato repassado pela coordenação da escola, o primeiro contato era realizado com o responsável para explanação da pesquisa e solicitação de autorização. Pois concedimento do responsável e adolescente era agendado a realização da entrevista, conforme a disponibilidade do adolescente.

Àqueles que aceitaram participar da pesquisa, foram dadas as informações sobre a pesquisa, bem como foi solicitada a sua concordância em participar do estudo e do seu responsável, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE e Termo de Assentimento Livre Esclarecido (TELC). Os termos foram enviados como questionário do *Google Forms* como mensagem para o aplicativo WhatsApp.

Para coleta dos dados os horários das entrevistas foram variados, manhã e tarde, de acordo com a disponibilidade dos adolescentes. As ligações telefônicas foram gravadas, com duração média de 15 minutos. Acrescente-se que as entrevistas foram transcritas na íntegra, imediatamente após a realização das mesmas, a fim de não perder informações relevantes para análise dos dados.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.323-331

A análise dos dados ocorreu concomitante à coleta, adotando a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2010), e, conforme preconizado, executando as três fases: a pré-análise, em que se buscou uma primeira impressão dos dados coletados, que por sua vez subdivide-se em três etapas, a saber: leitura flutuante, a escolha dos documentos que foram organizados para a construção dos corpus da pesquisa que se constituiu de 13 entrevistas com adolescente, hipóteses, os objetivos e a elaboração de indicadores; a fase exploratória, em que o material foi codificado em categorias por meio de recortes dos registros; e a terceira e última fase, ocorreu o tratamento dos resultado obtidos e interpretação.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri (URCA), sob Parecer n. 3. 839. 083, obedecendo aos princípios da Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

3. Resultados

Fizeram parte deste estudo 13 adolescentes, sendo 11 do sexo feminino e dois do sexo masculino, na faixa etária de 12 a 14 anos. Quanto à escolaridade dois cursavam o 7º ano, dois o 8º ano e 09 adolescentes cursavam o 9º ano do ensino Fundamental II. No que concerne ao número de pessoas que compõem o núcleo familiar é composta de três a seis pessoas.

Referente à análise das percepções sobre a temática, emergiram as categorias: relação saúde e meio ambiente, temáticas, Saúde Ambiental no contexto escolar. A figura 1 apresenta as evidências do estudo e categorias.

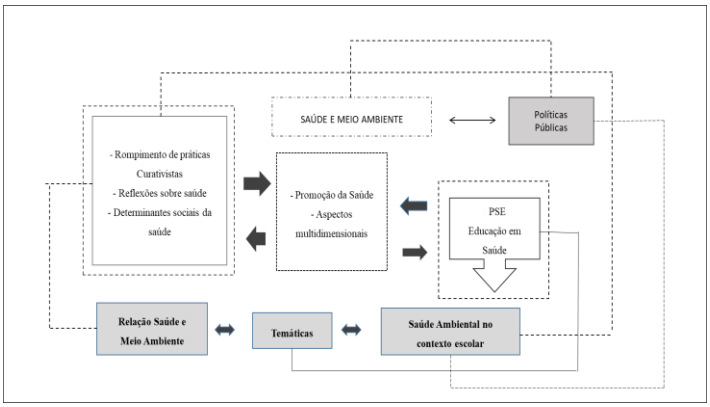


Fig. 1. Evidências do estudo e categorias temáticas segundo técnica de Bardin. Crato, Ceará, Brasil, 2020.

3.1 Relação Saúde e Meio Ambiente

Para os adolescentes, a relação saúde e meio ambiente é concebida por uma, percepção focalizada apenas na doença, sem problematizar os determinantes e condicionantes que interferem no processo saúde-doença.

> **''***Saúde é uma coisa que você tem, tipo você está doente, meio ambiente é onde nós convive, tem árvore, tem casa, água, animais''*. (ADOL 4).

> **''***Saúde é tipo você ter uma saúde estável, você ter uma saúde boa, você cuidar da sua saúde, não comer alimentos que faz mal. Meio ambiente é você conservar as plantas, você conservar as coisas, não jogar lixo no mar, não jogas lixos nas plantas''.* (ADOL10).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.323-331

3.2 Temáticas

Observa-se que as temáticas focalizam aspectos limitados quanto a relação saúde e meio ambiente, o que distancia quanto a compreensão do conceito ampliado de saúde. Implicando para práticas de saúde voltadas para o assistencialismo, contrapondo-se aos pressupostos da promoção da saúde.

> ‘’[…] *poluição*’’ (ADOL 1).
>
> ‘’[…]*desmatamento, urbanização e o ambiente, extinção de espécies, mudanças climáticas’’* (ADOL 8)
>
> ‘’*Que você não precisa poluir os rios e tudo’’* (ADOL 12).

3.3 Saúde Ambiental no Contexto Escolar

Os adolescentes reconhecem o ambiente escolar como espaço privilegiado para ações educativas para transmissão de informações e promoção da saúde com temáticas sobre saúde e meio ambiente.

> “A escola é um local onde os professores ensinam e onde a gente aprende. E então eu acho que através dos professores ensinando o aluno ele pode aprender a ter uma boa convivência com o meio ambiente e cuidar do lugar onde ele mora e vive, né?” (ADOL 2).
>
> “[…] escola é o inicio da aprendizagem da pessoa. Então quando os professores passam as informações para a pessoa você pode levar tipo, informação para você e para outras pessoas. Para dizer para elas que é para cuidar de sua saúde e não contaminar o meio ambiente” (ADOL 10).

4. Discussão

No presente estudo, identificou-se a percepção de adolescentes sobre a relação saúde e meio ambiente para práticas sustentáveis e promotoras de saúde, contudo observou que para os adolescentes o conceito de saúde está relacionado à ausência de doença. Nessa direção, emerge a necessidade dessa população compreender que o conceito de saúde envolve fenômenos sociais, políticos, econômicos e ambientais (Anhas, 2017).

Destaca a necessidade de um olhar além do modelo tradicional de saúde, referindo-se saúde como ausência de doença, posto que se faz necessário refletir sobre os mecanismos que concerne o objeto saúde. No entanto, entende-se a necessidade de discussões acerca da relação saúde e meio ambiente como um desafio no âmbito da saúde coletiva, considerando as vulnerabilidades às doenças, econômicas, socias e exposição ambiental e seus efeitos sobre a saúde da população adolescente (Rangel, 2015).

É preciso compreender que a relação saúde e meio ambiente transcende a perspectiva de uma assistência biologicista, emergindo a necessidade de reproduzir uma visão que busque incorporar conhecimentos referentes aos aspectos relacionados ao processo saúde-doença. Estudo realizado com adolescentes escolares, infere que a visão limitada dessa população quanto a concepção sobre saúde, os torna passivos no que conercer ao seu processo saúde-doença (Oliveira, 2018).

Nessa perspectiva, o ODS saúde vem corroborar com a necessidade de compreensão do conceito ampliado de saúde, concentrando-se em uma abordagem em saúde horizontalizada e sistemática, buscando identificar os condicionantes e determinantes que interfere na saúde (Lee, 2019).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.323-331

Os achados corroboram com estudo que reconhece que o conceito de saúde ultrapassa a concepção limitada de doença, flagrando-se a necessidade de uma compreensão embasada em aspectos multidimensionais quanto ao contexto saúde e seus diversos fatores que influenciam na consolidação do processo saúde-doença. Assim, deve-se refletir de forma crítica sobre a influência do meio ambiente como ponto importante para o entendimento desses aspectos que envolve a saúde (Alves, 2018).

A ocorrência quanto a acepção da relação saúde e meio ambiente expressas nas falas dos adolescentes, aponta para conceitos pré-definidos voltados para um caráter biologicista e uma visão restrita da ecologia. Nessa face, o aprofundamento dos debates acerca dessa inter-relação, requer a compreensão que o ambiente perpassa por questões sociais e culturais, em que o indivíduo passa a contemplar uma relação de interdependência com o ambiente (Busato, 2015).

Assim, o ambiente deve ser compreendido como um espaço vivo, consequente de transformações que interferem na condição de saúde da população, requerendo conceito pluralista quanto a sua análise e interpretação. A incorporação e implementação das metas do ODS 3 no alcance e construção da saúde deve incidir na interface entre saúde e ambiente, com vista ao alcance de uma vida saudável pela população, de modo a produzir mudanças sociais e qualidade de vida (Kruk, 2018; Machado, 2017).

Para tanto, a predominância desse olhar curativista implica a necessidade de rompimento com o modelo de saúde vigente, partindo do pressuposto que os determinantes sociais da saúde refletem de forma concreta na interferência dos fenômenos da saúde.

Nesse contexto, é preciso considerar que a compreensão da relação saúde e meio ambiente envolve diferentes e diversas temáticas, que permite embasamento quanto a conceituação ampliada de saúde. Nessa perspectiva, a abordagem dessa relação saúde e meio ambiente deve ser concedida por temáticas que potencialize e busque a ampliação quanto aos condicionantes e determinantes que interfere na saúde do público adolescente (Dias, 2018).

Aponta-se a necessidade de uma abordagem pluralista quanto a relação saúde e meio ambiente, propondo conceber ao adolescente que compreenda de modo amplo e abrangente, temáticas que envolvem essa relação. Nesse sentido, é preciso considerar que saúde e meio ambiente busca articular-se com temas que não se restringe apenas a poluição, desmatamento, mudanças climáticas, mas que possa identificar os processos de produção de saúde (Pereira, 2021).

Os resultados encontrados corroboram com estudo realizado em um municipio do sudoeste da Bahia que reconhece à importancia de temáticas que proporcionam o desenvolvimento de um cuidado interdisciplinar, de modo a identificar necessidades que vão além de uma concepção biomédica, superando práticas assistenciais hegemônicas em saúde, o que muitas vezes são evidenciadas em ações e políticas aos adolescentes (Fernandes, 2020).

A abordagem de temáticas que englobam a relação saúde e meio ambiente deve incidir diretamente a mudanças de atitudes e comportamentos individuais e coletivos, com o reconhecimento de que esses construtos são onipresentes e, por isso, podem repercutir diretamente na saúde. Deste modo, defende-se à importancia do desenvolvimento de práticas educativas como uma ferramenta para se alcançar a promoção da saúde e como uma mudança de paradigma na práxis das práticas de saúde (Jing, 2016; Santos, 2019).

A educação em saúde baseia-se nos pressupostos da promoção da saúde, que busca o desenvolvimento por meio de técnicas e métodos que favoreçam a transformação e emancipação dos sujeitos. De modo, a proporcionar uma reflexão sobre comportamentos saudáveis e sobre as bases socias de sua vida, em uma perspectiva de desenvolvimento de práticas em saúde horizontalizadas (Buss, 2000; Chiesa, 2007).

Nesse enfoque, o desenvolvimento de prática em saúde para o adolescente deve apoiar-se em uma pedagogia libertadora, como uma ferramenta de transformação social, uma vez que tenta romper com práticas curativistas.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.323-331

Propondo transformar o modelo tradicional de educação em saúde, predominantemente centradas na prevenção de doenças, para uma prática voltada para emancipação e empoderamento dos sujeitos, favorecendo o diálogo (Freire, 2011; Araujo, 2018; Alves, 2019).

Nesse sentido, reconhece o ambiente escolar como cenário para a implementação e desenvolvimento de prática de educação em saúde que possibilite ao adolescente o reconhecimento acerca da relação saúde e meio ambiente como uma relação interdependente e necessária a vida.

Desta forma, a escola torna-se um espaço privilegiado para ações educativas para troca de informação para promoção da saúde do adolescente. Destacando a importancia de práticas educacionais que favoreçam discussões e reflexões acerca de temas voltados para a relação saúde e meio ambiente como forma de empoderar esse público quanto a necessidade de mudanças de atitudes, e do desenvolvimento de práticas em saúde voltadas para ações promotoras de saúde (Monteiro, 2017; Pereira, 2021).

Nesse contexto, destaca o Programa Saúde nas Escolas (PSE), política que tem como objetivo a implementação e desenvolvimento de ações articuladas de saúde e educação, que busque contribuir para inserção de práticas voltadas para promoção da saúde. Acrescenta-se a intersetorialidade como pilar do PSE, como o fortalecimento e enfrentamento das vulnerabilidades em saúde que comprometem o desenvolvimento de ações voltadas para a população adolescente (Brasil, 2016; Baggio, 2018).

Entretanto, revela-se lacunas quanto às ações de promoção da saúde e prevenção de doenças no contexto do PSE, cujas práticas de saúde ainda são fragmentadas, a saber: saúde reprodutiva, vacinação, nutrição, entre outros. Apontando, para uma perspectiva que requer uma investigação quantos as reais necessidades de saúde dessa população. Embora as ações de promoção da saúde estejam explícitas nas práticas de saúde do PSE, emerge a necessidade pela diversidade de temáticas como saúde ambiental, permitindo ao adolescente uma compreensão totalizadora quanto aos determinantes sociais da saúde, de modo que possam ser capazes de interferir quanto ao processo saúde-doença (Machado, 2015; Lopes, 2018).

Estudo desenvolvido revela que face às dificuldades de implementação e desenvolvimento de práticas voltadas para promoção da saúde ao adolescente no contexto do PSE, está a não intersetorialidade de setores para o desenvolvimento de ações relativas à saúde do adolescente. O desenvolvimento de práticas promotoras de saúde deve compreender a pluralidade e complexidade dos elementos que se relacionam ao processo saúde-doença (Brasil, 2017).

A atenção à saúde dispensada ao público adolescente expressa a necessidade de rompimento de uma visão reducionista e assistencialista, de modo, a considerar o adolescente não apenas como um gerador de problemas, mas com potencialidades para a construção de um sujeito com capacidade de transformação quanto a sua condição de saúde (Shacfer, 2018).

Nota-se nos resultados a necessidades de práticas de educação em saúde que abordem conteúdos que transversalizam a interrelação entre saúde e meio ambiente. Em uma perspectiva de o adolescente reconhecer o objeto saúde de forma polissêmica e multidimensional sobre as intervenções que o meio ambiente ocasiona no processo saúde-doença (Ventura, 2020).

Faz-se necessário avançar quanto à concepção da relação saúde e meio ambiente, como forma de gerar reflexões capazes de produzir o desenvolvimento de práticas em saúde de acordo com os pressupostos da promoção da saúde. De modo, a superar o modelo biomédico, ainda presente de forma camuflada nas políticas e programas voltados para a saúde do adolescente, caracterizadas por uma assistência preventivista, impossibilitando a implementação de práticas promotoras de saúde.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.323-331

5. Considerações Finais

O estudo ao buscar conhecer a percepção de adolescentes acerca da relação saúde e meio ambiente, evidenciou que esta relação é relacionada a temas como poluição, desmatamento, mudanças climáticas como fatores que interferem no processo saúde-doença, observando a conceituação de saúde como ausência de saúde. Destaca a necessidade de práticas de educação em saúde com temas transversais e pluralista, para que essa população possa reconhecer o meio ambiente como um espaço vivo, que os danos causados, sofridos pode materializar uma relação de causa e efeito para o processo saúde-doença. Assim, há necessidade de mudanças nas práticas em saúde com os adolescentes para que estes se empoderem e sejam capazes de realizarem práticas sustentáveis e promotoras de saúde.

6. Referências

Alves, S. A. A., Moreira, D. A. A., Callou, R. S. B.L. et al. (2019). Estratégias de ensino aprendizagem na graduação de enfermagem: uma reflexão à luz do referencial teórico de Paulo Freire, *International Journal of Development Research*, 09,(10), 30938-30941.

Alves, S. A. A., Oliveira, M. L. B. (2018). Sociocultural aspects of health and disease and their pragmatic impact. *J Hum Growth Dev.* 28(2):183-188. doi: http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.147236

Anhas, D. M., Castro-Silva, C. R. (2017). Sentidos atribuídos por adolescentes e jovens à saúde: desafios da Saúde da Família em uma comunidade vulnerável de Cubatão, São Paulo, Brasil. *Saúde Soc*. São Paulo, v.26, n.2, p.484-495. doi: https://doi.org/10.1590/S0104-12902017169735

Araújo, M. M. L., Pequeno, A. M. C., Guimarães, J. M. X., Vasconcelos Filho., J. O., Carneiro, C., & Negreiros, F. D. S. (2018). Processo de ensino-aprendizagem de enfermagem: reflexões de docentes sobre o estágio curricular supervisionado. *Investigação Qualitativa em Saúde*//Investigación Cualitativa en Salud//Volume 2. Atas CIAIQ.

Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA.

Baggio, M. A., Berres, R., Gregolin, B. P. S., Aikes, S. (2018). Introduction of the School Health Program in the city of Cascavel, Parana State: report of nurses. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 71(Suppl 4):1540-7. [Thematic Issue: Education and teaching in Nursing] doi: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0188

Bezerra, A. C. V. (2017). *Vigilância em saúde ambiental no Brasil: heranças e desafios.* Saúde Soc. São Paulo, v. 28, n. 4, p. 1044-1057.

Brasil, E. G. M., Silva, R. M., Silva, M. R. F., Rodrigues, D. P., & Queiroz, M.V. O. (2017). Adolescent health promotion and the School Health Program: complexity in the articulation of health and education. *Rev Esc Enferm USP*. 51:e03276. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016039303276

Brasil. (2016). *Decreto n° 8.892, de 27 de outubro de 2016***.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), out 31; Seção 1.

Brasil. (2013). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

Busato, M. A., Ferraz, L., Frank, N. L. P. (2015). Reflexões sobre a relação saúde e ambiente: a percepção de uma comunidade. *HOLOS,* ano 31, Vol. 6. doi: 10.15628/holos.

Buss, P. M., Chamas, C., Miriam Faid, M., Morel, C. (2016). Desenvolvimento, saúde e política internacional: a dimensão da pesquisa & inovação. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 32 Sup 2: e00046815. doi: https://doi.org/10.1590/0103-311X00046815

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.323-331

Buss, P. M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177.

Chiesa, A. M., Nascimento, D. D. G., Braccial, L. A. D., Oliveira, M. A. C., Ciampone, M. & H. T. (2007). A formação de profissionais da saúde: Aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. *Cogitare Enferm*, 12: p.236-40.

Dias, G. L., Camponogara, S., Costa, V. Z., Cezar-Vaz, M. R., Weiller, T. H., & Cardoso, L. S. (2018). Representações sociais sobre saúde e meio ambiente para equipes de Estratégia Saúde da Família. *Saúde Soc.* São Paulo, v.27, n.1, p. 163-174.

Djonú, P., Rabelo, L. S., Lima, P. V. P. S., Souto, M. V. S., Sabadia, J. A. B., & Sucupira, P. R. G. J. (2018). Objetivos do desenvolvimento sustentável e condições de saúde em áreas de risco. *Ambient. soc*. vol.21. São Paulo. Epub 29-Nov.

Farre, A. G. M. C., Pinheiro, P. N. C., Vieira, N. F. C., Gubert, F. A., Alves, M. D. S., & Monteiro, E. M. L. M. (2018). Adolescent health promotion based on community-centered arts education. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 71(1):26-33. doi: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-20

FairalL L, Bateman E. (2017). Health workers are vital to sustainable development goals and universal health coverage. *BMJ*, v. 356, j1357.

Fernandes, E. S. F., Santos, A.M. (2020). Desencontros entre formação profissional e necessidades de cuidado aos adolescentes na Atenção Básica à Saúde. *Interface (Botucatu*). 24: e190049 doi: https://doi.org/10.1590/Interface.190049

Farre A. G. M. C., Pinheiro P. N. C., Vieira N. F. C., Gubert F. A., Alves M. D. S., & Monteiro E. M. L. M. (2018). Adolescent health promotion based on community-centered arts education. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 71(1):26-33. doi: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-20

Freire, P. (2011). *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

Guha, I., Maliye, C. H., Gupta, S. S., Garg, B. S. (2019). Qualitative Assessment of Life Skill Development of Adolescent Girls through Kishori Panchayat: An Adolescents for Health Action Model in Selected Villages of Rural Central India. *Indian J Community Med*. Jul-Set; 44 (3): 265-270. doi: 10.4103 / ijcm.IJCM_74_19.

Jing, S. et al. (2016). Vulnerability assessment of urban ecosystems driven by water resources, human health and atmospheric environment. *Journal of Hydrology,* Amsterdam, v. 536, p. 457-470.

Kruk Margaret, E., Gage, Anna D., Joseph Naima, T., Danaei, Goodarz., García-Saisó, Sebastián., & Salomon Joshua, A. (2018). Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: a systematic analysis of amenable deaths in 137 countries. *Lancet*. 392: 2203–12. doi: doi.org/10.1016/ S0140-6736(18)31668-4

Lopes, I. E., Nogueira, J. A. D., Rocha, D. G. (2018). Eixos de ação do Programa Saúde na Escola e Promoção da Saúde: revisão integrativa. *Saúde Debate*, V. 42, N. 118, P. 773-789, JUL-SET. doi: 10.1590/0103-1104201811819

Lee, Y., Kim, S. Y. (2019). Public health law coverage in support of the health-related sustainable development goals (SDGs) among 33 Western Pacific countries. Globalization And Health [Global Health], ISSN: 1744-8603. Apr 11; Vol. 15 (1), pp. 29; *Publisher: BioMed Central*; PMID: 30971269.

Machado, M. F. A. S., Gubert, F. A., Meye, A. P. G. F. V., Sampaio, Y. P. C. C., Dias, M. A. S., Almeida, A. M. B., Morais, A. P. P., Silva, A. C., Campos, J. S., Chagas, M. I. O., & Chaves, E. S. C. (2015). Programa saúde na escola: estratégia promotora de saúde na atenção básica no brasil. *Journal of Human Growth and Development.* 25(3): 307-312.

Monteiro, I. F. C., Monteiro, P. D. E. B. S. C. O. (2017). A educação ambiental e as representações sociais dos professores da rede pública no ensino fundamental. *RevBEA.* 12(1):165-76. doi: 10.34024/revbea.2017.v12.2391

Machado, J. M. H., Martins, W. J., Souza, M. S; Fenner, A. L. D., Missifany Silveira, M., & Machado, A. A. (2017). Territórios saudáveis e sustentáveis: contribuição para saúde coletiva, desenvolvimento sustentável e governança territorial. *Com. Ciências Saúde*. 28(2):243 249.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.323-331

Oliveira, F. P. S. L., Vargas, A. M. D., Hartz, C., Dias, S., Fereira, E. F. (2018). Percepção de escolares do ensino fundamental sobre o Programa Saúde na Escola: um estudo de caso em Belo Horizonte, Brasil. Ciências & Saúde. 23 (9): 2891- 2898. doi: 10.1590/1413-81232018239.16582018

Porto, M. F., Finamore, R. (2012). Riscos, saúde e justiça ambiental: o protagonismo das populações atingidas na produção de conhecimento. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. vol.17, n.6, pp.1493-1501. ISSN 1413 8123. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000600013.

Pereira, C. V., Alves, S. A. A., Sobreira, C. L. S., Lopes, M. S. V. (2021). Educação ambiental e arboviroses no contexto escolar. *Rev enferm UFPE* on line. 15:e244683. 2021. doi: https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.244683

Rangel, V. et al. (2015). *Considerações para uma agenda estratégica de saúde e ambiente e sustentabilidade: horizontes da Fiocruz para 2022.* In: BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde e ambiente para as populações do campo, da floresta e das águas. Brasília, DF. p. 47-61

Santos, S. B., Machado, A. P. A., Sampaio, L. A., Abreu, L. C., & Bezerra, I. M. P. (2019). Acquired Syphilis: construction and validation of educational technology for adolescents. J Hum Growth Dev 29(1): 65-74. doi: http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.157752

Schaefer, R., Barbiani, R., Nora, C. R. D., Viegas, K., Leal, S. M. C., Lora, O. S., Ciconet, R., & Micheletti, V. D. (2018). Políticas de Saúde de adolescentes e jovens no contexto luso-brasileiro: especificidades e aproximações. *Ciênc. saúde colet*. 23 (9) Set. doi: https://doi.org/10.1590/1413-81232018239.11202018

Silva, J. P., Gonçalves, M. F. C., Andrade, L. S., Monteiro, E. M. L. M., & Silva, M. A. I. (2018). Promoção da saúde na educação básica: percepções dos alunos de licenciatura em enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* 39:e2017-0237.

Tong, A., Sainsbury, P., Craig, J. (2007). Critérios consolidados para relatar a pesquisa qualitativa (COREQ): uma lista de verificação de 32 itens para entrevistas e grupos focais. *Revista Internacional de Qualidade em Saúde* 19 (6), 349357. doi: Http://dx.doi.org/10.1093/intghc/mzm042.

Usa. (2011). United Nations Children's Fund. *The state of the world's children 2011: adolescence an age of opportunity*[Internet]. New York (NY): UNICEF [cited 2013 Jun 20]. Available from: https://www.unicef.org/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Main- Report_EN_02092011.pdf

Ventura, D. F. L., Ribeiro, H., DI Guilio, G. M., Jaime, P. C., Nunes, J., Bógus, C. M., Antunes, J. L. F., & Waldman, E. A. (2020). Challenges of the COVID-19 pandemic: for a Brazilian research agenda in global health and sustainability. *Cad. Saúde Pública*; 36(4):e00040620. doi: 10.1590/0102-311X00040620

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.323-331

Procedimentos éticos de pesquisas junto a crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: Um olhar necessário

Luiza Cesar Costa Riani[1], Fabiano Henrique Oliveira Sabino[1], Marília Gonçalves[2] e Diene Monique Carlos[1]

1 Departamento de Enfermagem Universidade Federal de São Carlos, Brasil | luiza-riani@hotmail.com; fabianooliveira163@gmail.com; diene_enf@hotmail.com | https://orcid.org/0000-0002-4950-7350; https://orcid.org/0000-0003-3182-3408; https://orcid.org/0000-0001-8728-9238

[2] Departamento de Psicologia Universidade Federal de São Carlos, Brasil | mariliagoncalves6@gmail.com | https://orcid.org/0000-0003-4547-7235

Resumo: Introdução: No Brasil, crianças e adolescentes figuram como as principais vítimas de violência doméstica, sexual ou outros tipos de violência interpessoal e autoprovocada. A atualidade pluraliza as tipificações de violência, gerando margem para dubiedade em relação aos preceitos de cada cenário. Emerge-se então, diante deste cenário, a grande necessidade de compreensão, investigação e aprofundamento destes fenômenos e das populações envolvidas neles; entretanto, questões como privacidade, sigilo e segurança podem produzir dilemas éticos para pesquisadores, participantes do estudo e profissionais. **Objetivo:** relatar e refletir sobre os procedimentos éticos de duas pesquisas qualitativas, uma junto a famílias envolvidas em violências interpessoais contra crianças e adolescentes e outra junto a adolescentes envolvidos em violências autoinfligidas. **Métodos:** relato de experiência de dois estudos qualitativos realizados em municípios de médio porte do estado de São Paulo, Brasil. **Resultados:** A adoção de abordagens metodológicas que favoreçam a escuta ampliada e o acolhimento dos participantes, para além da coleta de informações, deve ser priorizada; ademais das estratégias de cuidado continuado, como encaminhamento para serviços de saúde e articulação com o território. Os campos de estudo precisam ser parceiros e efetivamente coparticipantes desta construção que envolve pesquisas e cuidados em saúde que se tornam indissociáveis, e não simplesmente cenários de pesquisa. **Conclusões:** O debate durante a formação dos profissionais que lidam com os casos das tipificações de violência deve perpassar os muros da academia e da prática, além disso, pesquisas sobre violências envolvendo crianças, adolescentes e suas famílias são desafiadoras do ponto de vista ético, legal, técnico e econômico. Entretanto, tais populações devem ser vistas e ouvidas na construção de conhecimento científico, principalmente em assuntos que os envolvem diretamente.

Palavras-chave: Criança; Adolescente; Violência; Ética.

Ethical Research Procedures with Children, Adolescents and Their Families in Situations of Violence: A Necessary Look

Abstract: Introduction: In Brazil, children and adolescents are the main victims of domestic, sexual and other types of interpersonal and self-harm. Nowadays pluralizes the typifications of violence, generating room for dubiousness in relation to the precepts of each scenario. Then, in view of this scenario, the great need to understand, investigate and deepen these phenomena and the populations involved in them emerges; however, issues such as privacy, secrecy and security can produce ethical dilemmas for researchers, study participants and professionals. **Objective**: to report ethical research procedures with families involved in interpersonal violence against children and adolescents and with adolescents involved in self-inflicted violence. **Methods**: experience report of two studies carried out in medium-sized municipalities in the state of São Paulo, Brazil. **Results**: The adoption of methodological approaches that favor extended listening and welcoming the participants, in addition to the collection of information, should be prioritized; in addition to continuing care strategies, such as referral to health services and articulation with the territory. The fields of study need to be partners and effectively co-participants in this construction of knowledge, and not simply research scenarios. **Conclusions**: The debate during the training of professionals who deal with cases of types of violence must pass through the walls of academia and practice, in addition, research on violence involving children, adolescents and their families is challenging from an ethical, legal point of view, technical and economical. However, such populations must be seen and heard in the construction of scientific knowledge, especially in matters that directly involve them.

Keywords: Child; Adolescent; Violence; Ethics.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.332-339

1. Introdução

A violência é considerada um grave problema de saúde pública; algumas populações, como crianças e adolescentes, se apresentam mais vulneráveis a este fenômeno, em especial pelo particular momento de desenvolvimento socioemocional e cognitivo. Tais situações implicam no risco de lesões e adoecimentos físicos, bem como provável presença de sofrimento psíquico, atraso no desenvolvimento, pensamentos e comportamentos suicidas (Lloyd & Richardson et al, 2015; World Health Association (WHO, 2014).

A violência é entendida como o uso intencional da força ou do poder físico, real ou em ameaça, contra uma pessoa, grupo ou comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em injúria, morte, dano psicológico, privação ou alteração de desenvolvimento (Vpa, 2014). A Organização Mundial da Saúde (OMS) identifica três tipologias de violência, de acordo com a relação entre vítima e autor da violência, a saber: violência autoprovocada; coletiva e interpessoal (WHO, 2014).

No Brasil, crianças e adolescentes figuram como as principais vítimas de violência doméstica, sexual ou outros tipos de violência interpessoal, constituindo 44,7% do total de casos notificados (Brasil, 2013). A violência autoprovocada engloba comportamentos suicidas e autolesões. No mundo, a primeira causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos é a violência interpessoal, e a segunda é o suicídio (WHO, 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).

Há grande necessidade de compreensão, investigação e aprofundamento destes fenômenos e das populações envolvidas neles; entretanto, questões como privacidade, sigilo e segurança podem produzir dilemas éticos para pesquisadores, participantes do estudo e profissionais. Em âmbito internacional, a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) produziu a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, que é um guia para decisões e práticas de indivíduos, grupos, comunidades, instituições e empresas públicas e privadas. Este documento retrata a importância da incorporação de princípios éticos do respeito à dignidade humana em todas as práticas, incluindo investigações científicas (UNESCO, 2005). Já no Brasil, a Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016 regulamenta normas aplicáveis a pesquisas com seres humanos nas Ciências Humanas e Sociais; foi entendida como um grande avanço pelas particularidades dos estudos nesta área. É aplicável a todos procedimentos metodológicos que envolvam o uso de dados diretos obtidos com participantes ou informações identificáveis. Esta resolução traz princípios éticos essenciais a serem considerados, a saber, a liberdade; autonomia; valores culturais, sociais, morais e religiosos; não preconceito e estigmatização dos participantes. Ressalta cuidados pelos pesquisadores como recusa do autoritarismo; garantia do livre assentimento e consentimento e da confidencialidade das informações e privacidade dos participantes; compromisso de assistência a danos materiais e imateriais eventuais, de forma contínua e oportuna. Finalmente, ressalta a importância da devolutiva e socialização do conhecimento produzido, de forma acessível aos participantes (Brasil, 2016).

Compreendendo a importância de refletir sobre estes aspectos, este artigo tem como objetivo relatar e refletir sobre os procedimentos éticos de duas pesquisas qualitativas, uma junto a famílias envolvidas em violências interpessoais contra crianças e adolescentes e outra, junto a adolescentes envolvidos em violências autoinfligidas.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.332-339

2. Relatos de Experiência

Ao longo deste item, apresentaremos relatos de experiência de dois estudos qualitativos para discussão e reflexão dos cuidados éticos em pesquisas junto a crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências. Pesquisas com relatos de experiência utilizam-se de uma ferramenta da pesquisa qualitativa descritiva que possibilita reflexão sobre uma ação ou situação vivenciada no âmbito profissional das autoras e de interesse da comunidade científica (Daltro & De Faria, 2019). O relato de experiência não permite e nem objetiva se estabelecer como universal e replicável, pois se trata de uma construção teórico-prática de um acontecido, a partir do olhar do sujeito pesquisador, que localiza a experiência em seu contexto em busca de construir reflexões teoricamente embasadas e saberes inovadores (Daltro & De Faria, 2019).

O primeiro estudo relatado teve por objetivo compreender os significados atribuídos à negligência contra crianças sob a ótica de famílias envolvidas neste fenômeno. O campo de estudo foi um município de médio porte do interior do estado de São Paulo. Os participantes foram os/as autores/as da negligência contra crianças, notificadas junto ao Conselho Tutelar (CT) do município. Pelas especificidades do contexto e dos participantes, reforça-se que foram discutidas e estabelecidas junto ao campo as estratégias para aproximação e garantia da continuidade do cuidado às famílias participantes.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de dezembro e janeiro de 2021. Um contato prévio foi realizado com os participantes pelo CT de modo a alertá-los sobre a realização da pesquisa e que um pesquisador entraria em contato posteriormente. Sete dias antes da realização da entrevista o pesquisador fez um novo contato afim de fortalecer a data e horário que o sujeito foi convidado a estar no serviço de referência. Ressalta-se que em nenhum momento foi pontuado aos participantes que seriam convidados a participar da pesquisa por serem suspeitos de negligência contra crianças e adolescentes, mas apenas por estarem em acompanhamento no CT. Tal prerrogativa é expressa nas resoluções éticas como “motivo encoberto”.

Obtendo o aceite, o participante realizou uma entrevista individual de duração aproximada de 30 minutos, para discussão do que seria cuidado e negligência de crianças; e os motivos da ocorrência de negligência nas famílias. É importante ressaltar que antes do início da coleta de dados, foi realizada uma ambientação, ou rapport, para ambientação e aquecimento dos participantes, antes de perguntas mais sensíveis. Assim, inicialmente foi realizado a caracterização socioeconômica. Também optou-se por iniciar com um questionamento sobre cuidado, para posteriormente adentrar possíveis elementos da negligência. Foi necessário apenas um encontro com vinte participantes. Estes foram contactados primeiramente pelo CT, a partir dos dados de notificação do fenômeno em estudo, nos quais foram preservados todos os aspectos éticos para que não se sentissem intimidados ou acusados de tal violação de direitos, sendo caracterizados por números à medida que as entrevistas foram realizadas.

Durante todo o processo, desde a entrada do entrevistado no CT até a sua saída, foi reforçada a importância dele para a pesquisa. Tal ato empoderou o participante e o encorajou a relatar suas percepções e experiências sobre o tema. Foi ressaltado que, apesar da pesquisa ter sido realizada no setor de referência, dentro da sala não haveriam espaços para julgamentos pessoais e nem interpretações subjetivas. O papel do pesquisador era apenas ouvir os relatos dos participantes de modo a não se sentirem diminuídos, taxados, julgados ou menosprezados.

Para tal, caso o participante sentisse incômodo, tristeza ou qualquer outro sentimento negativo, com alguma pergunta ou durante as discussões, ou por constrangimento com alguma informação concedida, ele (a) poderia optar pelo encerramento da entrevista e o pesquisador se ofereceria a auxiliar o entrevistado a encontrar um serviço de atendimento continuado.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.332-339

Quanto aos custos, foi reforçado que a pesquisa não seria de natureza remunerativa para o participante ou para o pesquisador, porém, caso houvesse custos de qualquer natureza, seriam reembolsados pela equipe de pesquisa. Foi estimulado ainda, que os participantes buscassem um horário melhor adequasse à rotina cotidiana para participar do estudo.

Após as entrevistas, a pesquisa foi finalizada com o Mapa Mínimo da Rede Pessoal Social (Sluzki, 1997). Este é um instrumento de fácil entendimento e baixo custo que permite ao participante refletir e falar sobre suas relações pessoais e institucionais, preenchendo um mapa de acordo com a natureza, qualidade e a intensidade destas relações. O preenchimento do mapa possibilitou um fechamento das conversas de forma leve e acolhedora, além de servir como instrumento terapêutico por identificar possibilidades de apoio social. Neste aspecto, é importante reforçar o preparo técnico dos pesquisadores para oferecer este cuidado.

O segundo estudo teve por objetivo identificar e analisar as concepções de autolesão não suicida (ALNS) por adolescentes que se autolesionam. O interesse em estudar a violência autoprovocada na adolescência surgiu durante a realização de atividades de promoção de saúde em escolas da rede pública de uma cidade do interior de São Paulo, quando a problemática da ALNS e dos comportamentos suicidas mostrou-se presente e recorrente, tanto nos discursos dos adolescentes, quanto como preocupação por parte dos profissionais de educação. O estudo foi realizado em uma destas escolas da rede pública da cidade.

Na unidade de realização do estudo, a coordenação identificou entre os estudantes que haviam adolescentes com histórico de ALNS. A partir desta identificação, a escola acolheu os adolescentes e comunicou as famílias, antes do início da pesquisa. Após a elaboração do projeto de pesquisa, o serviço informou às famílias sobre a existência do estudo, e pediu consentimento para a participação dos adolescentes, pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após a ciência dos pais, as adolescentes foram convidadas a participar da pesquisa, e assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE). Vale ressaltar que, antes do início da coleta de dados, as pesquisadoras conversaram com os familiares das adolescentes e ofertaram escuta, acolhimento e esclarecimento de eventuais dúvidas.

A preocupação e reflexão sobre os aspectos éticos da pesquisa pautaram a construção da estratégia metodológica, recrutamento de participantes, execução e divulgação de dados da pesquisa. A estratégia de coleta de dados foi o uso da Consulta Terapêutica individual, mediada pelo Procedimento Desenho-Estória com Tema, com o tema Automutilação. Consulta terapêutica é uma técnica desenvolvida pelo psicanalista Winnicott, que consiste em poucos encontros (hum a três), conta com o uso de um mediador dialógico para expressão e privilegia o acolhimento dos conteúdos ideoafetivos emergentes (Winnicott, 1984). Entendeu-se ser adequada ao estudo por permitir, ao mesmo tempo, coletar dados importantes para uma investigação e fazer intervenção em conteúdos que causem sofrimento psicossocial ao participante. A escolha desta metodologia se respaldou nos cuidados éticos e trouxe benefícios para ambas, investigadora e participante. Ainda pensando em acessar as vivências destas adolescentes, optou-se pela utilização do Procedimento Desenho-Estória com Tema de Aiello-Vaisberg (1999), que consistiu em solicitar à participante que fizesse um desenho com o tema “Automutilação” e contasse uma história sobre sua produção gráfica. A pesquisadora realizava os mesmos passos que a participante. A escolha deste procedimento deveu-se à sua caraterística de facilitar a imersão de conteúdos de difícil expressão oral, considerando que a literatura relaciona a autolesão não suicida com a dificuldade de expressividade e comunicação (Aiello-Vaisberg,1999).

No último encontro com cada adolescente, também foi realizada a construção do Mapa Mínimo da Rede Pessoal Social (Sluzki, 1997). Ressalta-se que, quando identificada a necessidade, as participantes foram encaminhadas para serviços de saúde e assistência social.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.332-339

Foi garantido a todas as participantes e suas famílias o acesso a serviços de saúde que pudessem oferecer cuidado longitudinal, sendo que o projeto de pesquisa foi discutido com a rede de saúde do território antes de sua realização. Para além de todo cuidado ético na escolha do percurso metodológico, com um instrumento que também permite uma elaboração do vivido por parte das participantes, as pesquisadoras participavam do convívio escolar por meio de um projeto de extensão com o objetivo de promover saúde física e mental a partir de abordagens participativas junto à comunidade. Tal aspecto facilitou a aproximação e continuidade do olhar aos adolescentes.

No atual cenário de emergência sanitária, devem ser tomadas medidas adicionais para garantir a segurança dos pesquisadores e dos participantes. O primeiro estudo aqui descrito foi realizado durante o período da pandemia, e respeitaram-se todos os protocolos de segurança presentes a partir da pandemia de COVID-19 por meio da construção de um plano de contingência. Houve distanciamento de dois metros entre o entrevistado e o entrevistador, em ambiente arejado com circulação ampla de ar. Foi ofertado a todos os participantes álcool em gel a concentração 70% e, a cada finalização de entrevista, o espaço era higienizado com álcool 70% líquido, incluindo cadeira, mesa, maçanetas e todos os objetos tocados pelos presentes na sala. Todos os presentes estavam de máscara e se mostraram cientes e praticantes das medidas de distanciamento e etiqueta respiratória. A segurança do participante também é responsabilidade do pesquisador e um cuidado ético. Entende-se que tais fenômenos não poderiam ser acessados, discutidos e refletidos por meio de tecnologias virtuais e remotas; pela sensibilidade dos temas, a atual situação de pandemia apresenta-se como desafio a ser enfrentado contextualmente.

3. Discussão

A reflexão acerca dos princípios éticos em pesquisa, dos direitos e da proteção dos participantes não esteve sempre em pauta. Observamos ao longo da história diversos estudos que desrespeitaram os direitos fundamentais dos participantes, e que, em geral, não consideravam a participação de crianças e adolescentes (Kipper, 2016). Tais discussões puderam se iniciar internacionalmente a partir do Código de Nüremberg, que introduziu o conceito de autonomia dos participantes, e do dever dos pesquisadores quanto ao cumprimento dos seus direitos, (Organização das Nações Unidas [ONU], 1949). Outro passo importante em direção à ética em pesquisa com crianças e adolescentes foi a Declaração de Helsinki, redigida em 1964, que prevê a participação de pessoas com menos de 18 anos em estudos científicos, desde que haja consentimento de seu responsável legal, e mais recentemente, do assentimento da própria criança/adolescente, respeitando a compreensão dos participantes (World Medical Association [WMA], 2009).

Por vezes, o conhecimento das questões éticas perpassa pela subjetividade da experiência profissional, o que de fato é importante, mas não ultrapassa os limites do conhecimento tácito. A aplicação da ética na pesquisa deve ser pautada na compreensão do fenômeno como um todo, de forma que possa compreender que muitas vezes o comportamento que infere na violência ou na violação de direitos é resquício ou reflexo de um comportamento social e cultural (Garcia & Beiras, 2019).

Pesquisas com crianças e adolescentes podem ser mais desafiadoras do que pesquisas com adultos, sobretudo quando o objeto de estudo é a violência. Os desafios incluem aspectos éticos, legais, técnicos e econômicos. Entretanto, mesmo diante das dificuldades, essas pesquisas são necessárias e possíveis, e vêm sendo desenvolvidas em todo o mundo (Kipper, 2016). As crianças, os adolescentes e suas famílias devem ser vistos e ouvidos na construção de conhecimento científico, principalmente em assuntos que os envolvem diretamente, como é o caso das violências.

As pesquisas sobre violência com crianças, adolescentes e suas famílias devem visar também o benefício dos participantes e de seu entorno, para além da obtenção de dados científicos.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.332-339

Neste sentido, na construção do percurso metodológico, ambos os estudos utilizaram-se de estratégias que favorecessem o diálogo e a construção de um espaço acolhedor e livre de julgamentos. Ao finalizar a coleta de dados, os pesquisadores convidaram os participantes a construir o Mapa Mínimo da Rede Pessoal Social, como forma de oferecer também aos participantes uma visão organizada de sua rede de suporte (Carlos et al., 2019).

Protocolos de estudos devem obrigatoriamente buscar minimizar riscos e danos aos participantes. Em recente revisão sistemática de estudos indianos para compreender práticas e lacunas éticas em estudos sobre violência sexual infantil encontrou-se que apenas 25% dos estudos discutiam tais métodos. A maioria deles se referiu ao aconselhamento de serviços aos participantes quando necessário e o referenciamento a serviços psiquiátricos ou gerais (Dayal et al, 2018). Em estudos junto às famílias envolvidas em situações de violências é muito importante o cuidado para não estigmatização e descriminação rotulagem.

No caso do primeiro estudo, debater questões sobre a negligência familiar possibilita o esclarecimento de manifestações e discursos culturais que transcendem a lógica da responsabilização meramente punitiva executada junto às famílias. As políticas públicas são ferramentas importantes na construção da saúde familiar, porém a família não é parte menos importante neste contexto e nem indissociável a ele, necessitando ser ouvidas e ativas nesta construção (Egry et al, 2015).

Na escolha do percurso metodológico, optou-se por não aplicar instrumentos ou questionários nos adolescentes para medir a prevalência ou grau da violência autoprovocada, pois foi demonstrado em estudo que se debruçou sobre as recomendações éticas para estudos com adolescentes que se autolesionavam que estes instrumentos específicos e detalhados podem despertar a ideia de se automutilar ou ensinar novos métodos para pessoas que não os conheciam anteriormente. O mais recomendado eticamente é que os pesquisadores perguntem se o adolescente já se autolesionou, em lugar de aplicar instrumentos para identificá-los (Hasking et al., 2019).

A literatura demonstra que adolescentes que participam em pesquisa sobre violência autoprovocada relatam que a experiência proporciona maior entendimento sobre si mesmos e sobre maneiras saudáveis de enfrentar o sofrimento (Jorm et al., 2007; Hasking et al, 2015). Hasking et al (2019) aponta, ainda, que há evidências crescentes de que perguntar sobre a violência autoprovocada para adolescentes não aumenta a angústia ou o risco de se envolver nela. Em vez disso, em estudos com adolescentes que se autolesionavam, os participantes perceberam benefícios para si mesmos da participação de pesquisas sobre o tema, e que sua participação os alertou sobre a ajuda disponível. Finalmente, aponta-se para a necessidade do desenvolvimento de pesquisas que oferecem espaço de expressão para adolescentes e que lancem luz sobre a experiência subjetiva destes sujeitos, sendo que permitir que o discurso dos adolescentes seja ouvido tem uma dimensão ético-política de construção de saber e possibilidade promoção de saúde e bem-estar (Oliveira et al, 2012).

4. Considerações Finais

Esta reflexão trouxe que pensar e realizar investigações que se propõem a ouvir crianças, adolescentes e suas famílias envolvidos em situações de violências demandam reflexões e cuidados pautados nos princípios éticos e nas regulamentações vigentes. O estudo emergiu a importância da pesquisa qualitativa em quaisquer temas que exijam um aprofundamento das experiências, vivências e significados, inclusive na redução de danos frente a fenômenos sensíveis, mas que têm necessidade de serem melhor pesquisados. Neste aspecto, tem ainda um imperativo ético, humanístico e social ao ouvir as vozes dos diretamente envolvidos no fenômeno.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.332-339

As medidas restritivas relacionadas à pandemia devem respeitar os preceitos de segurança sanitária aliados à ética. As ações para minimizar os riscos durante a participação devem ser pensadas com responsabilidade e rigor, principalmente por se tratar de uma população vulnerável e de temas que podem gerar desconforto ou sofrimento. A adoção de abordagens metodológicas que favoreçam a escuta ampliada e o acolhimento dos participantes, para além da coleta de informações, deve ser priorizada; ademais as estratégias de cuidado continuado, como encaminhamento para serviços de saúde e articulação com o território, devem ser vislumbradas. Reforça-se que o experienciamento das violências requer uma visão caleidoscópica dos fenômenos, reforçando a complexidade humana na construção social. Os campos de estudo precisam ser parceiros e efetivamente coparticipantes desta construção de conhecimento, e não simplesmente cenários de pesquisa.

A aglutinação entre os relatos das pesquisas permitiu evidenciar que, tanto pesquisas com vítimas quanto com autores da violência exige do pesquisador uma visão ampla e despida de subjetividades e julgamentos pessoais. Finalmente, o estudo traz implicações para pesquisas junto a populações envolvidas nas violências, bem como para a gestão e produção de conhecimento na área.

5. Referências

Aiello-Vaisberg, T. M. J. (1999). Encontro com a loucura: transicionalidade e ensino de psicopatologia (Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo).

Brasil. Conselho Nacional de Saúde (2013). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Resolve aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília : Diário Oficial da União., 59, 13 jun 2013. Seção 1.

Brasil. Ministério da Saúde. (2017). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva : Vigilância de Violências e Acidentes : 2013 e 2014 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde.

Carlos, D. M., Pereira, S. L. M., Beserra, M. A., Aragao, A. D. S., Gregory, A., Carvalho, F, M, D, G. (2019). Social support network of family members of abused children and adolescents: Perspectives and possibilities. Journal Of Clinical Nursing, 28(5-6), 814-827.

Daltro, M. R., de Faria, A. A. (2019). Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade. Estudos e pesquisas em psicologia, 19(1), 223-237.

Dayal, R., Kalokhe, A.S., Choudhry, V. et al. (2018). Ethical and definitional considerations in research on child sexual violence in India. BMC Public Health, 18, 1144. https://doi.org/10.1186/s12889-018-6036-y

Egry, E. Y. et al. (2015). Compreendendo a negligência infantil na perspectiva de gênero: estudo em um município brasileiro. Rev Esc Enferm USP. 49(4),556-563. DOI: 10.1590/S0080-623420150000400004

Egry, E. Y., Apostolico, M. R., & Morais, T. C. P. (2018). Notificação da violência infantil, fluxos de atenção e processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária em Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 23, 83-92.

Garcia, A. L. C., & Beiras, A. (2019). A psicologia social no estudo de justificativas e narrativas de homens autores de violência. Psicologia: Ciência e Profissão, 39(SPE2).

Hasking, P., Tatnell, R. C., & Martin, G. (2015). Adolescents' reactions to participating in ethically sensitive research: a prospective self-report study. Child and adolescent psychiatry and mental health, 9(1), 1-12.

Hasking, P. A., Lewis, S. P., Robinson, K., Heath, N. L., & Wilson, M. S. (2019). Conducting research on nonsuicidal self-injury in schools: Ethical considerations and recommendations. School psychology international, 40(3), 217-234.

Jorm, A. F., Kelly, C. M., & Morgan, A. J. (2007). Participant distress in psychiatric research: A systematic review. Psychological medicine, 37(7), 917.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.332-339

Kipper, D. J. (2016). Ética em pesquisa com crianças e adolescentes: à procura de normas e diretrizes virtuosas. Revista Bioética, 24(1), 37-48.

Kitano, N., Lee, K., & Nakamura, Y. (2019). Demographic characteristics of foreign residents in Japan; child maltreatment and language problems in child protection services. Nihon eiseigaku zasshi. Japanese journal of hygiene, 74.

Konijnendijk, A. A., Boere-Boonekamp, M. M., Haasnoot, M. E., & Need, A. (2019). Effects of a computerised guideline support tool on child healthcare professionals' response to suspicions of child abuse and neglect: a community-based intervention trial. BMC medical informatics and decision making, 19(1), 1-12.

Lescovar, G. Z. (2004). As consultas terapêuticas e a psicanálise de DW Winnicott. Estudos de Psicologia (Campinas), 21(2), 43-61.

Oliveira, T. G. P. D., Muylaert, C. J., & Reis, A. O. A. (2012). Crianças como sujeitos na pesquisa: uma revisão integrativa. Psicologia Hospitalar, 10(2), 02-16.

Okato, A., Hashimoto, T., Tanaka, M., Tachibana, M., Machizawa, A., Okayama, J., ... & Iyo, M. (2018). Hospital-based child protection teams that care for parents who abuse or neglect their children recognize the need for multidisciplinary collaborative practice involving perinatal care and mental health professionals: a questionnaire survey conducted in Japan. Journal of multidisciplinary healthcare, 11, 121.

Organização das Nações Unidas (ONU) (1949). Código de Nüremberg. Disponível: http://www.ufrgs.br/bioetica/nuremcod.htm

Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) (2005). Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Paris(FR): UNESCO. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf.

Pasian, M. S., Faleiros, J. M., Bazon, M. R., & Lacharité, C. (2013). Negligência infantil: a modalidade mais recorrente de maus-tratos. Pensando famílias, 17(2), 61-70.

Violence Prevention Alliance (VPA) (2014). Definition and typology of violence. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2019). The WHO special initiative for mental health (2019-2023): universal health coverage for mental health (No. WHO/MSD/19.1). World Health Organization.

Winnicott, D. W. (1983). O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Artes Médicas.

Winnicott, D. W. (1984). Consultas terapêuticas em psiquitria infantil. Rio de janeiro: Imago.

World Medical Association. (2009). Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik, 14(1), 233-238.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.332-339

Mapeamento de Intervenções de Enfermagem na Lesão Renal Aguda: *Scoping Review*

Ana Luísa Pereira Santos[1] e Maria Eulália Novais[2]

[1] Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Portugal | analupesantos@gmail.com | https://orcid.org/0000-0002-4378-5624

[2] Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal | menovais@esel.pt | http://orcid.org/0000-0002-5599-5223

Resumo: Introdução A lesão renal aguda é considerada uma complicação de uma doença de base. Tem uma incidência de cerca 60% nos doentes internados numa unidade de cuidados intensivos e a taxa de mortalidade varia entre 10-80%. O enfermeiro é um elemento crucial na prevenção, na coordenação e na organização de cuidados ao doente renal. O doente com lesão renal aguda necessita de inúmeras intervenções e de uma equipa de enfermagem especializada; **Objetivo** Mapear as intervenções de enfermagem à pessoa com lesão renal aguda em unidade de cuidados intensivos; **Métodos** Metodologia de *scoping review* de acordo com *Joanna Briggs Institute*. Dois revisores independentes realizaram o processo de análise da relevância, extração e síntese dos dados; **Resultados** Dezoito estudos foram incluídos na revisão. Da análise das intervenções de enfermagem, emergiram três grupos: prevenção, diagnóstico e tratamento à pessoa com lesão renal aguda**; Conclusões** A prevenção é a melhor estratégia de intervenção de enfermagem para gerir a lesão renal aguda. Relativamente ao tratamento da lesão renal aguda, o enfermeiro tem um papel relevante no desenvolvimento e implementação de estratégias que limitem a progressão da lesão renal aguda na pessoa em unidade de cuidados intensivos.

Palavras-chave: Lesão Renal Aguda; Intervenções de Enfermagem; Unidade de Cuidados Intensivos.

Mapping Nursing Interventions of Acute Kidney Injury: S*coping Review*

Abstract: Introduction Acute kidney injury is considered a complication of an underlying disease. It has an incidence of about 60% in patients admitted to an intensive care unit and the mortality rate varies from 10-80%. The nurse is a key element in the prevention and coordination of care to the renal patient, requiring numerous interventions from the nursing team; **Goals** The purpose of this scoping review was to provide a map of the evidence of nursing interventions for people with acute kidney injury in an intensive care unit; **Methods** Scoping review methodology according to the Joanna Briggs Institute. Two independent reviewers performed the process of relevance analysis, data extraction, and synthesis; **Results** Eighteen studies were included in the review. From the analysis of nursing interventions, three groups emerged: prevention, diagnosis, and treatment to the person with acute kidney injury; **Conclusions** Prevention is the best nursing intervention strategy. The nurse has a relevant role in the development and implementation of intervention strategies for the person with AKI in the ICU.

Keywords: Acute Kidney Injury; Nursing Interventions; Intensive Care Units.

1. Introdução

A insuficiência renal é uma das principais causas de morte ou incapacidade em todo o mundo. A lesão renal aguda (LRA) foi descrita pela primeira vez por *Homer Smith*, em 1951, e é considerada uma complicação de agravamento de uma doença de base (Odom, 2017). De acordo com Odom (2017) é uma complicação que tem uma incidência de 13-18% nos doentes hospitalizados e cerca de 60% nos doentes internados numa unidade de cuidados intensivos (UCI). Há uma taxa de mortalidade que pode variar entre 10-80%, dependendo dos fatores de risco de cada doente, o que faz desta doença uma das principais causas de morte nos doentes internados (Odom, 2017; Dainton, 2019). Dos doentes que desenvolveram LRA numa UCI, cerca de 49% necessitaram de realizar técnica de substituição da função renal contínua (TSFRC). A taxa de mortalidade nos doentes com LRA em UCI a realizar TSFRC é de cerca de 80% (Odom, 2017).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.340-352

A LRA é uma condição que afeta o rim na sua estrutura e função e pode ser caracterizada por uma diminuição abrupta da função renal, que pode ocorrer em horas, dias, ou semanas, associada à retenção de metabólitos e eletrólitos. Os principais critérios de diagnóstico são: resultados etiológicos, creatinina sérica, ureia, taxa de filtração glomerular (TFG), volume de produção de urina e a necessidade de TSFRC (*Kidney Disease Improving Global Outcomes* [KDIGO], 2012; Odom, 2017; Dainton, 2019; *National Institute for Health and Care Excellence* [NICE], 2019).

Os estadios de gravidade da LRA, são retratados através de várias classificações. Em 2004, a *Acute Dialysis Quality Initiative*, publicou a classificação RIFLE para definir LRA. O acrónimo RIFLE significa *Risk* – Risco, *Injury* – Lesão, *Failure* – Falha, *Loss* – Perda (da função renal) e *End stage kidney disease* – Doença renal em estadio terminal. A classificação RIFLE utiliza, como critérios, a TFG e/ou o débito urinário (Seller-Pérez et al., 2013; Odom, 2017). Em 2007, a *Acute Kidney Injury Network* (AKIN) produziu uma classificação para definir LRA, baseada na classificação RIFLE (Seller-Pérez et al., 2013; Odom, 2017). Em 2012, a KDIGO combinou os critérios de classificação RIFLE e AKIN para estabelecer uma classificação de consenso e diretrizes para a pesquisa e a prática da LRA (KDIGO, 2012). Relativamente à etiologia da LRA, é de referir que os rins têm como função a filtração do sangue, o processamento do filtrado e a sua excreção através dos ureteres, bexiga e uretra. As três categorias da LRA estão relacionadas com uma rutura neste processo. A LRA pode ter origem pré-renal, que é causada por uma redução no fluxo sanguíneo para os rins; origem intra-renal (intrínseca), causada por um processo que ocorre dentro do rim; e origem pós-renal (obstrutiva), causada por uma obstrução no fluxo de urina, longe dos rins (Odom, 2017; Dainton, 2019). Odom (2017) indica que a LRA pré-renal, corresponde entre 60-70% dos casos diagnosticados, a intra-renal, corresponde entre 25-40%, e a pós-renal, entre 5-10% das causas da LRA.

O tratamento da LRA inclui medidas para corrigir a causa da LRA e os desequilíbrios metabólicos que ocorrem como resultado da insuficiência renal. Esses desequilíbrios podem incluir: hipercalemia, uremia, produção de citocinas e deficiências endócrinas. Os objetivos do tratamento também devem-se focar na preservação da função de todos os órgãos existentes, podendo haver necessidade de incluir as técnicas de substituição da função renal, que podem ser intermitentes ou contínuas ou a diálise peritoneal (Odom, 2017; Dainton, 2019; NICE, 2019).

O enfermeiro é um elemento crucial na prevenção na LRA e na coordenação de cuidados ao doente renal, incluindo o doente com LRA (Saraiva et al., 2018). Neste sentido, um doente com LRA, internado numa UCI, exige da equipa de enfermagem intervenções específicas e fundamentais para colmatar as necessidades do doente. Portanto, o objetivo desta revisão *scoping* é mapear as intervenções de enfermagem à pessoa com LRA em UCI. Esta revisão *scoping* foi orientada pela metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI) para *Scoping Reviews* (Peters et al., 2020a). Numa pesquisa inicial na base de dados *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, não foi encontrado qualquer tipo de revisão *scoping* (publicada ou a ser realizada) sobre a temática em questão.

Esta revisão pretende dar resposta à seguinte questão: quais as intervenções de enfermagem à pessoa com LRA em UCI?

2. Métodos

A revisão sistemática da literatura permite aceder a evidência científica que sustentará as tomadas de decisão ao longo do processo de investigação. As revisões *scoping* são uma abordagem cada vez mais comum para informar a tomada de decisão e a pesquisa com base na identificação e na análise da literatura sobre um determinado tópico ou questão (Peters et al., 2020b).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.340-352

De acordo com Peters et. al. (2020b), o propósito da revisão *scoping* é mapear evidência de diferentes formas: fornecer uma visão geral ampla de um tópico; identificar lacunas na evidência em determinada área; mapear conceitos que sustentam uma área de pesquisa; esclarecer as definições de trabalho e/ou os limites concetuais de um tópico; identificar os tipos de evidência que informam a prática em determinada área; e mapear evidência relativa ao tempo (quando foi publicada), localização (país), fonte (*peer reviewed* ou literatura cinzenta) e origem (clínica ou disciplina académica).

Os critérios de inclusão desta revisão *scoping* foram justificados no *background* e são aqui definidos com intuito de fornecer um guia para entender o que é proposto na revisão e como foram tomadas as decisões sobre as fontes a serem incluídas. A revisão assentou na estratégia de definição dos participantes, conceitos e contexto (PCC). Em relação ao tipo de participantes, a revisão considerou estudos que incluam pessoas, com idade superior a 18 anos, diagnosticados com LRA. Quanto aos conceitos, considerou estudos focados na LRA, considerando as intervenções de enfermagem, inerentes à pessoa com esse diagnóstico médico. No contexto, a revisão incidiu em estudos realizados em UCI. Por fim, relativamente aos tipos de fontes, considerou todos os estudos quantitativos, qualitativos, revisões sistemáticas da literatura e literatura cinzenta pesquisada na plataforma de pesquisa *Google*.

2.1 Estratégias de Pesquisa

A estratégia de pesquisa visou encontrar estudos publicados, tendo sido realizada por 3 etapas. Numa pesquisa inicial, com conceitos naturais, utilizou-se a plataforma *EBSCO*, efetuando a pesquisa nas bases de dados *CINAHL* e *MEDLINE*, separadamente. Foram selecionadas estas bases de dados por serem sugeridas pelo *JBI* e por possuírem o banco de dados de pesquisa de saúde mais abrangente do mundo. Nessa mesma pesquisa foi realizada uma análise das palavras contidas no título, no resumo e nos termos indexados usados para descrever os estudos. Numa segunda pesquisa, nas mesmas bases de dados, separadamente, utilizaram-se as palavras-chave e os conceitos indexados respetivos e realizou-se um cruzamento com as pesquisas realizadas anteriormente. Na terceira etapa, as listas das referências bibliográficas de todos os estudos identificados foram pesquisadas para identificar estudos adicionais.

Esta pesquisa foi limitada a artigos em inglês, espanhol e português. Definiu-se como horizonte temporal a data de publicação dos artigos até 10 anos, inclusive, ou seja, dentro do período temporal 2010-2019. Em relação à disponibilidade do artigo, foram incluídos todos os artigos. Aos artigos que nas bases de dados indicadas não se encontravam em texto integral, realizou-se uma pesquisa adicional noutras bases de dados com vista a obter os artigos em texto integral.

As palavras-chave/conceitos naturais utilizados foram: lesão renal aguda, intervenções de enfermagem e unidade de cuidados intensivos. As palavras-chave/conceitos naturais em inglês foram: *acute kidney injury, nursing interventions, intensive care units*. Os conceitos naturais e indexados estão na Tabela 1.

Tabela 1. Conceitos Naturais e Conceitos Indexados de cada Base de Dados.

	Base de dados *CINAHL*	**Base de dados *MEDLINE***
Conceitos Naturais	Conceitos Indexados	Conceitos Indexados
Acute Kidney Injury	*- Kidney Failure, Acute* *- Renal Insufficiency* *- Renal Replacement Therapy*	*- Acute Kidney Injury*
Nursing Interventions	*- Nursing Interventions* *- Practical Nurses* *- Critical Care Nursing*	*- Nurses* *- Nursing* *- Nurses's Role*

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.340-352

	- Nursing Practice *- Advanced Nursing Practice* *- Nephrology Nursing*	*- Nephrology Nursing* *- Nursing, Practical* *- Nursing Care* *- Critical Care Nursing* *- Advanced Practice Nursing*
Intensive Care Units	*- Intensive Care Units* *- Critical Care*	*- Intensive Care Units* *- Critical Care*

A estratégia de pesquisa completa realizada na base de dados *CINAHL* é apresentada na Tabela 2 e a estratégia de pesquisa completa realizada na base de dados *MEDLINE* é apresentada na Tabela 3.

Tabela 2. *CINAHL* – pesquisa realizada a 10 de janeiro de 2020.

S18	Filtros: restringir por aged – 18+ years	16
S17	Filtros: restringir por language – portuguese, spanish or english	84
S16	Filtros: Data de Publicação 2010-01-01 a 2019-12-31	90
S15	S12 AND S13 AND S14	252
S14	S10 OR 211	105176
S13	S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9	127060
S12	S1 OR S2 OR S3	36569
S11	MH “Critical Care”	50808
S10	MH “Intensive Care Units”	72049
S9	MH “Nephrology Nursing”	3669
S8	MH “Advanced Nursing Practice”	10327
S7	MH “Nursing Practice”	74362
S6	MH “Critical Care Nursing”	21311
S5	MH “Practical Nurses”	6438
S4	MH “Nursing Interventions”	14231
S3	MH “Renal Replacement Therapy”	4258
S2	MH “Renal Insufficiency”	12672
S1	MH “Kidney Failure, Acute”	8417

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.340-352

Tabela 3. *MEDLINE – pesquisa realizada a 10 de janeiro de 2020.*

S18	Filtros: restringir por aged – 18+ years	54
S17	Filtros: restringir por language – portuguese, spanish or english	115
S16	Filtros: Data de Publicação 2010-01-01 a 2019-12-31	118
S15	S1 AND S13 AND S14	226
S14	S11 OR 212	289828
S13	S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10	814768
S12	MH “Critical Care”	169348
S11	MH “Intensive Care Units”	157787
S10	MH “Advanced Practice Nursing”	2321
S9	MH “Critical Care Nursing”	3161
S8	MH “Nursing Practitioners”	160
S7	MH “Nursing Care”	51396
S6	MH “Nursing, Practical”	3454
S5	MH “Nephrology Nursing”	463
S4	MH “Nurse’s Role”	42874
S3	MH “Nursing”	706276
S2	MH “Nurses”	344,665
S1	MH “Acute Kidney Injury”	52058

Os artigos pesquisados foram avaliados criticamente, ao nível da relevância e resultados, com base nas informações fornecidas no título e no resumo, por dois revisores independentes. Após a avaliação crítica, os estudos que não preencheram os critérios de inclusão foram excluídos. Caso houvesse dúvidas sobre a relevância de um estudo a partir do resumo, o artigo em texto completo seria recuperado. Os artigos completos foram recuperados para todos os estudos que preencheram os critérios de inclusão.

2.2 Extração dos Dados

Os dados foram extraídos dos artigos incluídos na revisão com recurso a um instrumento de extração de dados, alinhado com o objetivo e questão da revisão *scoping* (Fig. 1). Este instrumento está conforme indicado pela metodologia proposta pelo *JBI* para *scoping reviews* (Peters et al., 2020a). Os dois revisores extraíram, independentemente, os dados. Qualquer divergência entre os revisores foi resolvida por meio de discussão até haver consenso. Os dados extraídos forneceram detalhes específicos sobre os fenómenos de interesse, relativos à população, métodos de estudo, resultados de significância para a questão de pesquisa e objetivo. No decurso do processo de extração de dados, o instrumento de extração de dados não sofreu revisão nem alterações.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.340-352

Título da Revisão *Scoping*: Intervenções de Enfermagem à Pessoa com Lesão Renal Aguda em Unidade de Cuidados Intensivos: Revisão *Scoping*.

Objetivo: mapear intervenções de enfermagem à pessoa com LRA em UCI.

Questão: Quais as intervenções de enfermagem à pessoa com LRA em UCI?

Critérios de Inclusão segundo PCC:
Tipos de Participantes: Pessoas com idade superior a 18 anos, diagnosticados com LRA.
Conceitos: Estudos focados na LRA, considerando as intervenções de enfermagem, inerentes à pessoa com LRA. São incluídos estudos que utilizarem intervenções de enfermagem na prevenção da LRA, no seu diagnóstico, e no seu tratamento.
Contexto: UCI

Detalhes do estudo e extração das características:
Autor(es): _____
Ano de publicação: _____
País de origem: _____
Objetivos: _____
População do estudo: _____
Metodologia: _____
Contexto do estudo: _____
Intervenções de Enfermagem: _____
_____
_____
_____
Principais descobertas relacionadas com a questão: _____
_____
_____
Outras informações relevantes: _____
_____
_____

Fig. 1. Instrumento de extração de dados.

2.3 Análise dos Dados

A análise qualitativa de dados da revisão *scoping* foi uma análise descritiva. Pretendeu-se com esta revisão *scoping* extrair os resultados dos estudos incluídos e mapeá-los. Realizou-se um resumo das intervenções de enfermagem à pessoa com LRA em UCI, codificando essas intervenções em categorias (Peters et al., 2020a; Pollock et al., 2021).

Em relação aos dados quantitativos, pretendeu-se realizar uma contagem de frequência de conceitos, características e população. Como complemento na exposição dos resultados, recorreu-se a um fluxograma da decisão de pesquisa. Utilizou-se também tabelas para descrever os resultados, acompanhadas com um resumo descritivo, de forma a relacionar o objetivo e a pergunta da revisão *scoping* (Peters et al., 2020a; Pollock et al., 2021).

3. Resultados

Após a remoção dos artigos duplicados, 68 artigos foram identificados para seleção do estudo. Um total de 37 documentos atenderam aos critérios de inclusão, com base nos títulos e resumos. Os artigos em texto completo foram obtidos e lidos, sendo que 18 artigos preencheram os critérios de inclusão e 19 artigos foram excluídos.

(cc) BY-NC-ND
DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.340-352

Quatorze artigos foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão em relação ao conceito, não consideraram intervenções de enfermagem à pessoa com LRA em UCI e 5 estudos foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão em relação ao contexto, não terem sido realizados em UCI. O fluxograma da decisão de pesquisa, encontra-se na Fig. 2.

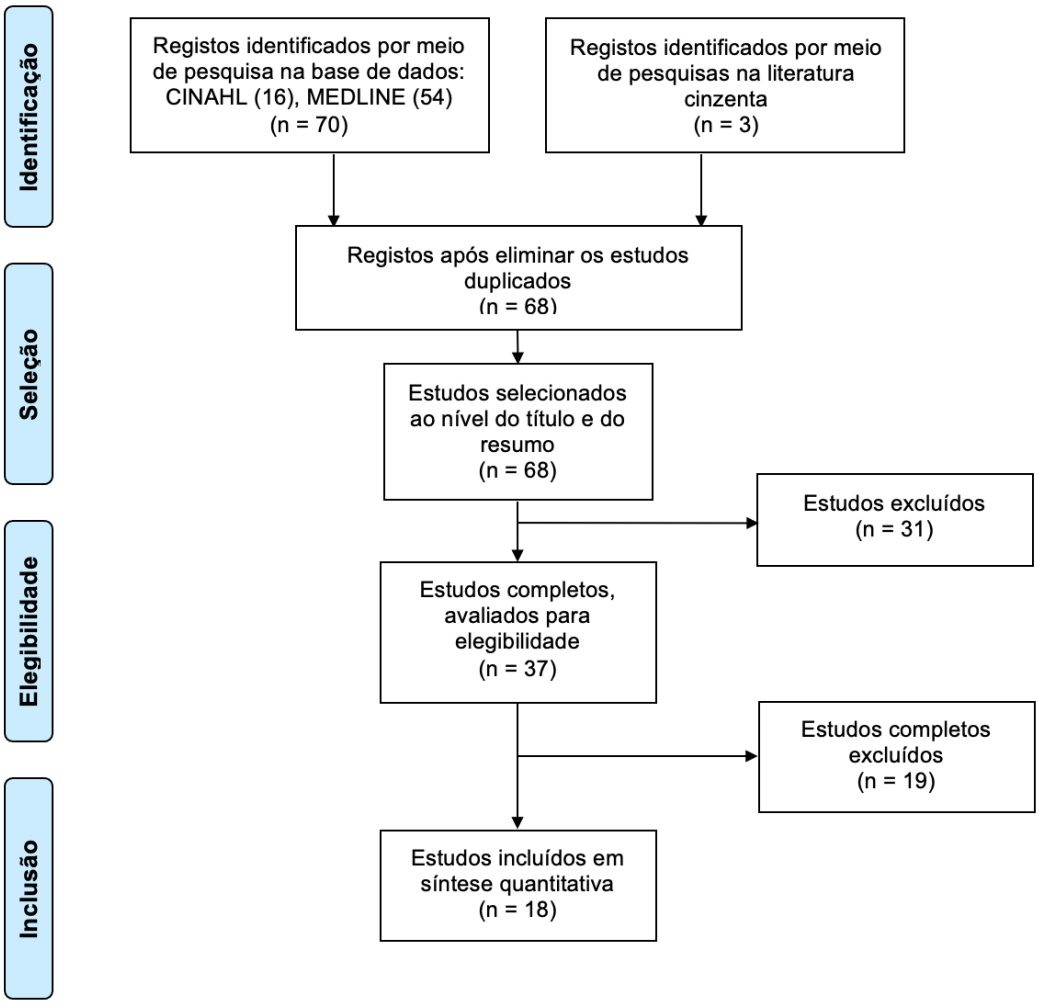


Fig. 2. Fluxograma PRISMA do processo de seleção do estudo, adaptado de Moher et. al. (2009).

As intervenções de enfermagem foram agrupadas em 3 grupos: prevenção, diagnóstico e tratamento à pessoa com LRA. Dos 18 estudos incluídos, 6 estudos abordam intervenções de enfermagem na prevenção da LRA na pessoa em UCI, 3 estudos fazem referência a intervenções de enfermagem no diagnóstico da LRA na pessoa em UCI e, 13 estudos referem as intervenções de enfermagem no tratamento na LRA na pessoa em UCI. A tabela 4 expõe um resumo das intervenções de enfermagem à pessoa com LRA em UCI de cada estudo incluído na revisão *scoping* e o respetivo grupo de categoria, que emergiu após a descrição das intervenções de enfermagem.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.340-352

Tabela 4. *Intervenções de Enfermagem à pessoa com LRA em UCI e a respetiva categoria de intervenção.*

Autor	Categoria de Intervenções de Enfermagem			Intervenções de enfermagem
	Prevenção	Diagnóstico	Tratamento	
Wood	X			Identificação dos fatores de risco para o desenvolvimento de nefropatia induzida por contraste; Detectar sinais/sintomas de nefropatia induzida por contraste; Tratamento da nefropatia induzida por contraste.
Santos & Marinho	X	X		Identificação dos fatores de risco para o desenvolvimento de LRA; Identificação da causa da LRA.
Boling	X	X	X	Estratégias de prevenção da LRA; Classificar LRA; Estratégias de limitação da progressão da LRA.
Brownback et. al.			X	Limitações da TSFRC; Estratégias para promover a mobilidade nos doentes a realizar TSFRC.
Davis	X			Comorbidades dos doentes idosos; Complicações associadas à hipertensão arterial.
Richardson & Whatmore			X	Quatro princípios essenciais na TSFRC.
Kee et. al.			X	Benefícios de uma equipa especializada em TSFRC.
Dirkes & Wonnacott			X	Formação aos enfermeiros para o manuseio da TSFRC.
Coelho et. al.	X	X		Identificação dos fatores de risco para o desenvolvimento da LRA; Classificar LRA.
Davies et. al.			X	Balanço hídrico no doente a realizar TSFRC.
Grassi et. al.			X	Processo de enfermagem ao doente a realizar TSFRC.
Lucena et. al.			X	Diagnósticos e intervenções de enfermagem prioritários no doente a realizar TSFRC.
Przybyl et. al.			X	Formação aos enfermeiros sobre a TSFRC.
Rhee et. al.			X	Benefícios de uma equipa especializada em TSFRC.
Santos et. al.	X			Intercorrências clínicas nos idosos numa UCI.
Andrade et. al.			X	Formação aos enfermeiros sobre a TSFRC.
Silva & Mattos			X	Formação aos enfermeiros sobre a TSFRC.
Steward			X	Monitorização dos sinais/sintomas que o doente pode apresentar durante a realização de TSFRC.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.340-352

4. Discussão

Nesta revisão *scoping* foram incluídos 18 estudos, em que 8 são revisões sistemáticas da literatura, 4 estudos retrospetivos, 2 estudos de caso, 2 estudos transversais e descritivos, 1 estudo de validação de conteúdo e 1 estudo descritivo, qualitativo. Os estudos foram publicados, maioritariamente, nos Estados Unidos da América e no Brasil, entre 2012 e 2019. Observou-se que as intervenções de enfermagem à pessoa com LRA, foram dirigidas, essencialmente, a pessoas com idade igual e/ou superior a 60 anos.

Após a leitura dos artigos incluídos, emergiram 3 categorias: intervenções de enfermagem na prevenção da LRA à pessoa em UCI; intervenções de enfermagem no diagnóstico da LRA na pessoa em UCI e intervenções de enfermagem no tratamento da LRA na pessoa em UCI.

Em relação à primeira categoria, intervenções de enfermagem na prevenção da LRA à pessoa em UCI, os estudos incluídos na revisão *scoping*, referem que a prevenção é a melhor estratégia para gerir a LRA (Boling, 2014). Para o enfermeiro intervir na detecção precoce é necessário compreender quais os fatores de risco que podem levar ao seu desenvolvimento (Santos & Marinho, 2013; Coelho et al., 2017). As principais causas de internamento na UCI de doentes que desenvolveram LRA foram: choque séptico, doenças respiratórias e cardiovasculares (Santos & Marinho, 2013; Davis, 2014). O enfermeiro tem de intervir nas causas da LRA, para interferir no seu desenvolvimento: prevenção de choque; regulação hemodinâmica; controlo ácido-base e controlo da infeção (Santos & Marinho, 2013).

Existe 1 estudo que aborda a nefropatia induzida por contraste como sendo uma das causas para o desenvolvimento da LRA (Wood, 2012). Consideram o enfermeiro um elemento crucial para a identificação de doentes em risco de desenvolver nefropatia induzida por contrate pois, é o primeiro elemento da equipa a detectar uma alteração nos sinais e sintomas no doente (Wood, 2012). Assim sendo, as intervenções de enfermagem, na prevenção da LRA, são a monitorização da terapêutica e dos seus efeitos colaterais, principalmente, em doentes idosos, que já apresentam alterações renais (Davis, 2014). Os idosos, nas UCI, tornam-se mais suscetíveis às infeções, aumento do stress, ansiedade e LRA (Santos et al., 2018).

O uso de terapêutica nefrotóxica foi identificado como sendo uma área onde o enfermeiro pode intervir na sua limitação, mas não foi desenvolvida nos estudos selecionados. A administração de terapêutica é uma intervenção do enfermeiro que pode ter uma influência direta no doente (Dainton, 2019; NICE, 2019). A hipótese da hidratação oral, para a prevenção do desenvolvimento da LRA, não foi evidenciada nos estudos presentes da revisão *scoping,* exceto, associada à prevenção de LRA na nefropatia induzida por contraste. A hidratação oral, sendo uma intervenção de enfermagem, pode minimizar o desenvolvimento de fatores preponderante para a LRA, como a oligúria (Dainton, 2019). Se estas intervenções se mostrarem efetivas na prevenção da LRA, isto pode traduzir-se no aumento do impacto do enfermeiro, na prevenção da LRA, à pessoa em UCI.

Na segunda categoria, intervenções de enfermagem no diagnóstico da LRA na pessoa em UCI, os estudos incluídos na revisão *scoping*, referem a necessidade de implementar uma classificação para detectar a LRA (Boling, 2014; Coelho et al., 2017). Boling (2014) faz referência da utilização dos critérios RIFLE para classificar a LRA, enquanto Coelho et. al. (2017), faz o reconhecimento de classificações da LRA, utilizando a classificação KDIGO. Esses estudos não evidenciam que intervenções o enfermeiro deve adotar, mediante os vários estadios da LRA, e qual o impacto dessas intervenções na recuperação da função renal. No entanto, os critérios RIFLE e a classificação KDIGO, estão diretamente relacionadas com as alterações do débito urinário, assim sendo, uma intervenção de enfermagem fundamental é a monitorização do débito urinário (Macedo et al., 2011; Odom, 2017).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.340-352

Na terceira categoria, intervenções de enfermagem no tratamento da LRA na pessoa em UCI, os estudos incluídos na revisão *scoping*, referem que o enfermeiro tem um papel fulcral no desenvolvimento e implementação de estratégias que limitem a progressão da LRA (Boling, 2014). A limitação da progressão da LRA e a TSFRC podem ser úteis na otimização dos resultados dos doentes (Boling, 2014).

A TSFRC é uma das formas de tratamento da LRA e, quando está implícita, corresponde a uma intervenção que posiciona a LRA no último estadio de gravidade, segundo as várias classificações existentes (Odom, 2017; Dainton, 2019; NICE, 2019). Existem 4 princípios/intervenções essenciais de enfermagem na TSFRC desenvolvidos num estudo (Richardson & Whatmore, 2014): avaliar continuamente as indicações para TSFRC e influenciar o modo TSFRC apropriado; bom acesso vascular; evitar interrupções desnecessárias na TSFRC; e prevenção de complicações da TSFRC. Para a otimização da TSFRC e intervenção mediante os 4 princípios referidos, é essencial a formação dos enfermeiros, para maximizar a eficácia da técnica e promover resultados seguros para os doentes (Dirkes & Wonnacott, 2016; Przybyl et al., 2017; Andrade et al., 2019). Dois estudos fazem uma análise da existência de uma equipa especializada em TSFRC (Kee et al., 2015; Rhee et al., 2017). O enfermeiro é parte integrante dessa equipa e monitoriza os doentes sujeitos a TSFRC (Kee et al., 2015; Rhee et al., 2017). Após a intervenção da equipa em TSFRC, houve uma redução significativa no início e no tempo de inatividade da TSFRC (Kee et al., 2015; Rhee et al., 2017). Indiretamente, vários fatores, incluindo o rápido início da TSFRC, contribuíram para uma redução da taxa de mortalidade (Kee et al., 2015; Rhee et al., 2017). No processo de cuidar na UCI, o enfermeiro possui um papel importante na qualificação da equipa de enfermagem e na organização da assistência com foco na redução das possíveis complicações aos doentes sujeitos a TSFRC, tal como é referido no estudo por Silva & Mattos (2019).

No tratamento da LRA, surgem diagnósticos de enfermagem para os doentes a realizar TSFRC. Esses diagnósticos de enfermagem são, o volume de líquidos excessivo e o risco de volume de líquidos desequilibrado. Grassi et. al. (2017) e Lucena et. al. (2017), mediante estes diagnósticos, fazem referência à intervenção de enfermagem prioritária, controlo hídrico, sendo a mais provável para a solução dos diagnósticos de enfermagem. Davies et. al. (2017) referem que para um controlo hídrico é essencial a seguinte intervenção de enfermagem: elaboração do balanço hídrico. Também fazem referência à importância da intervenção: medição do peso corporal, como um complemento para a monitorização do balanço hídrico.

No estudo de Steward (2019), há referência à intervenção de enfermagem, monitorização de todos os sinais/sintomas que o doente possa apresentar, determinando se existe a possibilidade de estarem relacionados com a TSFRC. Neste sentido, é necessária uma colaboração com todos os elementos da equipa de saúde para intervirem, juntamente, nas complicações da TSFRC, que podem ser potencialmente fatais (Richardson & Whatmore, 2014 e Steward, 2019) e nas limitações que a TSFRC implica ao doente (por exemplo: repouso prolongado no leito) e que podem prolongar o seu internamento (Brownback et al., 2014). É possível verificar que a TSFRC é a forma de tratamento mais utilizada para a pessoa com LRA, mas seria interessante se houvesse a elaboração de estudos que analisassem a intervenção de enfermagem nos possíveis focos de atuação, em conjunto com a equipa multidisciplinar, para prolongar e até mesmo evitar que o doente se sujeitasse a uma técnica invasiva, com todos os riscos que pode acarretar para o estado de saúde/doença do mesmo (Odom, 2017; Dainton, 2019; NICE, 2019).

4.1 Limitações dos Estudos

Embora a qualidade metodológica dos estudos incluídos não tenha sido avaliada, por não ser relevante para uma revisão *scoping*, algumas limitações devem ser relatadas, a fim de fornecer informações para futuros estudos. Essas limitações estão relacionadas com as amostras pequenas e pela existência de poucos estudos que abordam a diversidade de atuação do enfermeiro, no que diz respeito à prevenção, diagnóstico e tratamento da LRA.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.340-352

Por exemplo, no que diz respeito ao tratamento da LRA, mais de metade dos estudos incluídos na revisão *scoping*, desenvolvem as intervenções de enfermagem inerentes à TSFRC. Essas limitações dificultam o desenvolvimento das intervenções de enfermagem à pessoa com LRA em UCI, e devem ser abordadas, uma vez que a falta de evidência cientifica precisa sobre a atuação do enfermeiro é uma barreira no processo de cuidar.

5. Conclusões

Foram mapeadas intervenções de enfermagem à pessoa com LRA em UCI. Efetuada revisão *scoping* que evidenciou 3 áreas de intervenção de enfermagem: prevenção, diagnóstico e tratamento à pessoa com LRA em UCI.

A prevenção é a melhor estratégias de gerir a LRA e o enfermeiro tem de focar as suas intervenções na identificação dos fatores de risco e nas causas da LRA. Para o diagnóstico da LRA, existem 3 classificações para detectar a LRA (RIFLE, AKIN e KDIGO). O enfermeiro é um elemento crucial na equipa multidisciplinar para classificar a LRA de acordo com a sua gravidade, para atuar/intervir o mais precocemente possível no seu tratamento, com vista às necessidades do doente, promovendo a sua recuperação.

Relativamente ao tratamento da LRA, o enfermeiro tem um papel no desenvolvimento e implementação de estratégias/intervenções que limitem a progressão da LRA, por exemplo, a TSFRC pode ser útil na otimização dos resultados dos doentes com LRA. As intervenções foram implementadas em UCI e em doentes com LRA. Os dados desta revisão *scoping*, levantam questões para futuros estudos relativamente à temática.

5.1 Implicações para a Investigação

Como implicações para a pesquisa, futuros estudos devem identificar intervenções de enfermagem, noutros campos de atuação, na prevenção, diagnóstico e tratamento da LRA. Além disso, futuras pesquisas devem realizar estudos qualitativos aprofundados sobre o impacto das intervenções de enfermagem à pessoa com LRA, nomeadamente, intervenções de enfermagem, mediante a classificação da LRA e qual o impacto na recuperação da função renal. Futuros estudos de análise do impacto das intervenções de enfermagem são importantes para determinarem a melhor atuação do enfermeiro e orientar a prática clínica.

5.2 Implicações para a Prática

As implicações para a prática, do mapeamento realizado nesta revisão *scoping,* serão significativas porque irão contribuir para informar, na prática clínica, o enfermeiro, sobre as intervenções de enfermagem à pessoa com LRA em UCI (Peters et al., 2020a; Pollock et al., 2021).

6. Referências

Andrade, B. R. P., Barros, F. M., Lúcio, H. F. Â., Campos, J. F., & Silva, R. C. (2019). Training of intensive care nurses to handle continuous hemodialysis: a latent condition for safety. Revista Brasileira de Enfermagem. 72(suppl. 1), 112-120. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0013

Boling, B. (2014). Renal issues in older adults in critical care. Critical Care Nursing Clinics of North America. 26(1), 99-104. https://doi.org/10.1016/j.ccell.2013.10.007

Brownback, C. A., Fletcher, P., Pierce, L.N., & Klaus, S. (2014). Early mobility activities during continuous renal replacement therapy. American Journal of Critical Care. 23(4), 348-352. https://doi.org/10.4037/ajcc2014889

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.340-352

Coelho, F. U. A., Watanabe, M., Fonseca, C. D., Padilha, K. G., & Vattimo, M. F. F. (2017). Nursing Activities Score and Acute Kidney Injury. Revista Brasileira de Enfermagem. 70(3), 499-505. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0266

Dainton, M. (2019). Acute kidney injury. In N. Thomas (Ed.), Renal nursing: care and management of people with kidney disease (pp. 105-125). Wiley-Blackwell.

Davies, H., Leslie, G. D., & Morgan, D. (2017). A retrospective review of fluid balance control in CRRT. Australian Critical Care. 30(6), 314-319. https://doi.org/10.1016/j.aucc.2016.05.004

Davis, L. L. (2014). Cardiovascular issues in older adults. Critical Care Nursing Clinics of North America. 26(1), 61-89. https://doi.org/10.1016/j.ccell.2013.10.004

Dirkes, S., & Wonnacott, R. (2016). Continuous Renal Replacement Therapy and Anticoagulation: What are the options? Critical Care Nurse. 36(2), 34-42. https://doi.org/10.4037/ccn2016623

Grassi, M. F., Dell'Acqua, M. C. Q., Jensen, R., Fontes, C. M. B., & Guimarães, H. C. Q. C. P. (2017). Diagnosis, results, and nursing interventions for patients with acute renal injury. Acta Paulista de Enfermagem. 30(5), 538-545. https://doi.org/10.1590/1982-0194201700078

Kee, Y.K., Kim, E. J., Park, K. S., Han, S. G., Han, I. M., Yoon, C. Y., Lee, E., Joo, Y. S., Kim, D. Y., Lee, M. J., Park, J. T., Han, S. H., Yoo, T. H., Kim, B. S., Kang, S. W., Choi, K.H., & Oh, H.J. (2015). The effect of specialized continuous renal replacement therapy team in acute kidney injury patients treatment. Yonsei Medical Journal. 56(3), 658-665. https://doi.org/10.3349/ymj.2015.56.3.658

Kidney Disease Improving Global Outcomes (2012). KDIGO clinical practice guidelines for acute kidney injury: Online Appendices A-F. KDIGO. https://kdigo.org/wp-content/uploads/2016/10/KDIGO-AKI-Suppl-Appendices-A-F_March2012.pdf

Lucena, A. F., Magro, C. Z., Proença, M. C. C., Pires, A. U. B., Moraes, V. M., & Aliti, G. B. (2017). Validação de intervenções e atividades de enfermagem para pacientes em terapia hemodialítica. Revista Gaúcha de Enfermagem. 38(3), 1-9. https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.66789

Macedo, E., Malhotra, R., Bouchard, J., Wynn, S. K., & Mehta, R. L. (2011). Oliguria is an early predictor of higher mortality in critically ill patients. Kidney international. 80(7), 760-767. https://doi.org/10.1038/ki.2011.150

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. PLoS Medicine. 6(7), 1-6. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097

National Institute for Health and Care Excellence (2019). Acute kidney injury: prevention, detection and management (NICE Guideline [NG148]). https://www.nice.org.uk/guidance/ng148

Odom, B. (2017). Acute kidney injury. In S. M. Bodin (Ed.), Contemporary nephrology nursing (pp. 637 – 678). American Nephrology Nurses Association.

Peters, M. D. J., Godfrey, C., Mclnerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020a). Scoping Reviews. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI. https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12

Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., Mclnerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2020b). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. JBI Evidence Synthesis. 18(10), 2119-2126. https://doi.org/ 10.11124/JBIES-20-00167

Pollock, D., Davies, E. L., Peters, M. D. J., Tricco, A. C., Alexander, L., Mclnerney, P., Godfrey, C. M., Khalil, H., & Munn, Z. (2021). Undertaking a scoping review: a practical guide for nursing and midwifery students, clinicians, researchers, and academics. Journal of Advanced Nursing. 77(4), 2102-2113. https://doi.org/10.1111/jan.14743

Przybyl, H., Evans, J., Haley, L., Bisek, J., & Beck, E. (2017). Training and maintaining: developing a successful and dynamic continuous renal replacement therapy program. AACN Advanced Critical Care Nursing. 28(1), 41-50. https://doi.org/10.4037/aacnacc2017122

Rhee, H., Jang, G. S., Han, M., Park, I. S., Yim, I. Y., Song, S. H., Seong, E. Y., Lee, D. W., Lee, S. B., & Kwak, I. S. (2017). The role of the specialized team in the operation of continuous renal replacement therapy: a single-center experience. BMC Nephrology. 18, Article 332. https://doi.org/10.1186/s12882-017-0746-8

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.340-352

Richardson, A., & Whatmore, J. (2014). Nursing essential principles: continuous renal replacement therapy. Nursing in Critical Care. 20(1), 8-15. https://doi.org/10.1111/nicc.12120

Santos, E. S., & Marinho, C. M. S. (2013). Principais causas de insuficiência renal aguda em unidades de terapia intensiva: intervenção de enfermagem. Revista de Enfermagem Referência. III Série (9), 181-189. https://doi.org/10.12707/RIII1272

Santos, A. M. R., Almeida, C. A. P. L., Cardoso, S. B., Rocha, F. C. V., Meneses, S. F. L., Felix, L. N. S., & Sá, G. G. M. (2018). Complications and care for elderly people in intensive care units. Journal of Nursing UFPE. 12(11), 3110-3124. https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i11a236650p3110-3124-2018

Saraiva, M., Richards, M., & Fortnum, D. (2018). The profile of nephrology nursing. EDTNA/ERCA.

Seller-Pérez, G., Herrera-Gutiérrez, M. E., Maynar-Moliner, J., Sánchez-Izquierdo-Riera, J. A., Marinho, A., & Pico, J. L. (2013). Estimating kidney function in the critically ill patients. Critical Care Research and Practice. 2013, Article 721810. https://doi.org/10.1155/2013/721810

Silva, P. E. B. B., & Mattos, M. (2019). Hemodialysis complications in the intensive care unit. Journal of Nursing UFPE. 13 (1), 162-168. https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i01a234781p162-168-2019

Steward, C. (2019). Dialysis disequilibrium syndrome in the neurointensive care unit: a case study. Nephrology Nursing Journal. 46(6), 597-603. http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=140817539&lang=pt-pt&site=ehost-live

Wood, S. P. (2012). Contrast-induced nephropathy in critical care. Critical Care Nurse. 32(6), 15-24. https://doi.org/10.4037/ccn2012465

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.340-352

Intervenção de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica face ao distanciamento da família em cenário de pandemia: Revisão integrativa da literatura

Elisabete Silva[1], Anabela Mendes[2] e Suse Antunes[3]

[1] Unidade de Queimados do Hospital de São José – CHULC, Enfermeira. Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal | mariabeta@sapo.pt | https://orcid.org/0000-0000-0000-0000

[2] Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica Adulto/Idoso. Professora Coordenadora. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal | anabelapmendes@esel.pt | https://orcid.org/0000-0002-0001-4862

[3] Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Fernando da Fonseca, Enfermeira. Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal | suseisabelantunes@gmail.com | https://orcid.org/0000-0000-0000-0000

Resumo: A pessoa em situação crítica, internada em contexto de urgência e unidade de cuidados intensivos, encontra-se em processo de transição saúde-doença. O enfermeiro, num registo autónomo e interdependente, emerge como agente facilitador para a promoção de uma transição saudável. A presença da família, na qual se insere a pessoa doente, é essencial na prestação de cuidados. Face a um evento excecional, como uma pandemia, a presença da família é limitada e a interação pessoa doente-família fica condicionada. Este trabalho tem como objetivo, compreender as intervenções de enfermagem à pessoa em situação crítica, que se revelam facilitadoras, perante o distanciamento da família, em contexto de urgência e UCI, em cenário de pandemia. Considerando a temática, realizou-se uma revisão integrativa da literatura, tendo por suporte um protocolo de pesquisa validado por perito. A pesquisa foi realizada nas bases de dados MEDLINE e CINAHL e literatura cinzenta. Aplicados os critérios de inclusão e exclusão obteve-se um total de 24 artigos para extração e análise. A análise dos dados foi sustentada, tendo por base a teoria das Transições de Afaf Meleis. Como intervenções facilitadoras no processo de transição, emergiram: a construção de estratégias de comunicação, a definição das necessidades reais e potenciais da família e pessoa em situação crítica e o conhecimento das experiências vividas pela família face ao processo. Verificou-se que, o cuidado centrado na família-pessoa em situação crítica, subsidia o potencial das intervenções de enfermagem.

Palavras-chave: Pessoa em Situação Crítica; Intervenções de Enfermagem; Pandemia; Distanciamento da Família.

Nursing Intervention to Person in Critical Situation Facing Family´s Distance in a Pandemic Scenario: Integrative Literature Review

Abstract: The Person in Critical Situation, hospitalized in a context of emergency and intensive care unit, is in a health-disease transition process. The Nurse, in an autonomous and interdependent register, emerges as a facilitating agent for the promotion of a healthy transition. Family presence is essential in providing of care. Due to the exceptional pandemic situation, the presence of the family is limited and the interaction between patient-family is conditioned. This work aims to understand nursing interventions to the person in critical situation, which prove to be facilitators, due to the distancing from the family, in an Emergency Service and in Intensive Care Unit, in a pandemic scenario. Considering the topic under analysis, an integrative literature review was conducted, supported by a research protocol, validated by an expert. The research was carried out in the MEDLINE and CINAHL databases and grey literature. Applied the inclusion and exclusion criteria, a total of 24 articles were obtained for extraction and analysis. Data analysis was supported based on the Afaf Meleis' Transitions Theory. As facilitating interventions in the transition process, emerged: the construction of communication strategies, the definition of the real and potential needs of the family and the person in critical situation and the knowledge of the experiences lived by the family in the process. It was found that, care centered on the family-person in a critical situation, subsidizes the potential of nursing interventions.

Keywords: Critical Person; Nursing interventions; Pandemic; Family distance.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.353-361

1. Introdução

A situação de doença grave, atinge não só a pessoa doente, como provoca sofrimento nos seus familiares, afetando as suas vidas e as suas circunstâncias de vida. Engström et al. (2011) corroboram esta ideia afirmando que, a admissão de um doente na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), transforma totalmente o dia-a-dia dos familiares e não permite muito tempo para se ajustarem à nova condição. Citando Morton e Fontaine, Engström et al. (2011) referem que a UCI, um serviço muitas vezes desconhecido, passa a ser o centro da vida para a pessoa doente e família. A generalidade dos estudos, atualmente, concluem que promover a presença da família é essencial na prestação de cuidados de enfermagem de excelência à pessoa em situação crítica (PSC) (Sá et al., 2015). A visita da família proporciona um sentido de segurança, proteção e conforto, numa altura de extrema vulnerabilidade (Bergbom & Askwall, 2000). Um outro estudo, mostra que a proximidade familiar ajuda a tranquilizar os membros da família sobre o estado de saúde da pessoa doente; a separação física é um lembrete constante da sua fragilidade (Mitchell et al. 2009). Detalhes e decisões relativos ao cuidado da PSC na UCI envolvem comunicação e discussões, com os membros da família a adotarem o papel de advogado e mensageiro da história e desejos da pessoa doente.

Com a restrição das visitas em virtude da situação de pandemia COVID-19, ficou limitado o acesso do doente à interação com a família, nomeadamente, o receber apoio dos que lhe são significativos (Freeman-Sanderson et al., 2020).

Os enfermeiros são os profissionais de saúde que, pela presença contínua e competência clínica, podem avaliar e intervir na satisfação das necessidades do doente e família, pelo relacionamento único que conseguem estabelecer (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Engström et al. (2011), citando Gavaghan and Caroll (2002), referem que, conhecendo as necessidades dos familiares, os enfermeiros das UCI desenvolveram um sentimento de ajuda, na intenção de melhorar os resultados esperados para os doentes e família.

Segundo Meleis (2010), a PSC vivencia um processo de transição, enquanto passagem entre dois estados relativamente estáveis, desencadeada por eventos críticos e mudanças nos indivíduos e/ou no ambiente. Assim, existem diferentes tipos de transição: saúde-doença; situacional; de desenvolvimento e organizacional. No caso da PSC, considera-se que experiencia uma transição saúde-doença. Trata-se de um processo dinâmico e temporário, caracterizado por uma alteração do estado de saúde/doença. Esta alteração pode ser súbita (doença aguda) ou progressiva no caso da doença crónica (admite aceitar a sua nova condição). De acordo com esta mesma autora, os enfermeiros pela posição privilegiada em que se encontram devem, pela apreciação estruturada, identificar as necessidades individuais da pessoa doente e perdas que ocorrem durante o processo de transição, estabelecendo intervenções terapêuticas de enfermagem (Meleis, 2010).

A enfermagem, enquanto disciplina, com um corpo de conhecimentos próprios, que se desenvolve e sustenta no exercício clínico, coloca conhecimentos ao dispor das pessoas que, vivenciam estes processos de transição, tendo em vista a facilitação dos mesmos, na procura da homeostasia e bem-estar (Meleis, 2010; Pires, 2009).

O enfermeiro, numa abordagem sistemática, deve identificar e compreender nas transições vivenciadas pelas pessoas, a sua natureza, as condições facilitadoras e inibidoras assim como, os indicadores de processo e de resultado (Meleis, 2010). Assume-se como agente facilitador do processo de transição, tendo como foco de atenção, no exercício clínico de Enfermagem, a pessoa (Guimarães, MSF. Silva, 2016).

Considerando a transição saúde-doença e situacional, experienciada pela PSC e família, esta revisão integrativa da literatura, teve como objetivo: compreender quais as Intervenções de Enfermagem que se revelam facilitadoras à PSC, em contexto de UCI e no Serviço de Urgência (SU). Foi formulada a seguinte questão de investigação: - Quais as intervenções de enfermagem, que se revelam facilitadoras, face ao distanciamento da família, em contexto de Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos, em cenário de pandemia?

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.353-361

2. Metodologia

Foram realizadas pesquisas aleatórias no motor de busca Google, artigos e literatura cinzenta nos repositórios das bibliotecas, para melhor orientar e desenvolver a problemática em análise. A partir desta pesquisa, foi aprofundada a temática, tendo-se identificado e selecionado as palavras-chave a serem utilizadas, tendo em consideração o objetivo do estudo e questão de investigação. Na formulação da questão de investigação e, para a definição dos critérios de inclusão, utilizou-se o método designado de PICo (População, Fenómeno de Interesse e Contexto) -Tabela 1, a partir do qual se construiu o processo de identificação e seleção dos estudos, tendo por base as orientações do *Joanna Briggs Institute for Evidence Based Practice* (Lizarondo et al., 2020).

Tabela 1. Critérios de Seleção e Inclusão dos Estudos

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO
Tipo de Participantes P (Person)	Pessoa em situação crítica com idade superior a 18 anos.
Fenómeno Interesse I (Intervention)	Intervenções terapêuticas de enfermagem à PSC, perante o distanciamento da família, em situação de pandemia.
Contexto Co (Context)	Estudos realizados em Serviços de Urgência e Unidades de Cuidados Intensivos.

Como critérios de exclusão definiram-se estudos: que não façam referência à PSC com idade superior a 18 anos; que não façam referência às intervenções terapêuticas de enfermagem; que não sejam realizados em contexto de SU e UCI e que não sejam de língua portuguesa, inglesa, espanhola ou francesa.

A estratégia de pesquisa utilizada pretendeu identificar todas as tipologias de evidência, não se restringindo apenas a estudos de investigação primários. Foi estabelecido o limite temporal a partir do ano 2009, no sentido de extrair eventuais estudos relativos à pandemia de gripe H1N1 de 2009, por isso no período de 2009 a 2020. Foram definidos como limitadores: a língua Portuguesa, Inglesa, Espanhola e Francesa, por serem aquelas que são dominadas pela equipa de investigadores. A estratégia inicial de pesquisa usou termos de pesquisa mapeados para o Medical Subject Headings (MeSH). Foram utilizados os seguintes descritores, de acordo com a questão de investigação: *critically ill patient; adult; middle aged; aged; aged 80 and over; nurse intervention;nurse therapeutics intervention; Family distance; Critical care; Intensive care; emergency department; emergency care; pandemic*. A pesquisa foi realizada na plataforma agregadora EBSCOhost e nas bases de dados CINAHL Plus with Full Text e MEDLINE with Full Text. Estes foram combinados através das expressões booleanas AND e OR. A pesquisa nas bases de dados, foi realizada na última semana de novembro de 2020, à exceção dos artigos obtidos pela literatura cinzenta em fevereiro de 2021.

O processo de triagem foi baseado no *Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses* (PRISMA), para a realização de revisões sistemáticas (Moher, Liberati, Tezlaff and Altman, 2009) e na metodologia do *Joanna Briggs Institute* no que concerna às diretrizes de uma revisão sistemática.

A pesquisa inicial revelou 283 artigos no total, sendo 10 duplicados. Após a análise dos títulos dos 273 artigos, foram excluídos 169, e pela leitura do abstract excluíram-se 93. Depois da leitura de todos os artigos, trabalharam-se 24, tal como se pode ver na Figura 1. Pela amostra de artigos apresentada, constata-se que o seu volume é reduzido, e a temática menos abordada, nomeadamente em contexto de SU, com apenas 2 artigos para análise.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.353-361

De evidenciar a existência de um estudo português. Da extração de resultados e posterior análise, constata-se, relativamente à opção metodológica, que apenas 1 seguiu metodologia quantitativa, 1 estudo misto e, os restantes, metodologia qualitativa. A mencionar: 1 estudo seguiu metodologia para gerar uma Grounded Theory, de acordo com Corbin e Strauss (2015). Outros 2 estudos uma abordagem fenomenológica, de acordo com Van Manen (1990). Verificou-se que muitos estudos se basearam na teoria do cuidado centrado na família. De mencionar que, nenhum deles tem como objetivo as intervenções de enfermagem no cuidado à PSC, face ao distanciamento da família, no SU e UCI em contexto de pandemia. No entanto, a grande maioria refere-se à importância da definição das necessidades reais e potenciais da família e PSC, nestes contextos. Há a referência também, ao conhecimento das experiências vividas pela família face ao internamento. Dois artigos nomeiam e exploram a videochamada, como estratégia de comunicação doente-família-profissionais de saúde. Verifica-se desta extração que a metodologia qualitativa, se revela determinante em enfermagem, pelo potencial de extração de dados essenciais, nomeadamente da experiência vivida ou de processos de transição experienciados, pelas pessoas que se revelam clientes de enfermagem. A apreciação dos artigos, foi efetuada pelo investigador principal de forma independente com a revisão dos outros dois investigadores. A análise crítica dos estudos incluídos, implicou uma abordagem organizada na intenção de ponderar o rigor e as características de cada estudo. Constata-se que a grande maioria dos estudos se enquadra no Nível 4: evidências de estudos descritivos (não-experimentais) ou com abordagem qualitativa (Soares et al., 2010).

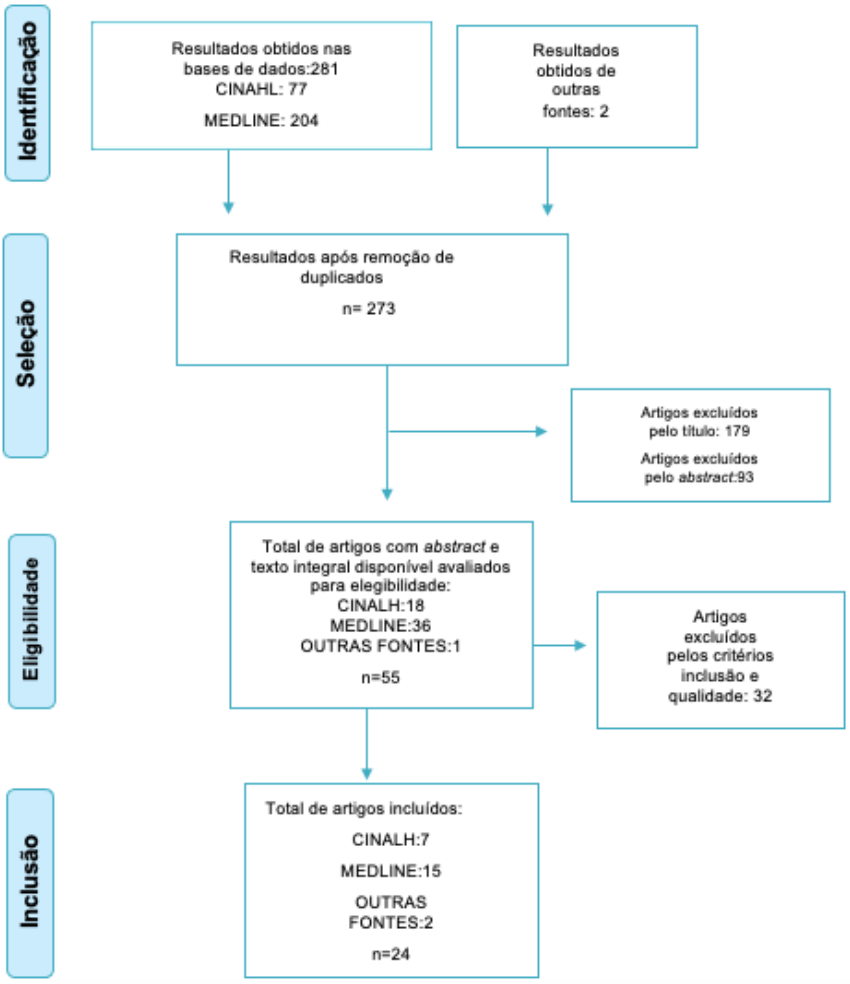


Fig. 1. Diagrama de Seleção dos Artigos (*adaptado de Moher D, Liberati A, Tetzlaff J and Altman DG, The PRISMA Group (2009)*.

(cc) BY-NC-ND
DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.353-361

3. Resultados e Discussão

Os principais resultados são sintetizados usando a forma narrativa, por estarem incluídos nesta revisão 22 artigos qualitativos, 1 quantitativo e 1 misto. Importa que a partir da interpretação e síntese dos resultados, os mesmos sejam trabalhados tendo como suporte o referencial teórico elencado, nomeadamente a teoria das transições de Afaf Meleis (Soares et al., 2010).

De acordo com Abad et al. (2010), o processo de isolamento físico em UCI tem um impacto negativo no comportamento da PSC, com taxas aumentadas de depressão, ansiedade, medo e hostilidade. A razão para estes resultados está provavelmente ligada à incerteza e perda de controlo da situação. Por sua vez, os familiares sentem-se desconetados, conduzindo a um aumento da vulnerabilidade emocional, o que representa uma barreira à recuperação do controlo (Wong et al., 2018). Compreender as experiências da família e as suas interações em UCI, permite gerar uma teoria substantiva que represente as interações das famílias, podendo ser usada para orientar a prática de enfermagem. Para Wong et al. (2018), bem como para outros autores mencionados neste trabalho, as intervenções de enfermagem devem ter em conta o cuidado centrado na família da PSC. Cuidado esse, definido pelo IPFCC (Instituto Cuidado Centrado no Paciente e Família, 2010), como: “uma abordagem, entrega e avaliação dos cuidados de saúde, baseada em parcerias benéficas entre prestador do cuidado de saúde-doente-família” (Wong et al., 2018, pág.95). Kydonaki et al. (2020) mencionam que, o envolvimento no cuidado requer a consideração pelos valores dos pacientes e família e o desenvolvimento de uma parceria construtiva entre os parceiros. Van Mol et al. (2017, pág.3212) atentam que, “o incentivo e o aprofundamento”, do cuidado centrado no paciente e na família “é uma meta importante na UCI; no entanto, requer mudanças desafiadoras na mentalidade dos profissionais”, sendo necessária uma mudança do paradigma de atitude paternalista para uma atitude de papel de apoio “ o que posso fazer por si, para o ajudar?” (van Mol et al., 2017, pág. 3214). As intervenções focadas no apoio aos familiares e na comunicação à luz do foco no paciente, irão melhorar a perceção da qualidade do atendimento (van Mol et al., 2017). Essas intervenções deverão ter em conta aspetos como: dignidade, respeito, partilha da informação, participação e os valores, antecedentes culturais e as perspetivas da família e da pessoa doente. Aro et al. (2012) acrescentam: segurança, suporte emocional e conforto físico. Já no SU, é referida também e, de acordo com Redley et al. (2019) a comunicação.

A necessidade de comunicar, classificada como a mais importante por familiares e enfermeiros, é determinante em UCI e SU (Hsiao et al., 2017). Mendes (2020) tendo por base a Teoria da Incerteza na doença de Mishel e a Teoria das Transições de Meleis, constatou que a comunicação que é estabelecida entre familiares e enfermeiros em UCI, nomeadamente em busca de informação, é mediada pela vivência da incerteza, num imprevisto constante. Casarini el al. (2009) designam incerteza como a incapacidade de determinar o significado dos eventos relacionados com a doença. Constata-se que uma “comunicação continuada e profícua com o enfermeiro, num registo de análise de probabilidades e de informação consistente” (Mendes, 2020, pág.5), é considerada como um fator facilitador na experiência vivida.

Mitchell et al. (2018) elencam que, a informação a ser dada aos familiares deve ser: adequada, nas mais variadas formas e ao longo de todas as fases de doença, recuperação ou morte. Desta forma, a ansiedade é reduzida, permitindo também, a tomada de decisões sustentadas e informadas e, a possibilidade de advogar pelos seus familiares.

Khalaila (2013), no estudo que conduziu relativamente às necessidades dos familiares e à satisfação das necessidades atendidas, compreendeu a importância da atenção, que os enfermeiros devem ter e, do estabelecimento de planos para as satisfazer, dando-lhes máxima prioridade e tempo suficiente. Nair et al. (2015) referem o uso de diários dos pacientes em UCI, como ferramentas de comunicação, de recuperação do doente e estratégia de cuidados centrados na família.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.353-361

O impacto real da sua utilização ainda não foi estabelecido e seriam necessárias pesquisas, para ser instituído no exercício clínico de enfermagem, o conteúdo e aplicação, bem como garantir o não malefício aos doentes e família.

A elaboração de um diário, consiste na narrativa de fatos, fotografias, eventos e emoções do período temporal, por aqueles que acompanham o doente em UCI (profissionais de saúde e familiares) (Tavares et al., 2019). Os mesmos autores mencionam que tem sido "uma das estratégias que permite ao doente atribuir significado, coerência" ao período de tempo em UCI (Tavares et al., 2019, pág.165). Egerod & Christensen (2009) num estudo de análise de 25 diários escritos por enfermeiros de UCI, apontam o reconhecimento da experiência do paciente, bem como proporcionam novos *insights* sobre o desempenho da enfermagem.

Aitken et al. (2017), no seu processo de revisão Cochrane, relativamente aos diários, relata a não evidência de sintomas de stress pós-traumático para os pacientes, mas verifica uma redução significativa destes sintomas nos familiares. Højager et al.(2019) por sua vez, aborda os diários da PSC apenas elaborados pelos familiares, como elementos que, evoluíram da intervenção de enfermagem para a participação da família. São ferramentas que fornecem informações e promovem a compreensão das experiências, quer dos doentes, quer dos familiares durante a situação crítica, apoiando assim o processo de recuperar o controlo (Højager et al., 2019).

Cutler et al. (2013), através de uma revisão sistemática da literatura, identificaram alguns temas associados às experiências em situação crítica, para perceber como estas informam o conhecimento do doente. A referir," o cuidado, comunicação e relacionamento com profissionais de saúde" e "suporte da família e amigos e o desejo de contacto" (Cutler et al., 2013, pág.143). Há aspetos que podem facilitar ou interferir na interação entre a PSC e o enfermeiro. Por exemplo, Saldaña et al. (2015) mencionam que, o contacto escasso com PSC, privilegiando intervenções de cuidado físico, a limitação de tempo quando ocorrem, o uso de linguagem técnica não muito assertiva e não envolver as famílias, como sujeitos de cuidado, são aspetos que limitam a comunicação. É importante que os enfermeiros, reconheçam o sofrimento e a vulnerabilidade das famílias e lhes proporcionem oportunidades de comunicação honesta e sensível, incluindo-as na experiência de doença crítica, em todos os aspetos do cuidado, suportado nos princípios do cuidado centrado na família (Nelms & Eggenberger, 2010; Cypress, 2011).

E, em situação específica de pandemia, com a restrição das visitas dos familiares à UCI, a videochamada, surge como estratégia para a comunicação entre profissionais de saúde-pessoa doente-família, e para o cuidado centrado no paciente (Rose et al., 2021). A videochamada acarreta benefícios valiosos em termos de recuperação do doente e da moral da equipa de saúde. Melhorar o acesso e desenvolver uma abordagem mais consistente para a visita virtual da família à UCI pode melhorar a qualidade do atendimento, tanto durante quanto após pandemia (Rose et al., 2021). Montauk & Kuhl (2020) estabelecem medidas a serem tomadas pelos profissionais de saúde por forma a manter interação e estabelecer o vínculo familia-pessoa doente e profissional de saúde, face ao distanciamento imposto pelo COVID-19. A saber, "o reconhecer a singularidade e dificuldade da situação e validar a incerteza sentida por todos; iniciar videochamda desde o início do internamento, com consentimento familiar; não recear a demonstração de emoções e transmitir a informação abertamente" (Montauk & Kuhl ,2020, pág.97).

Na figura 2 é representada uma esquematização das intervenções facilitadoras para uma transição saudável, face ao distanciamento da família.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.353-361



Fig. 2. Intervenções facilitadoras no processo de transição.

4. Conclusões

Torna-se evidente, tendo como referencial a Teoria das transições de Meleis, que o cuidado de enfermagem centrado na família e pessoa doente emerge como facilitador no processo experienciado. O enfermeiro realiza de forma sistemática a identificação das necessidades individuais da PSC/Família e planeia intervenções por forma a que a transição seja saudável. Consideram-se os processos de transição, e neles as experiências vividas, num registo que pode ser individual ou múltiplo, simultâneo ou sequencial, face ao impacto e solicitações encontradas.

Esta revisão integrativa da literatura ainda que não responda diretamente à questão de investigação, subsidia a prática profissional em contexto de pandemia. Emergiram deste estudo três aspetos essenciais quanto às intervenções facilitadoras: a definição das necessidades reais e potenciais da PSC e família, o conhecimento das experiências vividas pela família face ao processo e a construção de estratégias de comunicação.

Como implicações para a prática e investigação, propõem-se mais estudos na área das intervenções de enfermagem facilitadoras de uma transição saudável da PSC, face ao distanciamento da família, em contextos em que a interação família-doente-profissional de saúde esteja limitado por circunstâncias muito significativas.

Verifica-se que a riqueza da metodologia qualitativa, garante e possibilita, uma proximidade única e confortadora, daquelas que são as reais ou potenciais necessidades da pessoa e família.

5. Referências

Abad, C., Fearday, A., & Safdar, N. (2010). Adverse effects of isolation in hospitalised patients: A systematic review. *Journal of Hospital Infection*, *76*(2), 97–102. https://doi.org/10.1016/j.jhin.2010.04.027

Aitken, L. M., Rattray, J., & Hull, A. M. (2017). The creation of patient diaries as a therapeutic intervention – for whom? *Nursing in Critical Care*, *22*(2), 67–69. https://doi.org/10.1111/nicc.12286

Aro, I., Pietilä, A. M., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2012). Needs of adult patients in intensive care units of Estonian hospitals: A questionnaire survey. *Journal of Clinical Nursing*, *21*(13–14), 1847–1858. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04092.x

(cc) BY-NC-ND
DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.353-361

Bergbom, I., & Askwall, A. (2000). The nearest and dearest: A lifeline for ICU patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, *16*(6), 384–395. https://doi.org/10.1054/iccn.2000.1520

Casarini, K. A., Gorayeb, R., & Filho, A. B. (2009). Coping by relatives of critical care patients. *Heart and Lung: Journal of Acute and Critical Care*, *38*(3), 217–227. https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2008.05.003

Cutler, L. R., Hayter, M., & Ryan, T. (2013). A critical review and synthesis of qualitative research on patient experiences of critical illness. *Intensive and Critical Care Nursing*, *29*(3), 147–157. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2012.12.001

Cypress, B. S. (2011). The lived ICU experience of nurses, patients and family members: A phenomenological study with Merleau-Pontian perspective. *Intensive and Critical Care Nursing*, *27*(5), 273–280. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2011.08.001

Egerod, I., & Christensen, D. (2009). Analysis of patient diaries in Danish ICUs: A narrative approach. *Intensive and Critical Care Nursing*, *25*(5), 268–277. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2009.06.005

Engström, B., Uusitalo, A., & Engström, Å. (2011). Relatives' involvement in nursing care: A qualitative study describing critical care nurses' experiences. *Intensive and Critical Care Nursing*, *27*(1), 1–9. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2010.11.004

Freeman-Sanderson, A., Rose, L., & Brodsky, M. B. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) cuts ties with patients' outside world. *Australian Critical Care*, *33*(5), 397–398. https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.08.001

Guimarães, MSF. Silva, L. (2016). *Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem*. https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf

Højager Nielsen, A., Egerod, I., & Angel, S. (2019). Patients' perceptions of an intensive care unit diary written by relatives: A hermeneutic phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*, *55*. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.08.001

Hsiao, P. R., Redley, B., Hsiao, Y. C., Lin, C. C., Han, C. Y., & Lin, H. R. (2017). Family needs of critically ill patients in the emergency department. *International Emergency Nursing*, *30*, 3–8. https://doi.org/10.1016/j.ienj.2016.05.002

Khalaila, R. (2013). Patients' family satisfaction with needs met at the medical intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, *69*(5), 1172–1182. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06109.x

Kydonaki, K., Kean, S., & Tocher, J. (2020). Family INvolvement in inTensive care: A qualitative exploration of critically ill patients, their families and critical care nurses (INpuT study). *Journal of Clinical Nursing*, *29*(7–8), 1115–1128. https://doi.org/10.1111/jocn.15175

Lizarondo L, Stern C, Carrier J, Godfrey C, Rieger K, Salmond S, Apostolo J, Kirkpatrick P, L. H. (2020). *Chapter 8: Mixed methods systematic reviews. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI, 2020. Available from https://synthesismanual.jbi.global. https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-09*.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory-Middle-Range and situation-specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company. http://doi.org/10.1300/J018v25n03_05

Mendes, A. P. (2020). Uncertainty in critical illness and the unexpected: important mediators in the process of nurse-family communication. *Escola Anna Nery*, *24*(1), 1–9. https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0056

Mitchell, M., Chaboyer, W., Burmeister, E., & Foster, M. (2009). Positive Effects of a Nursing Intervention on Family-centered Care in Adult Critical Care. *American Journal of Critical Care*, *18*(6), 543–552. https://doi.org/10.4037/ajcc2009226

Montauk, T. R., & Kuhl, E. A. (2020). COVID-Related Family Separation and Trauma in the Intensive Care Unit. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *12*, 96–97. https://doi.org/10.1037/tra0000839

Nair, R., Mitchell, M., & Keogh, S. (2015). The extent and application of patient diaries in Australian intensive care units: A national survey. *Australian Critical Care*, *28*(2), 93–102. https://doi.org/10.1016/j.aucc.2014.09.001

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.353-361

Nelms, T. P., & Eggenberger, S. K. (2010). The essence of the family critical illness experience and nurse-family meetings. *Journal of Family Nursing*, *16*(4), 462–486. https://doi.org/10.1177/1074840710386608

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *Diário Da República, 2.ª Série*, *N.º 135*, 19359–19370.

Pires, D. (2009). A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *62*(5), 739–744. https://doi.org/10.1590/s0034-71672009000500015

Redley, B., Phiri, L. M., Heyns, T., Wang, W., & Han, C. Y. (2019). Family needs during critical illness in the Emergency Department: A retrospective factor analysis of data from three countries. *Journal of Clinical Nursing*, *28*(15–16), 2813–2823. https://doi.org/10.1111/jocn.14857

Rose, L., Yu, L., Casey, J., Cook, A., Metaxa, V., Pattison, N., Rafferty, A. M., Ramsay, P., Saha, S., Xyrichis, A., & Meyer, J. (2021). Communication and Virtual Visiting for Families of Patients in Intensive Care during COVID-19: A UK National Survey. *Annals of the American Thoracic Society*, *0*, 1–35. https://doi.org/10.1513/annalsats.202012-1500oc

Sá, F. L. F. R. G. de, Botelho, M. A. R., & Henriques, M. A. P. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro Caring for the Family of the Critically Ill Person: The Experience of Nurses. *Pensar Enfermagem*, *19*(1), 31–46. http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf

Saldaña, D. M. A., Alarcón, M. P., & Romero, H. A. (2015). Aspects that facilitate or interfere in the communication process between nursing professionals and patients in critical state. *Investigacion y Educacion En Enfermeria*, *33*(1), 102–111. https://doi.org/10.17533/udea.iee.v33n1a12

Soares, C. B., Hoga, L. A., Peduzzi, M., Sangaleti, C., Yonekura, T., Silva, D. R. A. D., Dutra, V. F. D., Oliveira, R. M. P., Zoltowski, A. P. C., Costa, A. B., Teixeira, M. A. P., Koller, S. H. S. H., Grau, D. E. F. E., Evidência, D. E. R. D. E., Souza, M. T. De, Dias, M., Carvalho, R. De, Ercole, F. F., Melo, L. S. de, … Trevizan, M. A. (2010). Revisão Integrativa versus Revisão Sistemática. *Reme: Revista Mineira de Enfermagem*, *8*(1), 102–106. http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a14%0Ahttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000400002&lng=pt&tlng=pt%0Ahttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=pt&tlng=pt%0Ahttp://www.ncbi.

Tavares, T., Camões, J., Carvalho, D. R., Jacinto, R., Vales, C. M., & Gomes, E. (2019). Assessment of patient satisfaction and preferences with an intensive care diary. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, *31*(2), 164–170. https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190028

van Mol, M. M. C., Boeter, T. G. W., Verharen, L., Kompanje, E. J. O., Bakker, J., & Nijkamp, M. D. (2017). Patient- and family-centred care in the intensive care unit: a challenge in the daily practice of healthcare professionals. *Journal of Clinical Nursing*, *26*(19–20), 3212–3223. https://doi.org/10.1111/jocn.13669

Wong, P., Liamputtong, P., Koch, S., & Rawson, H. (2018). Barriers to families' regaining control in ICU: Disconnectedness. *Nursing in Critical Care*, *23*(2), 95–101. https://doi.org/10.1111/nicc.12310

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.353-361

Competências requeridas para Gestores que atuam na Atenção à Saúde Pública/Coletiva: Scoping Review

Aida Maris Peres[1], Daniele Potrich Lima Zago[1], Marli Aparecida Rocha de Souza[1], Rucieli Toniolo, Elizabeth Bernardino[1] e Danelia Gomez-Torres[2]

[1] Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, Brasil | aidamaris.peres@gmail.com; danipzago@gmail.com; marlirochasouza2@gmail.com; rucielitoniolo@hotmail.com; elizaber@ufpr.br | https://orcid.org/0000-0003-2913-2851; https://orcid.org/0000-0003-1684-8770; https://orcid.org/0000-0003-3032-9619; https://orcid.org/0000-0003-3453-3545; https://orcid.org/0000-0003-1321-8562

[2] Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma del Estado de México, México | gomezdanelia@usa.net | https://orcid.org/0000-0002-4083-6342

Resumo: A administração do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil reside na capacidade de gestão, a qual exige um acervo de competências essenciais para gerir serviços nos variados níveis de atenção à saúde. Habilidades, conhecimentos e atitudes dos gestores exercem influência direta na eficiência e qualidade, especialmente nos serviços de saúde pública. Objetivo: Identificar as evidências científicas das competências essenciais requeridas para gestores que atuam na saúde pública/coletiva. Método: Scoping Review, consoante método de revisão Joanna Briggs Institute e apoio da ferramenta PRISMA-ScR. O levantamento bibliográfico foi realizado entre março e maio de 2019, em bases de dados nacionais e internacionais, com publicações até abril de 2019. Resultados: identificaram-se 756 estudos e, ao final das fases propostas, restaram oito publicações. A competência mais citada foi a liderança. Conclusão: As publicações foram unânimes em mencionar lacunas nas competências essenciais, sugerindo ações e apoio do poder público; atividades formais de aprendizagem; aperfeiçoamento e educação permanente para fortalecimento e desenvolvimento das competências gerenciais.

Palavras-chave: Gerenciamento; Gestão em Saúde Pública; Competência Profissional.

Competencies required for Managers working in Public/Collective Health Care: Scoping Review

Abstract: The administration of the Unified Health System (SUS) in Brazil resides in management capacity, which requires a collection of elementary skills to manage services at varying levels of health care. The skills, knowledge and attitudes of managers will directly impact efficiency and quality, especially in public health services. Objective: To identify the scientific evidence of the essential competencies required for managers working in public / collective health. Method: Scoping Review, according to the Joanna Briggs Institute review method. A table with different phases of the study was used, according to a checklist adapted from the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyzes. The bibliographic survey was carried out from March to May 2019, in national and international databases, with publications until April 2019. Results: 756 studies were found, and, at the end of the proposed phases, eight publications remained. The competence most frequently identified in the texts was leadership. Conclusion: The publications were unanimous in mentioning gaps in essential competences, suggesting actions and support from the public authorities; formal learning activities; improvement and training (permanent education) to strengthen and develop managerial skills.

Keywords: Management; Public Health Management; Professional Competence.

1. Introdução

As diversas transformações na sociedade brasileira ocorridas nas duas últimas décadas acarretaram desenvolvimento, complexidade social, econômica, demográfica e ambiental, suscitando importantes desafios para os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) (Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS], 2011). Um deles reside na capacidade de gestão, a qual exige um acervo de competências essenciais para gerir serviços nos variados níveis de atenção à saúde (Almeida et al., 2017).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.362-373

Diante disso, os gestores desempenham papel fundamental nas organizações, visto que suas habilidades, conhecimentos e experiências impactam diretamente na eficiência e qualidade dos serviços, em especial na saúde. Assim, a capacitação da gestão em saúde é premente para a qualificação dos processos de trabalho e funcionamento do sistema de saúde brasileiro (Costa & Rocha, 2018).

As atribuições e os encargos da gestão em saúde, demandam a construção e harmonização entre conhecimento e técnica, para que haja congruência entre as mais variadas facetas dessa incumbência: planejamento, finanças, orçamento, faturamento, compras, convênios, consórcios, jurisprudência, logística, tecnologia entre outros (Carvalho et al., 2020). Porém, em face às mudanças políticas, a cada legislatura há rotatividade de gestores, que por muitas vezes desconhecem a realidade e as especificidades de gerenciar a saúde pública e desencadear na falta de continuidade nos processos de gestão (Santos et al., 2016).

Assim, a capacidade de uma pessoa para executar uma atribuição encontra relação nas ações elaboradas em conformidade com esferas de profundidade, em que é definido um conjunto básico de conhecimentos, habilidades, atitudes e experiência necessária no desempenho de um papel, definindo o termo competência segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2013).

“Competência é ‘o tomar iniciativa’ e ‘o assumir responsabilidade’ do indivíduo diante de situações profissionais com as quais se depara.” Nesse ínterim, a temática “competências gerenciais” apresenta grande visibilidade no âmbito organizacional e acadêmico, especialmente nas questões como aprendizagem, desempenho e estratégia nas organizações (Brandão, 2018). Os gestores considerados competentes “(a) aprendem constantemente e proporcionam ambientes de aprendizagem; (b) conduzem suas equipes e organizações a um patamar mais elevado de desempenho; e (c) buscam alinhamento estratégico a fim de alcançar a visão institucional” (Freitas & Odelios, 2018).

A cobrança externa por agilidade, flexibilidade e resultados por parte da organização, somada à ânsia interna por controle e previsibilidade, leva o gestor ao centro do conflito, e ao exercício do papel de mediador entre as necessidades da gestão, trabalhadores e usuários. Neste aspecto, surge profissionalizar e formar gestores para que exerçam o papel de transformar planos e imprevisibilidades em resultados. Alguns autores acreditam ser inútil a formação de lideranças sem que os indivíduos atuem em equipes, ou a instituição possa ter proveito deste desempenho (Freitas & Odelios, 2018). Destarte, o tema “competências” encontra-se limitado quando seus componentes conhecimentos, habilidades e atitudes são considerados de forma isolada e não sinérgica (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde ([CONASEMS], 2019).

Diante do exposto, indaga-se: Quais as competências requeridas para gestores que atuam na atenção à saúde pública/coletiva são abordadas na literatura científica? A fim de responder tal questionamento, delimitou-se o seguinte objetivo: Analisar evidências científicas que abordem as competências requeridas para gestores que atuam na atenção à saúde pública/coletiva.

2. Método

Pesquisa com abordagem qualitativa, realizada consoante ao método de revisão do Joanna Briggs Institute (JBI) denominado Scoping Review (ScR) (JBI, 2020), utilizado no mapeamento dos principais conceitos que sustentam uma área de pesquisa, nesse caso a Gestão Pública de Saúde, bem como esclarecer definições, e/ou os limites conceituais de um tópico. A metodologia escolhida se propõe a trazer à tona o conhecimento construído, com identificação dos estudos que propiciem uma visão geral das competências requeridas ao gestor de saúde coletiva/pública evidenciadas na literatura, em consonância, com a profundidade da coleta e análise de dados características da pesquisa qualitativa.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.362-373

Segundo a abordagem do JBI, o primeiro passo foi definir a pergunta da pesquisa alinhada ao objetivo, utilizando o expediente da Population, Concept e Context (PCC) para uma (ScR) (JBI, 2020), na construção de um título que fornece aos leitores em potencial, informações importantes sobre o foco, escopo da revisão e sua aplicabilidade às suas necessidades. Assim, definiu-se que: P= gestores; C = Competência Profissional e C= gestão em saúde pública. Com base nessas definições foi estabelecida a pergunta norteadora: "Quais as competências requeridas para gestores que atuam na atenção à saúde pública/coletiva são abordadas na literatura científica"?

Em seguida, os critérios de inclusão: a *gray literature*, na seleção de dissertações e teses brasileiras presentes nas bases de dados e fontes de informações relacionadas no (quadro 1) e artigos científicos nos idiomas inglês e português; independente da abordagem para considerar diferentes aspectos das evidências sobre a temática requerida; estudos primários; revisões sistemáticas, integrativas, metanálises e/ou metassínteses, e publicados ou disponibilizados, por conveniência no período entre 2015 a 2019.

Como exclusão, considerou-se estudos sobre gestão em saúde pública ou gestor em saúde pública, sem abordar a identificação de competências profissionais/gerenciais ou competências profissionais/gerenciais sem associá-las à saúde pública/coletiva. A busca de fidedignidade das informações incluídas nos manuscritos originais, foi assegurado com a correta referenciação, tratamento e apresentação dos dados, alinhando os critérios aos objetivos e à questão norteadora proposta.

O levantamento bibliográfico foi realizado no período de março a maio de 2019, a partir da definição dos descritores, organizados com auxílio do Decs (Descritores em Cências da Saúde), nos idiomas português: "gestores" "competência profissional"e "gestão em saúde pública/coletiva" e em inglês: "health manager" "professional competence"; "health management public health". As bases de dados e fontes de informação acessadas foram a National Library of Medicine (PubMed); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS); Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Google Scholar. Junto aos descritores foram empregados os operadores booleanos: AND e OR para compor as estratégias de busca, conforme quadro 1.

Quadro 1. Representação das estratégias e respectivas fórmulas de busca nas bases de dados e plataforma BVS. Curitiba, Paraná, 2019

BASES	ESTRATÉGIA
BVS	("gestores") AND ("competência profissional") AND ("gestão em saúde pública" OR "coletiva)
	("helth manager) AND ("professional competence") AND ("heath management public health")
PubMed	("gestores") AND ("competência profissional") AND ("gestão em saúde pública" OR "coletiva)
	("helth manager" [Mesh]) AND ("professional competence" [Mesh]) AND ("heath management public health" [Mesh])
LILACS	("gestores") AND ("competência profissional") AND ("gestão em saúde pública" OR "coletiva)
	("helth manager) AND ("professional competence") AND ("heath management public health")
Google Scholar	("gestores") AND ("competência profissional") AND ("gestão em saúde pública" OR "coletiva)
	("helth manager) AND ("professional competence") AND ("heath management public health")

A ferramenta utilizada para nortear e sistematizar a busca e seleção dos estudos foi o checklist do PRISMA - Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR), que permite aos revisores um registo consolidado do seu processo de revisão e possibilita identificar um índice de evidências observadas e selecionadas, de modo que o fluxo traz a narrativa da pesquisa e as decisões quanto à inclusão e exclusão de estudos de modo lógico.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.362-373

O que faz com que as concepções utilizadas e seus resultados com relação às questões da revisão sejam evidenciadas (Tricco et al., 2018).

Na análise qualitativa, utilizou-se o modelo organizacional de Quinn et al. (2003), representado por um modelo de competências gerenciais com representações genéricas, consubstanciados em arquétipos de gestão emergentes no século XX, desligados de qualquer nível exclusivo na estrutura administrativa. Tal modelo, baseia-se em um arcabouço de quatro modelos, cuja construção maior é a efetividade organizacional e oito papéis baseados em liderança gerencial, que possuem três competências chaves cada. Ainda, pela forma paradoxal, seus componentes são capazes de estarem integrados e complementares, apesar da aparência incongruente dos valores concorrentes (Quinn et al., 2015).

Modelo que também desenvolve a ideia de que as organizações sejam flexíveis e adaptáveis, estáveis e controladas, e os gestores aptos a desenvolver os mais variados tiops de comportamento para que se complementem e garantam êxito às suas instituições (Quinn et al., 2015). Sumarizando, a ideia central do modelo utilizado como referencial teórico, é apresentar a evolução dos quatro modelos fundamentais do pensamento gerencial, edificados em princípios que fomentam sensibilidades, decisões e comportamentos heterogêneos. (Fernandes et al., 2017). Não se pode olvidar que, a fim de atingir a eficácia gerencial a que se propõem o modelo de Quinn et al. (2003), os domínios devem estar integrados, sendo complementares. Uma síntese desse modelo pode ser representada pela Fig. 1.

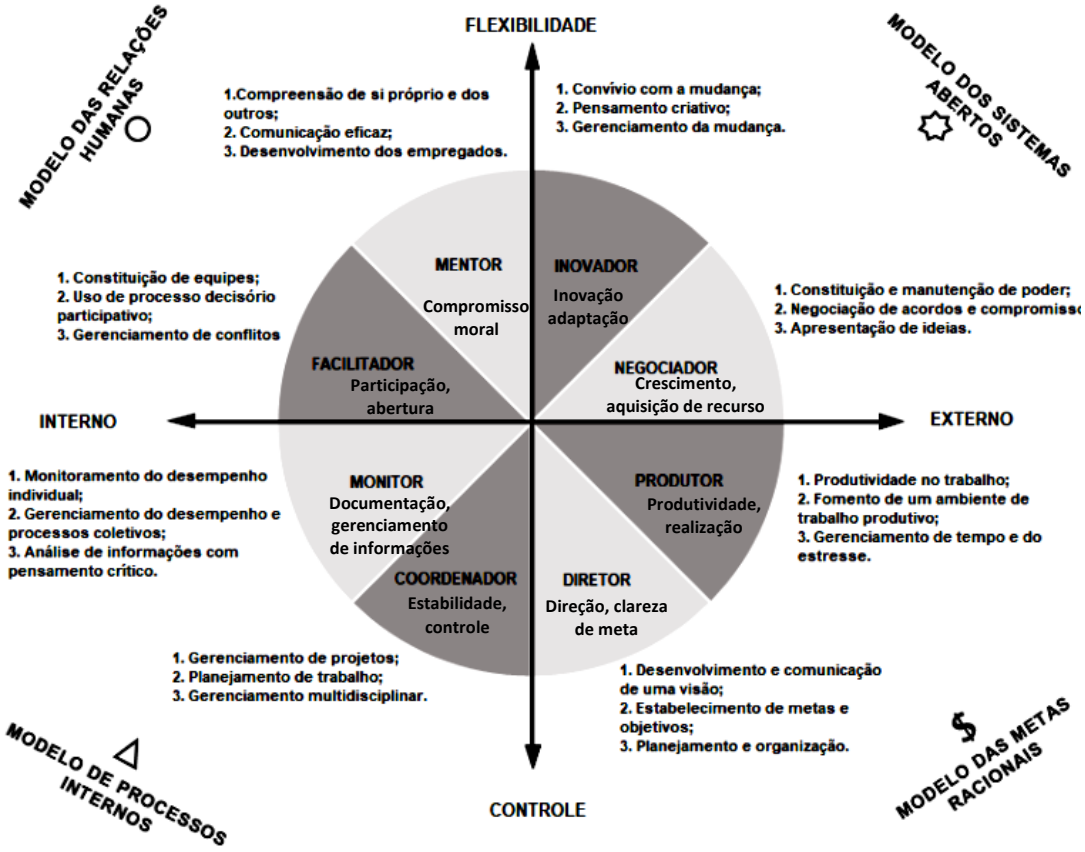


Fig. 1. Competências e papéis dos líderes no quadro de valores competitivos. Adaptado de Quinn et. al. (2003).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.362-373

Após a seleção dos estudos, as autoras construíram um instrumento para sua caracterização com a composição de: título, ano, autor, país, tipo de publicação, períodico e metodologia, contexto, competências e sugestão dos autores. Este instrumento permitiu a organização dos dados e facilitou a interpretação e discussão dos resultados com base na literatura e no referencial proposto, após o levantamento das principais evidências.

3. Resultados

A apresentação dos resultados foi mapeada a partir da diagramação no formato sistematizado na Fig. 2, o que se ajusta o objetivo da ScR.

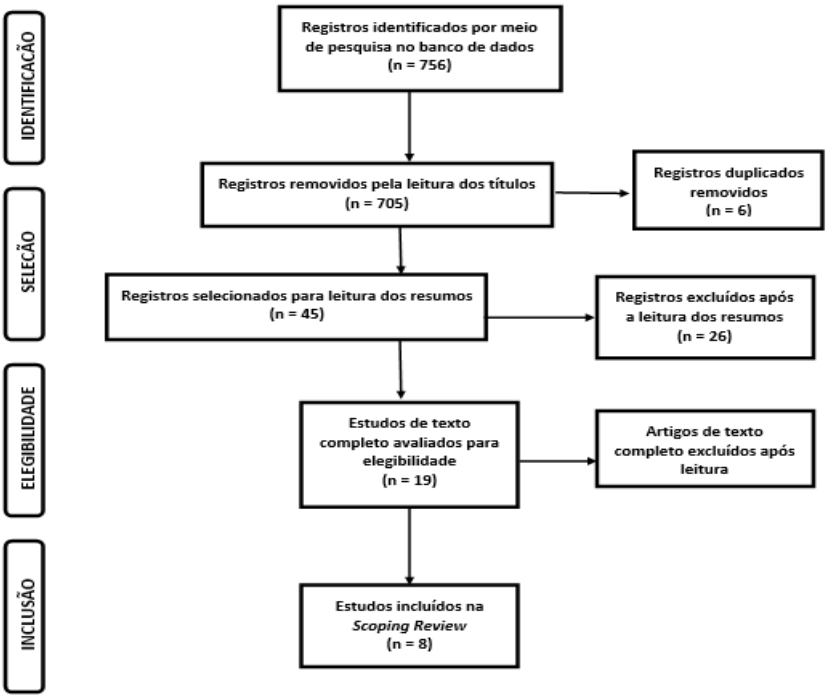


Fig. 2. Processo de identificação e inclusão dos estudos - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) diagram flow

Do levantamento bibliográfico, após a realização por dois autores da avaliação e seleção dos estudos, foram elegiveis oito artigos, publicados no período de 2015 a 2018, sendo cinco artigos científicos, duas teses de doutorado e uma dissertação de mestrado.

Os estudos sobre a temática, abarcaram pesquisas de abordagem quantitativa, qualitativa, qualiquantitativa e descritiva transversal, provenientes dos países: Brasil, Austrália, Suécia, Gana e Irã. (Quadro.2).

Quadro 2. Estudos encontrados conforme título, ano de publicação, autoria, país do estudo, tipo de publicação, periódico/instituição e metodologia.

	Título	Ano	Autor	País	Tipo de publicação	Periódico	Metodologia
1	An evidence-based approach to understanding the competency development needs of the health servisse management workforce in Australia	2018	Liang et al.	Austrália	Artigo	BMC Health Services Research	Descritiva transversal

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.362-373

	Título	Ano	Autor	País	Tipo de publicação	Periódico	Metodologia
2	Educação permanente em saúde: estratégia para o fortalecimento de competências gerenciais dos enfermeiros de unidades básicas de saúde	2017	Fernandes, JC.	Brasil	Dissertação	Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa	Qualitativa
3	Competência de gestores de Unidades Básicas de Saúde)	2017	Henrique, F.	Brasil	Tese	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca	Qualiquantitativa
4	Developing Leadership in Managers to Facilitate the Implementation of National Guideline Recommendations: A Process Evaluation of Feasibility and Usefulness	2016	Tistad et al.	Suécia	Artigo	International Journal of Health Policy and Management	Qualitativa
5	Factors influencing the work efficiency of district health managers in low-resource settings: a qualitative study in Ghana	2016	Bonenberger et al.	Gana	Artigo	BMC Health Services Research	Qualitativa
6	Competências Essenciais de Gestores para a Saúde Pública/Coletiva	2016	Almeida, ML.	Brasil	Tese	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem: Universidade Federal do Paraná	Quantitativa
7	The Relationship Between the Managerial Skills and Results of "Performance Evaluation" Tool Among Nursing Managers in Teaching Hospitals of Iran University of Medical Science	2015	Isfahani, HM.; Aryankhesal, A.; Haghani, H.	Irã	Artigo	Global Journal of Health Science	Descritiva transversal
8	Competências gerenciais dos enfermeiros na ampliação da Estratégia Saúde da Família	2015	Lowen et al.	Brasil	Artigo	Rev Esc Enferm USP	Qualitativa

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.362-373

Quadro 3. Estudos analisados conforme o contexto, as competências identificadas.

	Contexto	Competências identificadas	Sugestões dos Autores
1	Identificar a competência gerencial, níveis e necessidades de treinamento e desenvolvimento. Confirmaram a competência gerencial de nível médio e encontraram lacunas em outras, bem como pontos fortes da gestão e fraquezas variando entre grupos de diferentes organizações. Sugerem o desenvolvimento de estratégias para fortalecer a força de trabalho da gestão de serviços em saúde e de forma multifacetado.	Tomada de decisão baseada em evidências; Operação, administração e gerenciamento de recursos; Conhecimento na organização do cuidado em saúde; Comunicação interpessoal, capacidade de comunicação, gerenciamento e relacionamento; Liderança de pessoas e organizações;	Embora os requisitos de competência entre os setores e níveis gerenciais sejam semelhantes, o aprendizado profissional são diferentes, de modo que o desenvolvimento em gestão deve ser sensível ao contexto. Sugere-se reformulação nas estratégias e parceria com agentes políticos e gestores em todos os níveis de administração, com posterior aplicação das ações educativas e realização de pesquisas avaliativas para averiguação desse impacto profissional.
2	Analisar as competências do enfermeiro na prática gerencial em UBS. Permitiu averiguar a inexistência de EPS, e esta como uma lacuna no comprometimento do processo de trabalho, por ser considerada ferramenta capaz de gerar modificação das condições de trabalho.	Competências gerenciais relativas à liderança; Competências gerenciais relativas à gerência de recursos e do cuidado; Competências gerenciais relativas à mobilização de recursos cognitivos e afetivos.	Sugerido desenvolvimento de novos estudos acerca das competências gerenciais especialmente no que concerne à APS.
3	Analisar o perfil e as competências gerais e específicas dos gestores de UBSs. Evidenciado a necessidade, por parte do MS, secretarias estaduais ou municipais, a oferta de especialização, cursos e formação ao desenvolvimento das competências dos gestores e apoio aos gestores por parte da gestão municipal na promoção de diálogo com a equipe e educação continuada.	Liderança; Visão Sistêmica abrangente e de longo prazo; Símbolo ou representante da organização; Responsabilidade ética e social; Comunicação eficaz; Disseminador de informação/Divulgação dos resultados obtidos; Trabalhar com planos ações e resultados; Alocação tempo e do foco; Negociação; Decisão; Gerir mudanças e conflitos; Resolução criativa de problemas; Desenvolver trabalho em equipe; Ter competência política; Conhecedor da organização; Coordenar e monitorar o planejamento; Gestão de recursos; Gestão de pessoas	Recomendado foco em políticas nacionais, estaduais ou municipais, voltadas para valorização e consolidação da gestão de UBS, bem como a institucionalização do cargo de gestor de UBS nas estruturas Estatais e ações de educação continuada no aperfeiçoamento das competências.
4	Foco na capacidade de liderança de gestores na implementação da prática baseada em evidências (PBE) no tratamento de acidente vascular cerebral (AVC) em reabilitação ambulatorial, entre os profissionais de saúde. Concluiu-se que intervenção de liderança para a implementação de recomendações de diretrizes ocorreu de forma viável, e tem potencial de desenvolver conhecimento sobre gerenciamento entre os gestores de saúde.	Liderança; Planejamento, desenvolvimento e avaliação de protocolos; Comunicação; Capacidade de colaboração externa; envolver a equipe; Estímulo e gerenciamento de mudanças; Engajamento entre gestores; Iniciativa; Tomada de decisão baseada em evidências.	Sugestão de pesquisas mais expressiva, de modo a incorporar uma intervenção com foco em apoiar os gestores para que possam adaptar os planos de implementação ao contexto vivenciado e empregar comportamentos de liderança significativos.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.362-373

	Contexto	Competências identificadas	Sugestões dos Autores
5	Constatar fatores que contribuem para práticas de gestão ineficientes dos gestores distritais e formas de melhorá-las. Constatou-se que o número de gerentes é insuficiente para atribuições estabelecidas, gerando desvio de funções e interferência nas competências necessárias à gestão local. Falta de apoio governamental e recursos financeiros, exigência de cumprimento de protocolos e metas com prazos exíguos e saídas dos serviços sem aviso, que atrapalham as atividades, restrição na tomada de decisão e pouca autoridade.	Estratégias de enfrentamento; Habilidades de planejamento; Administração do tempo; Compartilhamento de tarefas e informações; Elaboração de relatórios; Gestão de pessoas; Comunicação; Desenvolvimento de planos de trabalho; tomada de decisão; Liderança.	Sugerido fortalecimento e desenvolvimento de competências, realizando intervenções não só a nível distrital, mas no sistema de saúde como um todo, a fim de melhorar a capacidade de gestão e sua eficiência.
6	Mapear competências dos gestores atuantes na atenção à saúde pública, por meio da tradução e adaptação transcultural do documento Marco Regional de Competências Essenciais em saúde pública (MRCESP) para recursos humanos da região das Américas proposto pela OPAS, a fim de verificar se podem ser aplicadas ao contexto brasileiro. Necessário adaptação para aplicação nacional, evidenciadas como potencial de utilização.	Análise da Situação de Saúde; Tomada de decisão e planejamento; Construir cenários prospectivos e avaliação de ações, programas e políticas de saúde; Definição de prioridades; Vigilância e Controle de Riscos e Danos; Promoção da Saúde e Participação Social; Desenvolvimento de reformas nos sistemas de saúde; Impulsionar projetos de cidadania; Participação na tomada de decisão; Delineamento de objetivos coletivos; Políticas, Planificação, Regulação e Controle implementar medidas fundamentadas nas necessidades de saúde; Planejamento racional; Direcionar a formulação e avaliação de políticas de saúde; Equidade ao Acesso e Qualidade nos Serviços Individuais e Coletivos; Garantir acesso aos serviços; Saúde Internacional e Global; Relações interpessoais; Diplomacia; Cooperação técnica	Sugere-se utilização do instrumento em novas pesquisas com estatísticas que permitam aferir a qualidade e análise fatorial junto a populações de gestores de saúde pública, dos projetos pedagógicos e planos de ensino das disciplinas com foco na formação das 56 competências descritas no documento da OPAS, investimento em EPS.
7	Avaliar relação entre as habilidades gerenciais dos enfermeiros e os resultados da avaliação de desempenho em hospitais de ensino. Ausência de qualquer correlação e relação entre as habilidades gerenciais dos gerentes e a avaliação de desempenho, mostra a necessidade de uma revisão fundamental no formulário de avaliação de desempenho dos gestores.	Tomada de decisão; Comunicação; Liderança; Motivação; Pensamento sistêmico; Gerenciamento de tempo; Habilidades de pensamento estratégico.	Sugerida necessidade de mudanças fundamentais e revisão do sistema de avaliação de desempenho dos gestores e sua integração com os princípios científicos de gestão. Recomendação de ações educativas para reforçar as competências gerenciais.
8	Concatenar competências gerenciais requeridas dos	Implementar e sustentar a mudança; Negociar	Recomendada a adoção da EPS como estratégia para sustentar a

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.362-373

	Contexto	Competências identificadas	Sugestões dos Autores
	enfermeiros com a transição experenciada na ampliação da ESF. Identificados elementos que suplantam a implantação da ESF, e a ser observado de forma amplificada as características que constituem a própria APS, desse modo, utilizar as competências gerenciais dos enfermeiros para planejar e ampliar a ESF e fortalecer a APS.	acordos e compromissos; Usar o poder e a influência com ética e efetividade; patrocinar e vender novas ideias; estimular e promover a inovação.	mudança de profissionais na atuação gerencial, bem como estudos das competências gerenciais na área da saúde, em diversos cenários e por outros profissionais.

4. Discussão

Ao destacar as competências encontradas, das quais foi possível observar no aspecto interno e externo das organizações que a liderança foi a mais evidenciada, explicitada em seis e implícita em dois dos oito estudos. Assim, realizou-se a escolha do referencial teórico para análise dos achados, especificamente com aplicação das competências presentes nos modelos definidos pela flexibilização, o Modelo dos Sistemas Abertos e Modelo das Relações Humanas.

O Modelo dos Sistemas Abertos, a proposta é a adequação às transformações do mundo, com inovação contínua, para que a gestão promova eficácia e resolutividade. Sua ênfase reside na adaptação política, resolução criativa de problemas inovação e gerenciamento da mudança. No Modelo das Relações Humanas, os indivíduos possuem relevância intrínseca, a eficácia da gestão reside no engajamento, coesão e moral, e o comprometimento implica em compromisso, destacando-se, “a participação, resolução de conflitos e criação de consenso” (Quinn et al., 2003; 2015).

Ressalte-se com relação aos focos interno e externos definidos pelo controle, que o Modelo das Metas Racionais visa o lucro e a produtividade, e os indivíduos possuem valor no momento em que participam significativamente ao alcance dos objetivos e a “explicitação de metas, análise racional e tomada de iniciativas”, apareceram com pouca intensidade. Já o Modelo de Processos Internos, encontrado com baixa representatividade, caracteriza-se pela conservação e encadeamento no cerne do sistema, com ênfase na “definição de responsabilidade, mensuração e documentação” (Quinn et al., 2003).

Evidenciado o papel gerencial de Negociador entre as competências relacionadas nos estudos, com preocupação central de ser sustentáculo da legitimidade exterior e angariar recursos externos, o que o faz defender de forma fundamentada suas ideias e o alcance dos objetivos. Tal indicativo pode ser explicado em razão de que os estudos trazem competências exigidas no âmbito da esfera da gestão pública, contexto de maior atuação e inserção dos agentes públicos nas negociações dos processos internos e externos aos órgãos dos quais estão subordinados (Picchiai, 2008; Quinn et al., 2015; Parreira, 2015).

Posteriormente, encontra-se o papel gerencial do Diretor, que age com planejamento e demarcação de metas, sendo assertivo na definição de problemas, elegendo possibilidades, definindo objetivos, papéis e tarefas, gerando diretrizes e políticas, por meio de orientações. Elementos característicos das organizações públicas, em que os gestores têm que lidar com regras burocráticas e orçamentos apertados para tomar decisões assertivas e rápidas, com clareza em suas expectativas e distribuição de tarefas entendidas pela equipe (Picchiai, 2008; Gemelli & Filippim, 2010; Marques, 2020).

Na sequência os papéis de Facilitador e Mentor, dos quais, espera-se do gestor que este promova empenho coletivo, propicie coesão, intervindo em conflitos e disputas interpessoais, obtendo colaboração, participação na resolutividade de demandas e compromisso na realização do trabalho, ou seja, é aquele com capacidade de construção de equipes. Já o Mentor, gera o interesse humano da organização, cuidando do desenvolvimento dos indivíduos de forma empática, atenciosa, com disposição para ouvir

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.362-373

necessidades e aprimorar competências individuais, reconhecendo e elogiando esforços (Quinn et al., 2015; Marques, 2020).

Posteriormente, os papéis de Coordenador e Inovador. O Coordenador é responsável pelo suporte a estrutura e ao sistema do fluxo de trabalho na busca de eficácia e deve estar atento aos recursos essenciais à realização das tarefas. Entretanto, a pressão permanente da sociedade por celeridade de decisões e resoluções em curto prazo, impactam na necessidade de tempo político de maturação das deliberações e pode ser um entrave ao trabalho do Coordenador. O Inovador é o responsável pela necessidade de adaptar a organização e a equipe ao novo, identificando tendências com práticas inovadoras, visando contribuir para eficiência (Quinn et al., 2015; Marques, 2020).

O setor público tem revelado diversos intentos na promoção de inovação em suas organizações, entre elas planejamento e desenvolvimento organizacional, gestão de recursos humanos, informação, simplificação e modernização dos processos, atendimento ao usuário/cidadão, avaliação de desempenho e controle de resultados. Porém, a admissão de ideias inovadoras tende a ser baixa e fragmentada, podendo sofrer variações entre diversas organizações, apesar dos benefícios (Resende Junior et at., 2013; Lowen et al, 2017).

Por fim e menos evidente, os papéis de Produtor e Monitor, que cria um ambiente em que possa produzir e ser produtivo, com competência em organizar e administrar o tempo e o estresse na organização (Parreira, 2015). O orçamento apertado, submissão a políticas públicas nem sempre adequadas ao contexto, geram grande problema ao gerente exclusivamente produtor, o que reduz significativamente a capacidade da produtividade da organização. O papel do Monitor abarca o controle da unidade de trabalho, como verificação do cumprimento de regras, determinando se os indivíduos estão realizando adequadamente suas tarefas, bem como a realização de análise de dados, informações, relatórios, e a condução de vistorias, inspeções e respostas a solicitações e documentos (Barbosa et al., 2017). Na gestão pública, geralmente há um acúmulo de tarefas, de maneira que o gestor não consegue dar conta de realizar todo o trabalho, desviando-se das funções originais, sem apoio institucional e de recursos financeiros.

5. Conclusão

Esta pesquisa reflete que ser gestor na área de saúde pública/coletiva, exige múltiplas competências, e os estudos foram unânimes quanto à necessidade desse desenvolvimento, por meio de ações no sistema de saúde como um todo, para o aperfeiçoamento da capacidade de gestão e apoio de políticas governamentais.

Numa outra perspectiva, o modelo teórico utilizado para mapear os modelos e os papéis gerenciais encontrados, também exprime a identificação de lacunas, e pode servir de base ao planejamento institucional alicerçado na gestão por competências.

Estas estratégias organizacionais podem transformar gestores em líderes de sucesso, com capacidade de tornar seu ambiente de trabalho mais produtivo, de maneira estruturada, utilizando uma variedade de perspectivas e recursos, vislumbrando-o como um sistema complexo, dinâmico, em constante transformação.

As estratégias sugeridas ao desenvolvimento das competências ao gestor em saúde concentram-se em ações formais de aprendizagem, aperfeiçoamento e treinamento. A EPS deve ser considerada como estratégia prévia à implementação de políticas públicas, de modo que a transformação de conhecimentos e o agir contextualizado, expressem a valorização da gestão, impactando na qualidade da atenção desenvolvida nos serviços de saúde.

Tais inferências, em uma *scoping review*, foram possíveis graças à utilização de uma abordagem qualitativa, que permitiu aprofundamento na análise das particularidades dos contextos e experiências individuais, dentre outros aspectos inseridos nos estudos selecionados.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.362-373

A contribuição do estudo reside no fato de que os gestores, ao atuarem nos níveis estratégico, tático e operacional, são elos entre os objetivos organizacionais e os da atenção em saúde pública, buscando eficiência, efetividade e qualidade nos cuidados prestados. Logo, o desenvolvimento de competências diferencia o nível de atuação do gestor público e por consequência a instituição.

A limitação desta pesquisa foi a escassa oferta de publicações sobre o assunto, sugerindo que existe uma lacuna a ser preenchida com novos estudos.

6. Referências

Almeida, M. L. 2016. Competências essenciais de gestores para a saúde pública/coletiva. [Tese (Doutorado em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná].

Almeida M. L., Peres, A.M., Ferreira, M.M.F., & Mantovani, M.de. F. (2017). Translation and adaptation of the Competencias Esenciales en Salud Pública para los recursos humanos en salud. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 25 (e2896). https://doi.org/10.1590/1518-8345.1684.2896

Aromataris, E., Munn, Z. (Editors). *JBI Manual for Evidence Synthesis.* (2020) JBI, https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01

Barbosa, F. M., Gambi, L. N.; Gerolamo, M. C. (2017). Liderança e gestão da qualidade – um estudo correlacional entre estilos de liderança e princípios da gestão da qualidade. Gestão & Produção, 24(3), 438-449. Epub September 28, 2017.https://dx.doi.org/10.1590/0104-530x2278-16

Bonenberger, M., Aikins, M., Akweongo, P., & Wyss, K. (2015) Factors influencing the work efficiency of district health managers in low-resource settings: a qualitative study in Ghana. BMC Health Serv Res 16 (12). https://doi.org/10.1186/s12913-016-1271-3

Brandão, H.P. (2019). Mapeamento de competências: ferramentas, exercícios e aplicações em gestão de pessoas. (2ª ed.) Atlas.

Carvalho, A. L. B., Ouverney, A.L.M., Carvalho, M.G.O.de., & Machado, N.M.da.S. (2020). Nurse managers in the Unified Health System: profile and prospects with emphasis on the 2017-2020 Management Cycle, Ciência & Saúde Coletiva, 25(1), 211-222. https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.29312019

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. (2019) Manual do(a) gestor(a) municipal do SUS: diálogos no cotidiano. (2ª ed) CONASEMS/COSEMS-RJ, LAPPIS/IMS/UERJ, organizadores, Rio de Janeiro: CEPESQ. https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/07/manual_do_gestor_F02_tela.pdf

Costa, L.A, Rocha, D.F. (2018). Bureaucracy and public management: Ministry of Health analysis. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, 26\(3), 632-645. https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1639

Fernandes, J.C. (2017) Educação permanente em saúde: estratégia para o fortalecimento de competências gerenciais dos enfermeiros de unidades básicas de saúde. [Dissertação de Mestrado Profissional Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa].

Freitas, P.F.P., Odelius, C.C. (2018). Managerial Competencies: An Analysis Of Classifications In Empirical Studies. Cadernos EBAPE.BR, 16(1), 35-49. https://doi.org/10.1590/1679-395159497

Gemelli, I. M. P., & Filippim, E. S. (2010). Gestão de pessoas na administração pública: o desafio dos municípios. RACE: Revista de Administração, Contabilidade e Economia, 9(1-2), 153-180. https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/race/article/view/375/pdf_101

Henrique, F. (2017) Competência de gestores de Unidades Básicas de Saúde. [Tese de Doutorado), Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca].

Isfahani, H.M., Aryankhesal, A., Haghani, H. (2014). The relationship between the managerial skills and results of "performance evaluation "tool among nursing managers in teaching hospitals of Iran University of Medical Science. Glob J Health Sci, 7(2):38-43. doi: 10.5539/gjhs.v7n2p38

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.362-373

Liang, Z., Blackstock, F.C., Howard, P.F., Briggs, D., Leggat, S.G., Wollersheim, D., Edvardssom, D., & Rahman, A. (2018). An evidence-based approach to understanding the competency development needs of the health service management workforce in Australia. BMC Health Serv Res, 18(1), 976. https://doi.org/10.1186/s12913-018-3760-z

Lowen, I. M. V., Peres, A.M., Crozeta, K., Bernardino, E., & Beck, C.L.C. (2015). Managerial nursing competencies in the expansion of the Family Health Strategy. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 49(6), 964-970. https://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000600013

Lowen, I. M. V., Peres, A.M., Ros, da. C., Poli, C., & Faoro, N.T. (2017). Inovação na prática assistencial do enfermeiro: ampliação do acesso na atenção primária. Revista Brasileira de Enfermagem, 70(5), 898-903. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0131

Marques, B.N., Lima, A.M.F., Souza, A.L.R.de., Araújo, M.L.V. (2020) Innovation Management in the Public Sector: relections on the ways, barriers and perspectives of innovation within the federal public administration. Cadernos de Prospecção, 13(4),1069-1087. http://dx.doi.org/10.9771/cp.v13i4.35146

Moreira, M.A.B., Picchiai, D. (2020). Managerial competencies in the perception of managers in the context of the STD / AIDS State Program São Paulo. Revista do Instituto de Políticas Públicas de Marília, 6(1),69-86. doi: https://doi.org/10.36311/2447-780X.2020.v6.n1.06.p69

Organização Pan-Americana da Saúde. (2011). Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. http://www.telessaude.mt.gov.br/Arquivo/Download/2052

Organización Panamericana de La Salud. (2013). Competencias esenciales em salud pública: um marco regional para las Américas. Washington DC: OPS. https://www.campusvirtualsp.org/sites/default/files/noticias/competencias-es.pdf

Parreira, P. (2015). Papéis de liderança de Quinn: Um Estudo realizado em Serviços de Saúde Portugueses com recurso à análise fatorial confirmatória. Revista Ibero-americana de saúde e envelhecimento, 1(2), 192-217. https://doi.org/10.24902/r.riase.2015.1(2).192

Picchiai, D. (2008). Competências Gerenciais: Caso de um hospital público. Caderno Gestão Pública e Cidadania,13 (52),19-41. https://doi.org/10.12660/cgpc.v13n52.44166.

Quinn, RE. et. al. (2003). Competências gerenciais: princípios e aplicações. (3ª ed.) Elsevier.

Quinn, RE. et. al. (2015). Competências gerenciais: princípios e aplicações. (6ª ed.) Elsevier.

Resende Junior, P. C., Guimarães, T. de A., & Bilhim, J. A. de F. (2013). Escala de orientação para inovação em organizações públicas: estudo exploratório e confirmatório no Brasil e em Portugal. INMR - Innovation & Management Review, 10(1), 257-277. https://doi.10.5773/rai.v10i1.1111.

Santos, A.N., Laimer, C.G., Laimer, V.R. (2016). Managerial. Skills And Public Managers Performance. Revista da Universidade Vale do Rio Verde, 14 (1),132-144. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5344038.

Tistad, M., Palmcrantz, S., Wallin, L., Ehrenberg, A., Olsson, C. B, Tomson, G., Holmqvist, L. W., Gifford, W., & Eldh, A.C. (2016). Developing Leadership in Managers to Facilitate the Implementation of National Guideline Recommendations: A Process Evaluation of Feasibility and Usefulness. Int J Health Policy Manag, 5(8):477-486. doi: 10.15171/ijhpm.2016.35. PMID: 27694661.

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, & M.G., Garritty, C. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMAScR): Checklist and Explanation. Ann Intern Med, 169(7):467-473. https://doi.org/10.7326/M18-0850

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.362-373

Intervenções de enfermagem que capacitam a Pessoa em Situação Crítica: Revisão integrativa da literatura

Suse Antunes[1], Anabela Mendes[2] e Elisabete Silva[3]

[1] Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Fernando da Fonseca, Enfermeira. Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal | suseisabelantunes@gmail.com | https://orcid.org/0000-0000-0000-0000

[2] Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica Adulto-Idoso. Professora Coordenadora. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal | anabelapmendes@esel.pt | https://orcid.org/0000-0002-0001-4862

[3] Unidade de Queimados do Hospital São José, Enfermeira – CHULC. Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal | mariabeta@sapo.pt | https://orcid.org/0000-0000-0000-0000

Resumo: A Pessoa em Situação Crítica (PSC) é, por definição, alguém dependente de cuidados intensivos e tecnológicos. Os enfermeiros constatam que as pessoas que vivem este processo de transição, perdem capacidades relevantes, como por exemplo a de autocuidado e de tomada de decisão. Este trabalho tem como principais objetivos: (1) Identificar os fatores que influenciam a capacitação da PSC e (2) Identificar as Intervenções de enfermagem que capacitam a PSC. Realizou-se uma revisão integrativa da literatura, com pesquisa de artigos nas bases de dados MEDLINE e CINAHL e literatura cinzenta. Emergiram, aplicados os critérios de inclusão e exclusão, 8 artigos para análise e discussão. Identificou-se um conjunto de fatores que pela sua relevância influenciam a capacitação da PSC. Como Intervenções de Enfermagem que capacitam a PSC elencam-se: ajudar a pessoa a aceitar a dependência no autocuidado e a gerir expectativas; potenciar a confiança e motivação pela individualização dos cuidados e a gestão de sintomas; promover uma comunicação eficaz com pessoa doente e família, ao longo do processo de transição; subsidiar a gestão dos recursos disponíveis (pessoais, sociais e comunitários), que possibilitam o retorno ao quotidiano; e assumir a família como parceira nos cuidados. Conclui-se que as intervenções terapêuticas de enfermagem que capacitam a PSC, se enquadram num cuidado centrado no cliente, PSC e família.

Palavras-chave: Capacitar; Pessoa em Situação Critica; Intervenção Terapêutica de Enfermagem; Transição Saúde-Doença.

Nursing Interventions to Empower the Person in Critical Situation: Integrative Literature Review

Abstract: The Person in Critical Situation (PCS) is, by definition, someone dependent on intensive and technological care. Nurses find that people who live in this transition process lose relevant abilities, such as self-care and decision-making. This work has as main objectives: (1) To identify the factors that influence the training of the person in critical situation and (2) To identify the nursing interventions that empower the PCS. An integrative literature review was conducted, with research of articles in MEDLINE and CINAHL databases and grey literature. Once applied the inclusion and exclusion criteria, eight articles for analysis and discussion emerged. A set of factors that due to their relevance influence the empowerment of the PCS was identified. The Nursing Interventions that empower the PCS are: to help the person to accept dependence on self-care and to manage expectations; enhance confidence and motivation for individualization of care and symptom management; promote effective communication with sick people and family throughout the transition process; subsidize the management of available resources (personal, social and community), which enable the return to everyday life; and assume the family as a partner in care. It is concluded that the nursing therapeutic interventions that empower the PCS, are part of a centered-care on the client, person in critical situation and family.

Keywords: Empowerment; Critical Care; Critical Care Nursing; Health Transition.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.374-382

1. Introdução

A Pessoa em Situação Crítica (PSC), segundo Benner, Kyriakidis, & Stannard (2011), é aquela que fica gravemente doente ou ferida e incapaz de manter, de forma independente, a estabilidade fisiológica ou está em alto risco de desenvolver rapidamente instabilidade fisiológica, sendo tipicamente dependente de cuidados intensivos contínuos e da tecnologia de apoio.

De acordo com Meleis (2010), os enfermeiros vivenciam momentos de transição com as pessoas, quando relacionados com a saúde, o bem-estar e a capacidade para o autocuidado**,** surgindo assim o conceito de Intervenção Terapêutica de Enfermagem. Esta caracteriza-se pela ajuda/suporte às pessoas, famílias e comunidades para lidarem com transições, antecipando respostas, fornecendo orientação, gerindo sintomas, melhorando a saúde e o bem-estar e apoiando o desenvolvimento de ações de autocuidado. Meleis (2018) concretiza que, embora os enfermeiros em contexto de UCI possam centrar a sua abordagem na doença, verifica-se a sua preocupação com a segurança dos doentes, o bem-estar, a promoção da saúde, a manutenção de hábitos saudáveis e o apoio para o regresso à maior normalidade possível na vida quotidiana.

Na interação, e da interação constante, os enfermeiros têm como foco a capacitação, considerando que está intimamente relacionada com o exercício de autonomia e autocuidado. Importa compreender e elencar quais as intervenções terapêuticas de enfermagem que capacitam a PSC.

É evidente a proximidade entre os conceitos de capacitação, de autocuidado e de autonomia. Mamashli et al. (2019) aferem que quando a capacitação, e a adesão ao tratamento são a maior prioridade nos sistemas de saúde, a estadia da pessoa doente no hospital é reduzida. Os enfermeiros desempenham um papel importante na melhoria do conhecimento e capacitação das pessoas. Segundo Funnell (2016), os objetivos dos cuidados com foco na capacitação e educação da PSC são: aumentar a autonomia, permitir a tomada de decisão informada, possibilitar a resolução de problemas e alcançar objetivos comportamentais auto-determinados. Para Jones et al. (2020), a capacidade é relacionada com a aptidão de uma pessoa para tomar decisões num determinado momento, ainda que com perda temporária de capacidade ou capacidade flutuante em outros momentos. Assim, a avaliação da capacidade mental é um aspeto fundamental e deve ser conduzida como parte de uma avaliação holística da condição e das necessidades das pessoas em ambientes de cuidados críticos, pela equipa multidisciplinar.

No que concerne ao envolvimento da família, Jones et al. (2020) referem que esta desempenha um papel permanente nos processos de transição, fornecendo informações valiosas sobre definições do que constituía a capacidade "normal" para a pessoa doente. Importa, ainda, compreender o impacto que a situação critica de um familiar tem para a família. Mendes (2018, p. 203) refere que “a vulnerabilidade experienciada (…) fragiliza no presente (…) e pode condicionar o futuro individual e coletivo [uma vez que a situação crítica da pessoa] (…) emerge de modo súbito na vivência quotidiana da família e está associada a qualquer das fases do seu ciclo de vida.”

Segundo Meleis (2018), a mudança experienciada, nomeadamente de saúde-doença, que se revela na alteração das capacidades da pessoa, traduz uma transição. Este processo implica que a pessoa incorpore novos conhecimentos e altere ou reposicione tipologias de comportamento. Constata-se assim que as transições se caracterizam por diferentes etapas dinâmicas, marcos e pontos de viragem e podem ser definidas através de processos e/ou resultados a atingir (Meleis, 2010).

Willis et al. (2008) afirmam que as intervenções de enfermagem, através do desenvolvimento e a aplicação do conhecimento de enfermagem na prática clinica, podem ser facilitadoras, capacitando os seres humanos na visão e aquisição da saúde. promovendo a humanização, o significado, a tomada de decisão e a qualidade de vida.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.374-382

Considerando a transição saúde-doença, experienciada pela PSC, esta revisão integrativa da literatura, tem como objetivo: Identificar os fatores que influenciam a capacitação da PSC e Identificar as Intervenções de enfermagem que capacitam a PSC.

2. Metodologia

Considerados os objetivos da pesquisa, a elaboração da questão de investigação e definição dos critérios de seleção e inclusão de artigos foi suportada no método PICo (Quadro 1), baseado nas orientações do *Joanna Briggs Institute for Evidence Based Practice* (Joanna Briggs Institute, 2020).

Quadro 1. Critérios de Seleção e Critérios de Inclusão dos Artigos

Critérios de Seleção	Critérios de Inclusão
Tipo de Participantes **P** (*Person*/problema) – Pessoa adulta	Pessoa adulta ou idosa em situação crítica (idade igual ou superior a 18 anos)
Fenómeno de interesse **I** (*Intervention*) – Intervenções terapêuticas de enfermagem que capacitam	Intervenções terapêuticas de enfermagem que capacitam a pessoa em situação crítica
Contexto **Co** (*Context*) – Situação crítica	Estar em situação crítica

A questão de investigação que emerge é: **Quais as intervenções terapêuticas de enfermagem que capacitam a pessoa em situação crítica?**

A pesquisa foi efetuada no universo temporal de 2010 a 31 de outubro de 2020 nas bases de dados *MEDLINE* e *CINAHL*. Foram ainda considerados outros estudos provenientes de literatura cinzenta, identificados no *Google Scholar*.

Foram utilizados os seguintes descritores, com as respetivas combinações: S1 – *Empowerment* OR *Patient Participation* AND S2 – *Critical care* OR *Critical care nursing* OR *Critical care Outcomes* OR *Critical Illness*.

A estratégia de pesquisa utilizada incluiu todas as tipologias de artigos. Foram pesquisadas referências nos idiomas português, inglês e espanhol.

Foram aplicados os seguintes critérios de exclusão: população pediátrica (ou seja, idade inferior a 18 anos); artigos que não se direcionam à capacitação da pessoa doente; artigos que não mencionem pelo menos um de três pontos – (1) intervenções de enfermagem que capacitam; (2) fatores facilitadores da capacitação, (3) fatores inibidores da capacitação.

No diagrama apresentado na Figura 1, está representado o processo de seleção dos artigos. Na pesquisa inicial foram obtidos 58 artigos (nas bases de dados *MEDLINE* e *CINAHL*) e 7 artigos na literatura cinzenta, perfazendo um total de 65 artigos. Foram excluídos 5 artigos repetidos. Foram excluídas 33 referências após analise dos títulos, tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão. Foram analisados os resumos de 28 artigos, e excluídos 10 artigos por se verificar que não se direcionavam ao objeto de estudo, nomeadamente a capacitação da PSC. Dos 18 textos completos que se pretendiam analisar, foram excluídos 10 artigos, sendo que a maioria foi por não haver acesso ao artigo integral, e outras referências por se verificar que, no texto em si, não abordavam intervenções de enfermagem que capacitam a PSC, nem fatores facilitadores ou inibidores da capacitação.

A apreciação dos artigos foi efetuada, de forma independente, pelo investigador principal. Os outros dois investigadores realizaram a revisão dos artigos e da respetiva análise.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.374-382

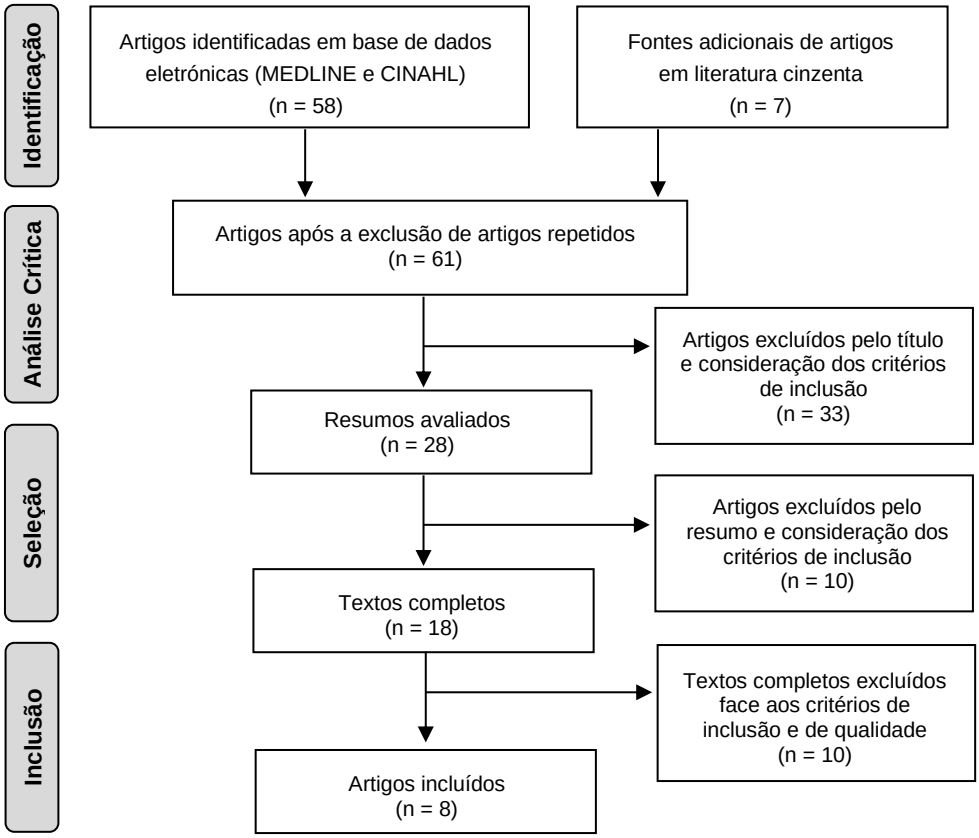


Fig. 1. Diagrama de Seleção dos Artigos (adaptado de *Prisma 2009 Flow Diagram*).

3. Resultados e Discussão

O resultado final de apenas 8 artigos, demonstra que esta questão é, ainda, pouco explorada. Verifica-se que uma parte significativa dos artigos excluídos, nas várias etapas do processo, abordam a capacitação num contexto que não o de situação critica.

Verifica-se ainda na análise que a maior parte destes artigos procura e dá resposta aos fatores que facilitam ou inibem a capacitação da pessoa em situação critica, mas não se debruçam especificamente sobre as intervenções de enfermagem que capacitam a PSC. Foram identificadas duas grandes categorias: (1) Fatores inibidores da capacitação da PSC e (2) Fatores facilitadores da capacitação da PSC. Tendo por base os dados produzidos pela RIL, organizados nas referidas categorias pretende-se elencar as intervenções de enfermagem que influenciam a capacitação da PSC.

Os 8 artigos selecionados para análise, enquadram-se num paradigma qualitativo, o que motivou a apresentação dos resultados e conclusões através do método de síntese narrativa.

3.1 Fatores Inibidores da Capacitação da PSC

A condição de estar em situação critica, quando percecionada pela pessoa doente, é geradora de enorme vulnerabilidade pela *dependência* experienciada. Emergem aspetos significativos que a PSC relaciona com a dependência, nomeadamente: a sensação de impotência, limitações físicas, a dependência da tecnologia (associada a estarem conectadas a ventilação mecânica invasiva) e incapacidade para o autocuidado (Lindberg et al., 2015; Lykkegaard & Delmar, 2015). As pessoas descrevem que a dependência dos profissionais de saúde foi de tal forma marcante, que a sensação de impotência perdurou mesmo após transferência para a enfermaria (Major et al., 2019).

(cc) BY-NC-ND
DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.374-382

Algumas pessoas relatam que a condição de situação critica em que se encontram cria, por si só, alguma passividade. Aceitam que sejam realizados todos os procedimentos necessários, uma vez que confiam nos conhecimentos dos profissionais de saúde e assumem que o seu potencial de intervenção é diminuto. Aceitam a perda do controlo e a dependência como forma de lidar com a sua nova condição de vulnerabilidade, por considerarem agradável e securizante que todas as suas necessidades sejam satisfeitas. (Lindberg et al., 2015; Lykkegaard & Delmar, 2015; Wåhlin et al., 2017)

Intimamente relacionado com a dependência, surge o segundo fator inibidor da capacitação da PSC: *a ausência de individualização nos cuidados*.

Algumas situações mais significativas estão relacionadas com a falta de privacidade. É descrito pelas pessoas doentes que se sentiam expostas durante os cuidados de higiene e conforto. A exposição do seu corpo e a forma como os profissionais se posicionam no cuidado ao seu corpo, revelam-se determinantes e significativas, pela positiva ou pela negativa. Outro aspeto determinante era o desinteresse dos profissionais de saúde, percecionado pela pessoa doente, relativamente a si. Este revela-se no modo como a consideravam, ou não, na interação. As situações em que os profissionais "falavam entre si", ignorando a presença da pessoa doente, eram vividas negativamente, desencadeando ansiedade e sofrimento para a PSC (Lindberg et al., 2015; Lykkegaard & Delmar, 2015; Wahlin, Samuelsson & Agren, 2017).

Na relação enfermeiro-PSC são conotadas como negativas as situações em que o enfermeiro tem um registo de interação que se caracteriza pela superficialidade, traduzido pelo reduzido contacto visual e ausência de empatia. (Lindberg et al., 2015; Lykkegaard & Delmar, 2015; Wahlin, Samuelsson & Agren, 2017). Este tipo de atitudes, para além de condicionarem a individualização dos cuidados, inviabilizam a interação e traduzem uma *comunicação ineficaz*.

Major et al. (2019) consideram que a falta de comunicação, ou comunicação ineficaz, com a PSC e família, em registo escrito para posterior continuidade dos cuidados, contribui para a perceção da PSC ser negligenciada. Exemplos disso são as cartas de alta/ transferência com informação incompleta ou insuficiente, que geram cuidados inadequados após a alta ou transferência da PSC.

Mesmo quando as informações prestadas são claras, verifica-se que estas não são suficientes, por si só, para a capacitação da PSC, uma vez que há alguns fatores a considerar. É necessário englobar a qualidade das informações e o contexto em que estas são fornecidas, para um aumento no grau de capacitação da PSC. Algumas pessoas doentes relatam que as informações transmitidas ao longo do seu internamento foram insuficientes, por não particularizarem o que tinha ocorrido e qual o motivo de internamento na UCI; o porquê de não conseguirem falar, comer ou beber, etc (Wahlin, Samuelsson & Agren, 2017; Wåhlin, 2017).

No que diz respeito à participação da família nas intervenções, esta engloba inúmeros benefícios para uma transição saúde-doença facilitada. Benner, Kyriakidis, & Stannard (2011) salientam que, para assegurar a compreensão de conteúdos pela família, importa deter um determinado grau de competência em comunicação, compreensão, paciência e escuta ativa. Ainda assim, verifica-se a incerteza sobre aspetos do âmbito organizacional, nomeadamente, as políticas existentes na UCI em relação à participação da família e até mesmo sobre a possibilidade de visita e em que moldes. Há uma perceção de que as famílias não são bem-vindas, nem são participantes, devido ao impedimento para a família estar presente em determinados momentos de intervenções à PSC (Hardin, 2012).

No atual contexto pandémico, verifica-se o abandono de estratégias já criadas e implementadas para o envolvimento da família da PSC, pois as famílias raramente estão presentes no hospital e quase nunca é permitida a presença junto da PSC. Estas condicionantes, levaram alguns familiares a manifestarem sensação de frustração, tristeza e pesar por não ser possível estarem presentes ao lado dos seus entes queridos (Devlin et al., 2020). Desta forma, assume-se a *restrição de visitas* (e/ou não participação da família) como um inibidor da capacitação da PSC.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.374-382

3.2 Fatores Facilitadores da Capacitação da PSC

O primeiro fator que facilita a capacitação da PSC é a *aceitação da condição de dependência e a gestão de expetativas*, sendo uma base fundamentada para o sucesso dos fatores subsequentes.

Importa ressalvar que, a PSC pode encontrar-se em diversos estados de autonomia relativos a múltiplos aspetos, os quais se podem sobrepor, havendo diversos graus de autonomia para diferentes aspetos. No processo de recuperação, pode haver recuperação de algumas capacidades, mas não de outras (Lindberg et al., 2015).

Segundo Devlin et al. (2020), numa fase em que a PSC se encontra profundamente sedada, e em que há restrições nas visitas de familiares e profissionais de áreas mais variadas de atuação (como sucede no contexto pandémico), é da responsabilidade dos profissionais de saúde que contactam com a PSC a operacionalização de metas diárias para a reabilitação e recuperação da mobilidade.

A PSC vivencia os aspetos tecnológicos como normais e como fonte de segurança, sendo inegociável a sua utilização num contexto de necessidade de cuidados médicos avançados. As pessoas doentes referem que, em determinada fase, é positivo o fator de dependência e rendem-se aos cuidados, não querendo interferir nos procedimentos que lhes podem salvar a vida, tendo confiança nos profissionais pela sua experiência e conhecimento (Lindberg et al., 2015).

A gestão de expectativas é valorizada pela PSC, como facilitadora para uma experiência de transição positiva. O ajuste à nova realidade, com conhecimento que a recuperação pode ser demorada, constitui um catalisador do início do processo de cura, estabelecendo metas realistas de reabilitação e preparando para a longa e difícil caminhada para a recuperação (Major et al., 2019).

O processo de capacitação não está unicamente relacionado com aspetos físicos. A PSC deve ter um papel ativo na sua recuperação, construindo força emocional, *confiança e motivação*, através da interação e experiências que permitem o aumento da energia interna. Um *feedback* positivo, para a PSC, transmite uma sensação de segurança em si mesma e de controlo da situação, sendo fortalecedor da sua autoestima e, consequentemente, motivação para o seu processo de recuperação (Lindberg et al.,2015; Wahlin, 2017).

Lindberg et al. (2015) defendem que a PSC deve ser envolvida no processo de capacitação e transição saúde-doença o mais precocemente possível. É importante para a PSC sentir-se incentivada para participar na relação e interação, mesmo quando não é capaz de o realizar autonomamente.

A *parceria nos cuidados* abrange a PSC, a sua família e o enfermeiro e é considerada como um dos fatores mais positivos e facilitadores da capacitação. O processo de capacitação requer compromisso combinado com relacionamentos nutritivos e interativos construídos na confiança e respeito mútuos. Os benefícios de melhorar a capacitação da PSC são extensos e são usufruídos não só pela PSC, mas por todos os elementos da tríade. Verifica-se uma diminuição do nível de angústia e tensão, maior coerência e controlo sobre a situação, desenvolvimento e crescimento pessoal (e/ou profissional), maior conforto, otimismo, satisfação interior e aumento da força emocional (Hardin, 2012; Wahlin, 2017).

A PSC sente-se mais capacitada quando é ouvida e envolvida ativamente no processo de tomada de decisão, considerando as suas preferências (como por exemplo quando é questionado se a PSC gostaria que lhe fosse retirado um dispositivo clínico). Desta forma, toda a experiência é facilitada e encorajada, contribuindo para o desenvolvimento da autodeterminação da PSC (Major et al., 2019; Wahlin, 2017).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.374-382

No que concerne ao comportamento dos profissionais de saúde, quando quem cuida demonstra humanidade e vontade de se conectar à pessoa doente, criando empatia, confortando e encorajando, é experienciada pela PSC uma sensação de segurança e pertença à comunidade (Lykkergaard & Delmar, 2015; Wahlin, Samuelsson & Agren, 2017).

A parceria nos cuidados é vivenciada em diferentes estados de dependência e independência e é orientada para o regresso da pessoa a uma condição de saúde, sendo a relação de empoderamento fonte de autenticidade, comunicação sensível e escuta ativa Lindberg et al., 2015; Wahlin, 2017).

A PSC considera que a família é fonte de inspiração e motivação para lutar e fortalecer o seu espírito de vida. Estes relacionamentos fortalecedores ajudam a PSC, família e enfermeiro a mobilizar recursos para lidar com os desafios existentes, por se sentirem acompanhados no seu percurso difícil. Falando concretamente no processo de capacitação, Meleis (2018) afirma que este é realizado através do processo de cuidados de enfermagem, no qual os enfermeiros descobrem as forças em saúde da pessoa doente e família e mobilizam as mesmas para apoiar os recursos já existentes, para que estas assumam a liderança ou presença ativa na sequencia de procedimentos.

Wahlin (2017) verifica que o conhecimento e o acesso a informações são ferramentas de poder e devem ser adaptadas às necessidades da PSC e família. Hardin (2012) afirma que estas ferramentas são úteis também para o enfermeiro, que poderá promover um cuidado individualizado se conhecer as necessidades especificas da pessoa doente, facilitando a *gestão de sintomas*.

Lykkergaard & Delmar (2015) demonstram que a PSC valoriza quando as suas necessidades são atendidas, sem ter que pedir ajuda. A família, numa parceria de cuidados, é capaz de interpretar necessidades especificas e individualizadas da PSC. Esta capacidade é extremamente útil para o enfermeiro, que poderá decifrar o que alguns sinais significam para cada pessoa, para agir em conformidade (Hardin. 2012). Esta constatação é corroborada por Lusquiños, Mendes e Bento (2019, p. 1692), que numa revisão integrativa da literatura sobre o cuidado centrado na família, concluem que a família é um "recurso essencial e facilitador no cuidado ao doente" e que esta abordagem filosófica do cuidar deve ser coerente "por parte de toda a equipa multidisciplinar".

Em contexto de pandemia, apesar da restrição de visitas, surgiram algumas soluções para colmatar esta dificuldade. Quando a PSC já se encontra sem sedação (ou com sedação mais reduzida, estando desperta o suficiente), pode ser realizada comunicação com recurso às tecnologias e plataformas/ redes sociais. A família deve ainda ser incentivada a fornecer fotos de família, relatar momentos vividos que possam ser reproduzidos à PSC ou partilhar músicas do seu agrado (Devlin et al., 2020).

A própria família também deve ser capacitada desde cedo sobre o que pode esperar no futuro. Deve ser realizado um planeamento da alta em colaboração com a PSC e família, o qual permitirá que a família tome as providencias adequadas e desenvolva habilidades que a capacitem para a participação nos cuidados (Major et al., 2019; Wahlin, 2017).

Na Figura 2, é apresentado um esquema ilustrativo da interação entre PSC, família e Enfermeiro no processo de capacitação (tendo como influencia fatores facilitadores e inibidores), promovendo uma transição saúde-doença saudável.

Apesar da capacitação da PSC ter algumas condicionantes, por esta se encontrar num estado de maior fragilidade e, em algumas fases, não totalmente consciente, a autodeterminação é um dos atributos mais importantes neste processo (Wahlin, 2017). Este atributo é de extrema importância quando proveniente da PSC, mas também da familia e do enfermeiro, uma vez que esta tríade se deve unir em parceria ao longo de todo o processo de transição.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.374-382



Fig. 2. Interação PSC, Familia e Enfermeiro no processo de Capacitação.

4. Conclusões

A capacitação da PSC é um processo que caminha lado-a-lado com a transição saúde-doença e tem alguns fatores facilitadores e inibidores. Como principais fatores inibidores surgiram: a dependência, a ausência de individualização nos cuidados, a comunicação ineficaz e a restrição de visitas. Como fatores facilitadores encontramos: aceitar a dependência e gerir expetativas; confiança e motivação; gestão de sintomas e parceria nos cuidados.

Nesta Revisão Integrativa da Literatura, em que emergiram predominantemente artigos de natureza qualitativa, foi possível concluir que a PSC, a família e o enfermeiro se devem unir em parceria para uma transição mais facilitada. A interação com os profissionais de saúde influencia a tomada de decisão do paciente e família e a construção de um processo de transição saudável.

Como Intervenções de Enfermagem que capacitam a PSC elencam-se: ajudar a pessoa a aceitar a dependência no autocuidado e a gerir expectativas; potenciar a confiança e motivação pela individualização dos cuidados e a gestão de sintomas; promover uma comunicação eficaz com pessoa doente e família, ao longo do processo de transição; subsidiar a gestão dos recursos disponíveis (pessoais, sociais e comunitários), que possibilitam o regresso ao quotidiano; assumir a família como parceira nos cuidados.

Conclui-se que as intervenções terapêuticas de enfermagem que capacitam a PSC, se enquadram num cuidado centrado no cliente, PSC e família.

A metodologia qualitativa possibilita, pelas narrativas conseguidas em entrevistas, o acesso à experiência vivida da pessoa doente, em que a transição saúde-doença é reveladora de enorme vulnerabilidade. Ao investigador, na produção e disseminação de resultados da pesquisa qualitativa, solicita-se a preocupação constante de traduzir o modo como a intervenção terapêutica de enfermagem pode fazer a diferença, assumindo-se como facilitadora no processo de transição saúde-doença.

(cc) BY-NC-ND
DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.374-382

5. Referências

Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach* (2ª Edição, Vol. 3). Estados Unidos da América: Springer publishing company

Devlin, J. W., O'Neal, H. R., Thomas, C., Barnes Daly, M. A., Stollings, J. L., Janz, D. R., Ely, E. W., & Lin, J. C. (2020). Strategies to Optimize ICU Liberation (A to F) Bundle Performance in Critically Ill Adults With Coronavirus Disease 2019. *Critical Care Explorations*, *2*(6), e0139. https://doi.org/10.1097/cce.0000000000000139

Funnell, M. M. (2016). Patient empowerment: What does it really mean? *Patient Education and Counseling*, *99*(12), 1921–1922. https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.10.010

Hardin, S. R. (2012). Engaging families to participate in care of older critical care patients. *Critical Care Nurse*, *32*(3), 35–40. https://doi.org/10.4037/ccn2012407

Jones, S., Gill, P., & Kenkre, J. (2020). Nurse managed patient focused assessment and care: A grounded theory of qualified nurses in acute and critical care settings assessing the mental capacity of adult patients. *Journal of Clinical Nursing*, *29*(7–8), 1254–1266. https://doi.org/10.1111/jocn.15188

Lindberg, C., Sivberg, B., Willman, A., & Fagerström, C. (2015). A trajectory towards partnership in care - Patient experiences of autonomy in intensive care: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, *31*(5), 294–302. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.04.003

Lusquiños, A., Mendes, A., & Bento, M. (2019). O cuidado-centrado na Família da Pessoa em Situação Crítica na Unidade de Cuidados intensivos: Revisão integrativa da literatura. *O Congresso Ibero-Americano Em Investigação Qualitativa (CIAIQ)*, *2*, 1685–1694. https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2400/2298

Lykkegaard, K., & Delmar, C. (2015). Between violation and competent care - Lived experiences of dependency on care in the ICU. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, *10*, 1–10. https://doi.org/10.3402/qhw.v10.26603

Major, M. E., Van Nes, F., Ramaekers, S., Engelbert, R. H. H., & Van Der Schaaf, M. (2019). Survivors of Critical Illness and Their Relatives A Qualitative Study on Hospital Discharge Experience. *Annals of the American Thoracic Society*, *16*(11), 1405–1413. https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201902-156OC

Mamashli, L., Mohaddes Ardebili, F., Najafi Ghezeljeh, T., Manafi, F., & Bozorgnejad, M. (2019). Investigating the Psychosocial Empowerment Interventions through Multimedia Education in Burn Patients. *World Journal of Plastic Surgery*, *8*(3), 372–381. https://doi.org/10.29252/wjps.8.3.372

Meleis, A. I. (2010). *Transition's theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.

Meleis, A. I. (2018). *Theoretical nursing: development and progress* (6th ed.). Wolters Kluwer.

Mendes, A. (2018). A interação enfermeiro-família na experiência vivida de doença critica: o cuidado centrado na família. *Investigação Qualitativa Em Saúde*, *2*, 203–212.

Wåhlin, I. (2017). Empowerment in critical care – a concept analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *31*(1), 164–174. https://doi.org/10.1111/scs.12331

Wåhlin, I., Samuelsson, P., & Ågren, S. (2017). What do patients rate as most important when cared for in the ICU and how often is this met? – An empowerment questionnaire survey. *Journal of Critical Care*, *40*, 83–90. https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2017.03.004

Willis, D. G., Grace, P. J., and Roy, C. (2008). A central unifying focus for the discipline: Facilitating humanization, meaning, choice, quality of life, and healing in living and dying. *Advances in Nursing Science*, 31(1), E28-E40.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.374-382

Análisis de contenido utilizando webQDA en el estudio de la comunicación de riesgos durante el COVID-19: El caso de Nueva Zelanda

Henny Luz Heredia Martínez[1], e Elizabeth Artmann[1]

[1] Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca Fundação Oswaldo Cruz, Brasil | hennyluzhm@hotmail.com; bethartmann@gmail.com | https://orcid.org/0000-0002-4609-048; https://orcid.org/0000-0002-8690-5964

Resumen: Introducción: La Salud Global afronta uno de los mayores retos de la historia para controlar la propagación del COVID-19, cuya principal característica es la velocidad de contagio. Paralelamente, la pandemia y la respuesta han ido acompañadas de una enorme infodemia: el exceso de información (precisa o no). La comunicación de riesgos es un componente fundamental de cualquier respuesta de emergencia. **Objetivo:** Analizar los componentes de la comunicación de riesgos que sustentaron la experiencia desarrollada en Nueva Zelanda para la respuesta al COVID-19. **Metodología:** Investigación cualitativa, que busca entender cuáles y cómo fueron utilizados los componentes de la comunicación de riesgos en su contexto histórico-social, y por medio de sus registros, se procuró develar su efecto en el control del COVID-19 en Nueva Zelanda. El corpus de análisis fue constituido por 7 videos de acceso libre y 19 publicaciones del sitio web oficial del gobierno de Nueva Zelanda con declaraciones realizadas por la Primera Ministra Jacinda Ardern, durante el período de marzo/diciembre 2020. Todo el corpus documental fue sujeto al análisis de contenido utilizando *webQDA*. **Resultados:** Todos los componentes de la comunicación de riesgos sugeridos por la OMS fueron considerados en la experiencia de Nueva Zelanda, con un fuerte enfoque de participación de la comunidad/diversos actores y promoción de la solidaridad como valor central de la sociedad neozelandesa, a través del uso de mensajes claros y consistentes. La estrategia de comunicación dio relevancia a las decisiones basadas en la mejor evidencia científica, con una marcada promoción de las intervenciones no farmacológicas. **Conclusiones.** La investigación cualitativa y los CAQDAS como el webQDA son herramientas fundamentales para el estudio de temas relevantes como la comunicación de riesgos, con énfasis en el discurso político y sus implicaciones en el desarrollo de estrategias para controlar el COVID-19 y la infodemia.

Palabras clave: Covid-19; Comunicación de Riesgos; Infodemia; Análisis de Contenido; Nueva Zelanda; webQDA.

Content Analysis Using Webqda in the Study of Risk Communication During COVID-19: The Case of New Zealand

Abstract: Introduction: Global Health is facing one of the greatest challenges in history to control the spread of COVID-19, whose main characteristic is the speed of contagion. At the same time, the pandemic and the response have been accompanied by an enormous infodemia: the excess of information (accurate or not). Risk communication (CR) is a critical component of any emergency response. Objective: to analyze the components of the CR that supported the experience developed in New Zealand for the response to COVID-19. **Methodology:** Qualitative research, which seeks to understand which and how the components of risk communication were used in their historical-social context, and through their records, we sought to reveal its effect on COVID-19 control in New Zealand. The corpus of analysis was constituted by 7 open-access videos and 19 publications from the official website of the New Zealand government with statements made by Prime Minister Jacinda Ardern, during the period March/December 2020. The entire documentary corpus was subjected to content analysis using *webQDA*. **Results:** All components of risk communication suggested by WHO were considered in the New Zealand experience, with a strong focus on community/diverse actors' involvement and promotion of solidarity as a core value of New Zealand society, through the use of clear and consistent messaging. The communication strategy gave relevance to decisions based on the best scientific evidence, with a marked promotion of non-pharmacological interventions. **Conclusions:** Qualitative research and *CAQDAS* such as *webQDA* are fundamental tools for the study of relevant topics such as risk communication, with emphasis on political speech and its implications in the development of strategies to control COVID-19 and the infodemic.

Keywords: Covid-19; Risk Communication; Infodemia; Content Analysis; New Zealand; webQDA.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.383-391

1. Introducción

La Salud Global afronta uno de los mayores retos de la historia para controlar la propagación del coronavirus (SARS-Cov-2- COVID-19), cuya principal característica es la velocidad de contagio. La pandemia del COVID-19 declarada en marzo de 2020 por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020a), llegó acompañada de una 'infodemia' masiva (World Health Organization, 2020c) definida como una sobreabundancia de información (precisa o no) que dificulta que las personas encuentren fuentes confiables para tomar decisiones informadas (World Health Organization, 2020c). Este fenómeno tiene un mayor impacto en la era de las redes sociales porque el volumen de informaciones se multiplica exponencialmente (Zarocostas, 2020), llegando en segundos a gran parte de la población mundial (World Health Organization, 2020b) y con limitados controles para la difusión de información/desinformación.

La OMS estableció la Red de Información sobre Epidemias (EPI-WIN) (Zarocostas, 2020), un área estratégica que busca la "simplificación del conocimiento" a través de mensajes útiles, prácticos y comprensibles, que consideren las necesidades de las poblaciones vulnerables y que contribuyan al cambio del comportamiento masivo, aspecto central en la respuesta al COVID-19 (World Health Organization, 2020b, 2020a).

Dentro de las medidas de mitigación del COVID-19 utilizadas en los países destacan:

- Intervenciones no farmacológicas (Anderson et al., 2020; Garcia & Duarte, 2020; Han et al., 2020): correcto lavado de manos; uso de mascarilla; distanciamiento social (incluyendo aislamiento de los casos, cuarentena a los contactos y práctica voluntaria de no frecuentar lugares para evitar aglomeraciones); limpieza de los espacios y superficies de forma rutinaria; restricción del funcionamiento de escuelas, universidades, establecimientos comerciales que prestan servicios no esenciales, eventos y transporte público.
- Políticas sociales para enfrentar la pandemia con reducción de daños (Han et al., 2020): estas incluyen estrategias de solidaridad social diferenciadas para generar condiciones que permitan a las poblaciones más vulnerables poder cumplir con el distanciamiento social.
- Preparación de los servicios de salud y la regulación de los recursos críticos (Anderson et al., 2020; Han et al., 2020): con la finalidad de aumentar el acceso a pruebas, rastreo y control de los casos a través de la Atención Primaria de Salud; garantizar la atención de los pacientes COVID-19 en instalaciones adecuadas; preparar y proteger a los profesionales de la salud; garantizar la continuidad del cuidado de los pacientes con otras patologías; entre otros.
- Comunicación transparente (Anderson et al., 2020; Garcia & Duarte, 2020; Han et al., 2020; World Health Organization, 2020a): aspecto fundamental para que la población/sociedad civil conozca los riesgos y las decisiones que se están tomando en tiempo real, según las mejores evidencias disponibles. Esto promueve la confianza de la población y su participación activa en la protección.

Este conjunto de medidas ha implicado altos costos políticos y económicos como sacrificios personales (Calheta et al., 2020). Su materialización e impacto varían de un país a otro y la estrategia de comunicación utilizada ha sido central para garantizar la adhesión informada de la población, así como la efectividad de las medidas (Anderson et al., 2020; Han et al., 2020).

Para la OMS (2020b), la comunicación para la salud es una de las herramientas esenciales durante las emergencias en salud pública. Específicamente, la comunicación de riesgos tiene como objetivo mitigar, aliviar y gestionar los riesgos potenciales (Betsch, 2020). Es un componente fundamental de cualquier respuesta de emergencia, porque las intervenciones más importantes y efectivas son las que permiten comunicar de manera proactiva lo que se sabe y se desconoce, así como lo que se está haciendo para obtener más información, con el fin último de salvar vidas y minimizar las consecuencias adversas (World Health Organization, 2020d).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.383-391

En la comunicación de riesgos las opiniones de científicos y expertos técnicos son cruciales, aunque se basa esencialmente en el conocimiento actual y en mensajes rutinarios, estructurados, controlados y sistemáticos (Betsch, 2020; Heymann & Shindo, 2020).

Una comunicación de riesgos efectiva debe incluir los siguientes componentes (Organización Mundial de la Salud, 2005; World Health Organization, 2017, 2020d, 2020a): confianza y credibilidad; anuncios tempranos; transparencia; involucramiento de la comunidad y planificación con tiempo. A pesar de que la comunicación de riesgos abarca todos los componentes básicos de la comunicación para la salud, se diferencia en la necesidad de velocidad y la dependencia de la confianza (World Health Organization, 2020d). El intercambio de información y opiniones entre expertos, líderes comunitarios o funcionarios y las personas en riesgo se da en tiempo real (World Health Organization, 2017). En los momentos de crisis, se exige de los líderes respuestas rápidas, confiables y transparentes (World Health Organization, 2017, 2020d).

En la respuesta al COVID-19 es fundamental la implementación de estrategias efectivas de comunicación de riesgos y participación comunitaria (CRPC) que contribuyan a que las personas en mayor riesgo puedan comprender y adoptar comportamientos de protección (World Health Organization, 2020d, 2020a). Así como, mejorar la comprensión de las amenazas (reales o potenciales) a la salud por parte de la población; tomar decisiones informadas para mitigar los riesgos; y mejorar la confianza en la medida en que las autoridades y los expertos escuchen y den respuesta a las necesidades de las personas (Organización Mundial de la Salud, 2020b; Porat et al., 2020; World Health Organization, 2020d).

Nueva Zelanda es uno de los países elogiados por la OMS como “ejemplo global” en la pandemia (World Health Organization, 2020e), porque ha logrado mantener bajo control el COVID-19. La prensa internacional también ha destacado la labor de la Primera Ministra Jacinda Ardern en la respuesta al COVID-19 (El País, 2020; elDiario.es, 2020; The New York Times, 2020). Este artículo tiene por objetivo analizar los componentes de la comunicación de riesgos que sustentaron la experiencia desarrollada en Nueva Zelanda para la respuesta al COVID-19, durante el período de marzo a diciembre de 2020. Por tratarse de una investigación más amplia que está en desarrollo, se presentarán los resultados parciales.

2. Metodología

Se trata de una investigación cualitativa que buscó comprender la producción de fenómenos simbólicos, su papel social, efectos y significados sobre los componentes de la comunicación de riesgos que sustentaron la experiencia desarrollada en Nueva Zelanda. En este enfoque aparecen en el análisis los actores, los valores de los investigadores, la subjetividad, los hechos y sus significados, sin desconsiderar el conflicto (Minayo, 2004). De acuerdo a esta perspectiva, se realizó un estudio interpretativo para entender cuáles y cómo fueron utilizados los componentes de la comunicación de riesgos en su contexto histórico-social, y por medio de sus registros, se procuró develar su efecto en el control del COVID-19 en Nueva Zelanda.

El *corpus* de análisis fue constituido por 7 videos de acceso libre y 19 publicaciones del sitio web oficial del gobierno de Nueva Zelanda[1] con declaraciones realizadas por la Primera Ministra Jacinda Ardern, durante el período de marzo a diciembre de 2020. Una vez realizada la trascripción de los videos, este contenido y el de las publicaciones fue traducido al español.

[1] Sitio web oficial del gobierno de Nueva Zelanda; Web: https://www.beehive.govt.nz/. Cada publicación cita los trechos textuales de lo que fue dicho por la Primera Ministra Jacinda Ardern.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.383-391

Todo el *corpus* documental fue sujeto al análisis de contenido utilizando *webQDA*[2] (Costa & Amado, 2018), software de análisis de datos cualitativos asistido por computadora (siglas en inglés *CAQDAS*).

Bardin (1996) define el análisis de contenido como un conjunto de técnicas para la interpretación de las comunicaciones presentes en situaciones cotidianas. Este análisis considera la presencia o ausencia de características de contenido, en un fragmento del mensaje. Las inferencias del contenido de un texto son replicables a su contexto social, esto es posible por la realización de un trabajo práctico, objetivo y sistemático (Bardin, 1996), a través del cual los investigadores pueden explorar y comprender el tema estudiado. El análisis de contenido es parte integrante de la investigación en comunicación (Krippendorff, 1989) y a través de sus técnicas busca describir el contenido emitido (hablado/textos) en el proceso de comunicación (Bardin, 1996; Minayo, 2004).

Operacionalmente se utilizaron las etapas del análisis temático de contenido propuestas por Bardin (1996) y Minayo (2004): pre-análisis; exploración del material, con el análisis del texto a partir de la categorización; y tratamiento e interpretación de los resultados. Las dos investigadoras por separado realizaron una lectura fluctuante, repetida y profunda del *corpus* documental constituido por 26 archivos, organizados e identificados por orden cronológico y asunto tratado, gravados en archivos separados.

Se utilizó un enfoque de análisis marco, creando temas predefinidos para la estructura de codificación. El marco de codificación se guió por construcciones teóricas de la literatura y revisiones previas sobre los componentes de la comunicación de riesgos y sus beneficios en la respuesta al COVID-19 (Bórquez et al., 2020; Organización Mundial de la Salud, 2005; Porat et al., 2020; World Health Organization, 2020d, 2020a). Tras las primeras lecturas exploratorias, cada una de las investigadoras realizó por separado la codificación inicial con base en las categorías establecidas por la OMS (2005; World Health Organization, 2020c, 2020a) y en las directrices propuestas por Porat et al. (2020). Los códigos se integraron de forma gradual en las categorías mediante la comparación entre transcripciones. Los temas y categorías emergentes fueron incluidos mediante discusión consensuada por las dos investigadoras. Así, el proceso de categorización terminó siendo mixto (Coutinho, 2013).

Luego, se desarrolló el análisis temático que consiste en buscar los núcleos de significado en los textos, para explorar temas y categorías emergentes relacionadas con los objetivos del estudio que se infirieron de los datos. La categorización o clasificación se realizó seleccionando los extractos más relevantes de los textos, a partir de la diferenciación de los elementos constitutivos de ese conjunto, y después se reagruparon por analogía, se describieron los resultados y se buscaron inferencias e interpretaciones (Bardin, 1996; Minayo, 2004). Las diferencias encontradas en el proceso de categorización fueron discutidas y consensuadas por las investigadoras. Finalmente, se resumió la codificación y se establecieron conexiones entre temas relacionados. Para asegurar la confiabilidad, se propició una discusión continua y reflexiva sobre los resultados con el equipo de investigación.

Los temas y categorías de análisis identificadas en el *corpus* documental fueron incluidos en el *software webQDA,* utilizando la funcionalidad “códigos árbol”, así como los indicadores producto del análisis de contenido. También se generó la nube de palabras.

[2] webQDA – Software de Análise Qualitativa de Dados; Web: https://www.webqda.net/

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.383-391

3. Resultados y Discusión

Todos los componentes de la comunicación de riesgos sugeridos por la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2005) fueron considerados en la experiencia de Nueva Zelanda (Tabla 1), con un fuerte enfoque de participación de la comunidad/diversos actores y la promoción de la solidaridad como valor central de la sociedad neozelandesa, en mensajes claros y consistentes (Porat et al., 2020) (Tabla 1). En la nube de palabras (Fig. 1), el centro es “todos”.

El segundo tema (Tabla 1) obtuvo el mayor número de referencias y fuentes. Gobernanza y liderazgo fue la categoría más referenciada. El gobierno promovió varias acciones para atender a las poblaciones vulnerables (Tabla 1), aspecto este fundamental para que las personas con más carencias pudieran efectivamente cumplir con las mediadas de distanciamiento social (Han et al., 2020).

La estrategia de comunicación dio relevancia a las decisiones basadas en la mejor evidencia científica, con una marcada promoción de las intervenciones no farmacológicas (Anderson et al., 2020; Garcia & Duarte, 2020; Han et al., 2020), así como al uso integrado de las redes sociales para mantener informada a la población, como para atender demandas específicas (p.e. salud mental) (Bórquez et al., 2020).

Las limitaciones, incertidumbres y errores se comunicaban de forma transparente con amplia participación de los medios de comunicación (Anderson et al., 2020; Garcia & Duarte, 2020; Han et al., 2020; World Health Organization, 2020a). Uno de los momentos más críticos fue la renuncia del Ministro de Salud, debido a que faltó a las reglas de distanciamiento social, sin embargo, la decisión fue de que continuara con algunas condiciones, porque la prioridad era “salvar vidas” (Tabla 1). El sistema de salud y su sistema de información fueron priorizados para poder garantizar el acceso a las pruebas, como la atención de los casos sospechosos y los enfermos (Anderson et al., 2020; Han et al., 2020). De esta forma Nueva Zelanda logró disminuir en 2020 la circulación del virus sin vacunas.

Tabla 1. Temas y categorías de análisis según frecuencia de referencias y fuentes.

Tema	Categoría de análisis	Referencias	Fuentes
1. Formando confianza y compromiso con poblaciones afectadas		**16**	**11**
	Confianza y credibilidad		
	Referencia 2 4,04 % Para eliminar COVID-19 seguirá siendo necesario un esfuerzo de cinco millones de personas. Bajo bloqueo, hemos demostrado nuestra capacidad para instalar un muro virtual que ha roto la cadena de transmisión. Nuestra nueva línea de defensa cuando llegamos al Nivel 3 es el sentido común, seguir las reglas y confiar unos en otros	25	11
	Transparencia		
	Referência 3 0,30% En pocas palabras, decidí que no podemos permitirnos una interrupción masiva en el sector de la salud o en nuestra respuesta, porque David Clark continúa poseyendo lo que requerimos como nuestro ministro de salud para enfrentar COVID-19. Por esa razón y solo por esa razón, el Dr. Clark mantendrá su papel, pero rompió las reglas y debe pagar un precio.	47	17
	Comunicando/reconociendo la incertidumbre y limitaciones		
	Referencia 1 4,24 % Entiendo que todos los neozelandeses estarán preocupados por lo que ha sucedido esta semana y querrán saber lo antes posible que nuestros procesos y procedimientos son adecuados. Me comprometo a asegurarme de que entendemos lo que ha sucedido y solucionamos cualquier deficiencia.		
	Referencia 1 3,38 % El mundo permanecerá en las garras de una pandemia global durante algún tiempo y volveremos a ver casos aquí, para los que debemos estar preparados	25	13
	Participación de la comunidad (compromiso)		
	Referencia 2 5,26 % “Les pido a todos que apoyen a nuestros neozelandeses mayores haciendo cosas como mantenerse en contacto con ellos y dejar comida u otros suministros.“También pido a las empresas y los lugares de trabajo que desempeñen su papel. Muchos lugares de trabajo ya tienen planes para que el personal trabaje desde casa o se distancie en el lugar de trabajo. Ahora les pedimos que pongan en práctica esos planes.	42	14

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.383-391

Tema	Categoría de análisis	Referencias	Fuentes
	Crear solidaridad (todos estamos juntos en esto)	41	16
	Referencia 4 0,71 % El Gobierno hará todo lo posible para protegerlos. Ahora les pido que hagan todo lo posible para protegernos a todos. Ninguno de nosotros puede hacer esto solo. Referencia 5 0,25 % Estamos juntos en esto y debemos unirnos contra COVID-19. Referencia 6 0,16 % Espero que estén todos conmigo en eso Referencia 7 0,36 % Saldremos de esto juntos, pero solo si nos mantenemos unidos. Sé fuerte y amable Referencia 8 0,22 % Juntos, debemos evitar que eso suceda, y podemos.		
	Estilo democrático y participativo	18	13
	Referência 1 6,17% No esperamos utilizar todo el alcance de estas medidas pero, como con todo lo que hemos hecho en respuesta al COVID-19, planificamos, nos preparamos, tenemos todo lo que necesitamos para pasar."Por ahora, pido que los neozelandeses hagan su parte. Quédese en casa, rompa la cadena, salve vidas "		
	Ofrecer opciones dentro de las limitaciones	15	8
	Referência 1 3,36% Parte de estar bien es cuidar nuestra salud mental, así que me complace particularmente que Govt.NZ aliente a las personas a compartir historias usando #BeKindNZ.		
	Especial atención a los grupos vulnerables	21	9
	Referencia 2 13,59 % Coincide con muchas acciones tomadas por todos nosotros - Gobierno, sector privado, ciudadanos, para abordar los desafíos económicos y de salud de Covid-19, incluyendo:El paquete económico de más de $ 23 mil millones, incluido el subsidio salarial que ha pagado más de $ 9 mil millones a 1,5 millones de neozelandeses.Vecinos cuidándose unos a otrosEl alquiler se congela y los propietarios apoyan a los inquilinosImpulsar el pago y los beneficios de la energía de inviernoLos neozelandeses se quedan en casa para salvar vidasEl ejército estudiantil entregando comestibles a mayores de 65 añosLos funcionarios del Ministerio de Salud encargados de la cuarentena obligatoria, por lo que he recibido un mensaje sobre su profesionalidad y excepcional labor		
2. Integrando riesgo de emergencia, comunicación en salud y emergencia sistemas de respuesta		**22**	**14**
	Gobernanza y liderazgo	85	20
	Referencia 14 1,96 % El Gobierno hará todo lo posible para protegerlos. Ahora les pido que hagan todo lo posible para protegernos a todos. Ninguno de nosotros puede hacer esto solo.Sus acciones serán fundamentales para nuestra capacidad colectiva de detener la propagación de COVID-19.No desempeñar su papel en los próximos días pondrá en riesgo la vida de otras personas. No habrá tolerancia para eso y no dudaremos en usar poderes de ejecución si es necesario. Referencia 4 0,27 % Ha cometido un gran error. Lo que hizo estuvo mal y no hay excusas para ello, pero necesito tomar decisiones ahora en el mejor interés de Nueva Zelanda. En mi opinión, interrumpir nuestros planes actuales para hacer frente a esta pandemia mundial destituyendo al ministro de salud no era lo mejor para Nueva Zelanda.		
	Sistemas de información y coordinación	6	3
	Referência 2 0,30% Será compatible con aplicaciones móviles que también conectan a las personas con los servicios de telesalud, que obviamente es algo que usamos ahora, 1737. Estamos monitoreando la cantidad de personas que hacen referencia a COVID-19 cuando llaman a ese número. Y podemos ver que hubo períodos de picos, y luego ha vuelto un poco en los últimos tiempos.		
	Creación de capacidad	13	8
	Referência 1 1,84% Queremos que todos los neozelandeses disfruten de una mejor salud y bienestar. Mejorar nuestros hospitales y otra infraestructura de salud es una parte importante de esto Referência 2 1,87% Estamos comprometidos a abordar este desafío a largo plazo: el gobierno ha invertido una cantidad récord de $ 3.5 mil millones para mejorar nuestras instalaciones de salud.		
	Decisiones basadas en la mejor evidencia científica	30	10
	Referencia 1 3,16 % Las medidas sólidas de salud pública, como el distanciamiento físico, la buena higiene y el rastreo de contactos serán esenciales para que el Nivel 2 funcione Referencia 1 1,75 % "Basado en consejos médicos expertos y evidencia internacional, estoy moviendo a Nueva Zelanda al Nivel de Alerta 2, Reducir Contacto.		
3. Riesgo de emergencia, comunicación práctica		**8**	**6**
	Planificación estratégica de la comunicación	9	7
	Referência 1 0,77% El anuncio de hoy es el primer tramo de nuestra respuesta		

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.383-391

Tema	Categoría de análisis	Referencias	Fuentes
	Las redes sociales como espacio para involucrar al público y facilitar la comunicación Referencia 1 0,27 % Por lo tanto, un gran uso de nuestras redes sociales y plataformas en línea para acceder a los neozelandeses y compartir un mensaje contundente sobre el cuidado del público, su salud mental. Por lo tanto, habrá consejos que dirijan a las personas a lugares donde puedan buscar información sobre cómo cuidarse a sí mismos. Referencia 2 0,04 % Todo está disponible en el sitio web de COVID 19.	6	4
	Estrategia integrada de comunicación para lograr la convergencia de información verificada y precisa Referencia 1 8,41 % Se ha lanzado un canal de WhatsApp del gobierno para ayudar a que la información sea más accesible y compartible en la lucha contra COVID-19.Govt.NZ, que es de uso gratuito en cualquier dispositivo móvil, ofrecerá información y noticias para el público, las empresas, los proveedores de atención médica, organizaciones sin fines de lucro y el gobierno local. Se puede encontrar en covid19.govt.nz/whatsapp. Referencia 2 3,83 % "Sabemos que la gente está deseando tener acceso a información precisa y oportuna y esta es otra forma en que podemos proporcionar eso aprovechando la tecnología como parte de la lucha"	8	5
	Simplificación del conocimiento Referência 4 1,52% En resumen: ahora todos nos estamos preparando para entrar en autoaislamiento como nación. Tal como lo has visto con otros países.Quedarse en casa es fundamental. Es una forma simple pero altamente efectiva de restringir el virus: le niega lugares adonde ir y ayudará a que nuestro sistema de atención médica tenga una oportunidad de combatir.	16	7
	Mensajes claros, consistentes y repetitivos con una justificación significativa para el cambio Referencia 6 0,39 % Cada vez que salga, cuando regrese, lávese las manos. No puedo decir eso con la suficiente frecuencia. Y digo eso, si vas al supermercado. Sí, los supermercados han implementado protocolos bastante rigurosos que están usando, tratando de esterilizar las manijas de los carros, tratando de asegurarse de que brinden a las personas la capacidad de mantenerse lo más estériles posible mientras están allí. Pero, si sale, cuando vuelva a casa, lávese las manos.	58	13
	Mensajes promueven acciones específicas que las personas pueden tomar de manera realista Referência 14 2,13% Entonces estamos siendo prácticos. Puede salir de su casa para tomar aire fresco, caminar, hacer ejercicio. Para llevar a tus hijos afuera. Pero recuerde el principio simple. Debe ser solitario. Le pedimos que solo pase tiempo con aquellos con quienes se encuentra en aislamiento. Y si está afuera, manténgase alejado de los demás. Eso significa 2 metros en todo momento. Esto es lo más importante que podemos hacer en este momento para detener una mayor transmisión comunitaria.	38	11
	Estrategias de comunicación contextualizadas para diferentes poblaciones Referência 1 2,22% "Las personas mayores de 70 años, o las personas inmunodeprimidas o con ciertas condiciones preexistentes, necesitan quedarse en casa tanto como puedan a partir de ahora. Referência 2 3,31% "También pido a las empresas y los lugares de trabajo que desempeñen su papel. Muchos lugares de trabajo ya tienen planes para que el personal trabaje desde casa o se distancie en el lugar de trabajo. Ahora les pedimos que pongan en práctica esos planes.	33	13

La nube de palabras (Fig. 1.) además de "todos hay destaque para las palabras; personas; Nueva Zelanda; salud; nivel; COVID-19. Así como algunos verbos conjugados en la primera persona del plural (estamos, hemos, podemos), utilizados en la estrategia de comunicación para denotar la participación y la unión de todos y todas en la respuesta al COVID-19.



Fig. 1. Nube de palabras más frecuentes.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.383-391

4. Conclusiones

En tiempos de pandemia e infodemia (Organización Mundial de la Salud, 2020a; World Health Organization, 2020c) la salud colectiva además de responder a una situación sin precedentes, el COVD-19, tiene el desafío contemporáneo de lidiar con el campo de la información digital, desde el cual globalmente se generan y transmiten información/desinformación (World Health Organization, 2020b; Zarocostas, 2020). En este contexto, la investigación cualitativa y los *CAQDAS* como el *webQDA* son herramientas fundamentales para el estudio de temas relevantes como la comunicación de riesgos, con énfasis en el discurso político y sus implicaciones en el desarrollo de estrategias para controlar el COVID-19 y la infodemia. Estas metodologías tienen un gran potencial para contribuir en la sistematización de las diferentes acciones desarrolladas por los países durante la pandemia, aportando al conocimiento sobre cómo éstas fueron comunicadas, cuáles fueron las prioridades establecidas y su impacto en los resultados obtenidos. Además permiten optimizar la organización y procesamiento de grandes cantidades de información; incluir diferentes formatos de información que han surgido en la era de digital; promover al trabajo colaborativo de investigadores; entre otros (Costa & Amado, 2018).

La experiencia de Nueva Zelanda durante el año 2020 demuestra que el país preparó una respuesta integral al COVID-19, con una fuerte política de comunicación de riesgos y participación comunitaria basada en los componentes sugeridos por la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2005; World Health Organization, 2017, 2020d, 2020a); acompañada de políticas sociales a favor de los más vulnerables y planes para rescatar la economía nacional. Con lo que han podido responder a sus mayores prioridades: salvar el mayor número de vidas y resguardar la salud de la población.

Agradecimientos

Este trabajo fue realizado con apoyo del Programa Innova de la Fundación Oswaldo Cruz.

5. Referencias

Anderson, R. M., Heesterbeek, H., Klinkenberg, D., & Hollingsworth, T. D. (2020). How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic? *The Lancet*, *395*(10228), 931–934. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30567-5

Bardin, L. (1996). *Análise de conteúdo* (2ª). Edições 70.

Betsch, C. (2020). How behavioural science data helps mitigate the COVID-19 crisis. *Nature Human Behaviour*, *4*(5), 438–438. https://doi.org/10.1038/s41562-020-0866-1

Bórquez, B., Luengo-Charath, M. X., Anguita M., V., Bascuñán R., M. L., Pacheco M., I. M., Michaud Ch., P., & Vacarezza Y., R. (2020). Uso y difusión responsable de la información en pandemia: Un imperativo ético. *Revista Chilena de Pediatría*, *91*(5), 794. https://doi.org/10.32641/rchped.v91i5.2420

Calheta, B., Fontes, B., Biagio, D., Rodrigues, I., Medeiros, K., Salatino, L., Fialho, M. C., & Paixão, M. (2020). *Boletim N° 06 Direitos na pandemia mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à COVID-19 no Brasil. Lockdown à brasileira* (Boletim Direitos na pandemia). CEPEDISA e CONECTAS Direitos Humanos.

Costa, A. P., & Amado, J. (2018). *Análise de Conteúdo suportada por software* (1aed. Oliveira de Azeméis). Ludomedia.

Coutinho, C. M. P. (2013). *Metodologia de investigaçao em ciencias sociais e humanas: Teoria e prática*. Almedina.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.383-391

El País. (2020). *El Gobierno de Nueva Zelanda confina a la mayor ciudad del país tras detectar cuatro contagios*. El País. https://elpais.com/sociedad/2020-08-11/el-gobierno-de-nueva-zelanda-confina-a-la-mayor-ciudad-del-pais-tras-detectar-cuatro-contagios.html

elDiario.es. (2020). *"Sean fuertes, sean amables": Jacinda Ardern vuelve a sobresalir en su segunda crisis como primera ministra de Nueva Zelanda*. elDiario.es. https://news.un.org/en/story/2020/08/1069842

Garcia, L. P., & Duarte, E. (2020). Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da COVID-19 no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, *29*(2). https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200009

Han, E., Tan, M. M. J., Turk, E., Sridhar, D., Leung, G. M., Shibuya, K., Asgari, N., Oh, J., García-Basteiro, A. L., Hanefeld, J., Cook, A. R., Hsu, L. Y., Teo, Y. Y., Heymann, D., Clark, H., McKee, M., & Legido-Quigley, H. (2020). Lessons learnt from easing COVID-19 restrictions: An analysis of countries and regions in Asia Pacific and Europe. *The Lancet*, *396*(10261), 1525–1534. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32007-9

Heymann, D. L., & Shindo, N. (2020). COVID-19: What is next for public health? *The Lancet*, *395*(10224), 542–545. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30374-3

Krippendorff, K. (1989). Content analysis. In E. Barnouw, G. Gerbner, W. Schramm, T. L. Worth, & L. Gross (Orgs.), *International Encyclopedia of Communication* (Vol. 1, p. 403–407). Oxford University Press.

Minayo, M. C. de S. (2004). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. Hucitec.

Organización Mundial de la Salud. (2005). *Normas de comunicación de brotes epidémicos de la OMS* (OMS/CDS/2005.28; p. 10). OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2020a). *Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020*. OMS. https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020

Organización Mundial de la Salud. (2020b). *COVID-19 Orientaciones para comunicar sobre la enfermedad por el coronavirus 2019. Guía para líderes* (p. 16). OMS.

Porat, T., Nyrup, R., Calvo, R. A., Paudyal, P., & Ford, E. (2020). Public Health and Risk Communication During COVID-19—Enhancing Psychological Needs to Promote Sustainable Behavior Change. *Frontiers in Public Health*, *8*, 573397. https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.573397

The New York Times. (2020). *Jacinda Ardern Sold a Drastic Lockdown With Straight Talk and Mom Jokes*. The New York Times. https://www.nytimes.com/2020/05/23/world/asia/jacinda-ardern-coronavirus-new-zealand.html

World Health Organization (Org.). (2017). *Communicating risk in public health emergencies: A WHO guideline for emergency risk communication (ERC) policy and practice*. WHO.

World Health Organization (Org.). (2020a). *Global Risk Communication and Community Engagement Strategy*. WHO.

World Health Organization (Org.). (2020b). *Infodemic Management – Infodemiology. Ad-Hoc Technical Consultation on Managing the COVID-19 Infodemic*. WHO.

World Health Organization. (2020c). *Novel Coronavirus(2019-nCoV) Situation Report—13. Data as reported by 2 February 2020* (Situation Report-13; p. 7). WHO.

World Health Organization. (2020d). *Risk communication and community engagement readiness and response to coronavirus disease (COVID-19)* (Interim guidance 19 March 2020; p. 5). WHO.

World Health Organization. (2020e). *WHO chief points to 'green shoots of hope' in COVID-19 pandemic*. WHO. https://news.un.org/en/story/2020/08/1069842

Zarocostas, J. (2020). How to fight an infodemic. *The Lancet*, *395*(10225), 676. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30461-X

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.383-391

O uso de smart speakers na incapacidade: Uma scoping review

Rafael Tavares[1], Helena Sousa[2] e Jaime Ribeiro[1, 3]

[1]Escola Superior de Saúde, Politécnico de Leiria, Leiria, Portugal | rgst93@gmail.com | https://orcid.org/0000-0002-1128-290X

[2]Centro de Estudos do Movimento e Atividade Humana, (CEMAH), Departamento de Terapia Ocupacional, Politécnico do Porto, Porto, Portugal | hes@ess.ipp.pt| https://orcid.org/0000-0002-0461-1883

[3] Centro de Investigação em Didática e Tecnologia na Formação de Formadores (CIDTFF), Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal; Center for Innovative Care and Health, Escola Superior de Saúde, Technology (ciTechCare), Politécnico de Leiria, Leiria, Portugal | jaime.ribeiro@ipleiria.pt | https://orcid.org/0000-0002-1548-5579

Abstract: Introdução: Os smart speakers (SS), como o *Amazon Echo* e o *Google Nest*, estão estabelecidos no mercado mundial e disponíveis para a população geral. A inteligência artificial programada nestes dispositivos de conversação e a sua compatibilidade com diferentes redes cria oportunidades para a criação de intervenções em diferentes populações com incapacidade aplicáveis num contexto de casa inteligente. **Objetivos:** Compreender como os SS estão a ser utilizados por indivíduos com incapacidade, revelar o seu potencial e possibilidades de intervenção. **Métodos:** Em fevereiro de 2021 foi realizada uma *scoping review* baseada em artigos das bases de dados *PubMed/Medline, B-On, Scopus* e *Web of Science*. Foram considerados artigos publicados desde 2016 até 2021, escritos em português e inglês e revistos por pares. Foram incluídos estudos focados na utilização de SS disponíveis no mercado geral (*Google Nest / Home, Amazon Echo, Invoke, HomePod*) como agente de intervenção no ambiente residencial ou ECU, em populações com condições diversas, abrangendo indivíduos com deficiências sensoriais, cognitivas, emocionais e motoras. **Resultados:** Foram identificadas diferentes abordagens e exigências dos utilizadores. Os dispositivos foram aplicados como uma solução singular ou como um elemento de sistemas de maior complexidade, interagindo com outros dispositivos ou *softwares*. **Conclusões**: A identificação de diferentes intervenções para diferentes incapacidades sublinha o potencial de intervenção destes dispositivos com melhorias funcionais observadas em incapacidades físicas, cognitivas, sensoriais e emocionais. Estes dispositivos podem substituir dispositivos dispendiosos criados para nichos de população e sistemas fechados, dirigidos para formas concretas de incapacidade. Sendo a personalização uma característica relevante, a aplicação de SS não dispensa o acompanhamento técnico no processo.

Palavras-chave: Deficiência; Internet of Things; Casa Inteligente; Sistemas Ativados por Voz.

The Use of Smart Speakers in Disability: A Scoping Review

Abstract: Introduction: Smart speakers, like Amazon Echo and Google Nest, are established in the worldwide mainstream market, being available to the general population. The artificial intelligence programmed within these conversational devices and their compatibility with different networks creates opportunities for a wide range of interventions in different populations with disability, in a smart home context; **Goals:** To understand how smart speakers are being used by individuals with disability, uncovering possibilities of intervention and considering their potential; **Methods:** A scoping review of articles present in PubMed/Medline, B-On, Scopus and Web of Science databases in February 2021 was conducted. Articles published since 2016 until 2021, written in Portuguese and English and peer reviewed were considered. Studies exploring the use of general market available smart speakers (Google Nest / Home, Amazon Echo, Invoke, HomePod) as an home intervention agent or environmental control unit, focusing on individuals with sensorial, cognitive, emotional and motor impairment were included; **Results:** Different approaches and user demands were identified. Devices were applied as a single solution or as an element of bigger systems, interacting with other devices or software's; **Conclusions:** The identification of different interventions for different disabilities underlines the intervention potential of these devices with observed functional improvements in physical, cognitive, sensory, and emotional disabilities. These improvements can promote the replacement of expensive devices created for niche populations and closed systems developed with specific goals in a specific form of disability. As customization is a relevant feature, the application of SS does not dispense with technical support in the process.

Keywords: Disability; Internet of Things; Smart Home; Voice Activated Systems.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.392-403

1. Introdução

Nos últimos sete anos, foram lançados no mercado mundial smart speakers (SS), que beneficiam a população em geral. Estes altifalantes inteligentes incluem *voice assistants* (VA) que recorrem a inteligência artificial (AI), como a *Siri*, da *Apple*, agora utilizada no dispositivo *HomePod*, e a *Cortana* da *Microsoft*, compatível com o *Harman Kardon Invoke* (Hoy, 2018; Kepuska & Bohouta, 2018). Outros foram desenvolvidos simultaneamente com os SS, a exemplo do *Google Assistant*, a inteligência artificial programada no *Google Home* e mais recentemente no *Google Nest*, bem como a *Amazon Alexa*, associada aos aparelhos *Amazon Echo* (Kafle et al., 2021; Kepuska & Bohouta, 2018). Os SS estão em expansão no mercado convencional e várias marcas desenvolveram os seus próprios dispositivos, com o *Mi Smart Speaker* da *Xiaomi* e o anunciado *Galaxy Home* da *Samsung* a serem destacados pelas suas compatibilidades com dispositivos próprios associados, inseridos no conceito *Internet of Things* (IoT) (Ashfaq et al., 2021; Ling et al., 2021; Wortmann & Flüchter, 2015).

De facto, os VA surgiram no mercado antes dos SS, o que significa que embora os SS dependam dos VA para funcionar, o oposto não é necessariamente verdade. Em 2010, a *Apple* introduziu os VA no mercado em geral lançando a *Siri* como uma aplicação autónoma, incorporada nos sistemas operativos *iOS* no ano seguinte (Guzman, 2017). Em 2014 a *Google* lançou o *Google Now* e a *Microsoft* criou a *Cortana*, enquanto a *Amazon* se preparava para lançar o primeiro SS, o *Amazon Echo*, que incorpora a assistente *Alexa* (Hoy, 2018; Riccardi, 2014). A importante marca subsequente consistiu no lançamento do *Google Home* em 2016, com a substituição simultânea do *Google Now* pelo *Google Assistant* (Li et al., 2017). SS e VA estão indubitavelmente associados, mas são muitas vezes confundidos.

1.1 *Voice Assistants*

Os VA consistem em *software* conversacional com inteligência artificial. A AI é tradicionalmente definida como a exibição de inteligência por máquinas e, apesar das diferenças de perspetiva entre programadores, a sua evolução converge no sentido do pensamento racional assemelhado ao dos seres humanos, bem como ação racional em linha com a ação humana. Um agente inteligente só está completo com a ligação entre a AI, plataformas sensíveis a variações, e ainda elementos de efeito. Os agentes inteligentes estão, desta forma, capacitados para a deteção de variações ambientais e a ação conforme (Russell et al., 1995).

Qualquer *software* precisa de um *hardware*, uma plataforma onde possa funcionar e manifestar-se. Para os VA, essas plataformas eram inicialmente computadores ou *smartphones*. Ainda que estes dispositivos continuem a ser uma opção para a interação com VA hoje em dia, a introdução de SS criou outra alternativa capaz de detetar variações no ambiente - a deteção de palavras-chave, no mínimo - desenvolver um raciocínio a partir das interações seguintes e efetuar ações como consequência, reunindo os três princípios de um agente inteligente.

Alguns dos principais usos dos VA na população geral neste momento consistem na realização de pesquisas, *stream* de música, interações baseadas na IoT, consulta de agenda, e definição de temporizadores, alertas e despertadores (Ammari et al. 2019).

A literatura sugere que os SS promovem um maior envolvimento com os VA, quando comparadas com outros equipamentos, e que as ações requeridas vão são compatíveis com as características destes interfaces (Bentley et al., 2018). Por estas razões, para além do facto de a utilização de SS libertar o smartphone para uma utilização simultânea sem alterações no visor, o que permite ao utilizador manter a tarefa sem variações visuais, a presente revisão considerará apenas estes dispositivos.

A personificação do diálogo é reconhecida como um fator atrativo para promover o envolvimento e a satisfação com os dispositivos (Bentley et al., 2018; Pradhan et al., 2018).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.392-403

Este reconhecimento tem provocado um aumento do interesse de utilizadores com incapacidade e profissionais de saúde em aplicarem SS em diferentes quadros.

1.2 Acessibilidade

A acessibilidade dos VA para pessoas com incapacidade e determinação a fiabilidade da interação corresponde a uma área emergente de interesse. Ballati et al., 2018; sugerem que a Siri, Alexa e Google Assistant apresentam um rácio de reconhecimento semelhante para indivíduos com disartria, com os três a variar entre 50% a 60%. Contudo, diferem em alguns aspetos considerados relevantes. Os autores identificaram que Siri tenta sempre dar uma resposta, mesmo que em total disparidade com o tema pretendido, enquanto a Alexa e Google Assistant apenas respondem a frases compreendidas. Outro aspeto relevante é que a Alexa frequentemente não responde a comandos de uma só palavra, o que pode constituir uma barreira para as pessoas com dificuldades de expressão oral.

Masina et al., 2020 avaliaram a funcionalidade física, linguística e cognitiva dos indivíduos em estudo e propuseram o *Mini-Mental State Examination* (MMSE) e *Robertson Dysarthria Profile* como preditores do desempenho do utilizador na interação com o dispositivo *Google Home*. Neste trabalho é sugerido que indivíduos com incapacidade podem interagir com o dispositivo, desde que sejam atingidos requisitos mínimos de competências cognitivas e linguísticas medidas nos instrumentos mencionados.

1.3 Controlo Ambiental

Diferentes *Environment Control Units* (ECU) têm sido desenvolvidas e utilizadas com populações com incapacidades desde os anos 60 até aos dias de hoje (Noda, 2018). A maioria destes sistemas receberam atualizações para melhorar as suas respostas, ou substituídos por modelos mais recentes e com uma melhor resposta . No entanto, algumas barreiras persistiram ao longo do tempo, tais como a necessidade de assistência técnica, limitações gramaticais e de vocabulário, necessidades de formação para uma aplicação efetiva do sistema, dificuldade em alargar a sua ação a outros fins que não aqueles para que foram desenvolvidos, baixa capacidade de integração de elementos externos complementares, baixa disseminação no mercado e/ou altos valores de mercado e consequentes dificuldades de financiamento (Judge et al., 2009; Noda, 2018).

Os SS consistem numa oportunidade atual de desenvolver novas intervenções para pessoas com incapacidade, transportar a terapia para o ambiente doméstico e assim aumentar o tempo de contacto terapêutico (caso a utilização do dispositivo seja mediada por um técnico), reinventar ECU com preços mais baixos e sistemas abertos, e até proporcionar um acompanhamento omnipresente, se garantida a necessária privacidade de dados gerados (Masina et al., 2020; Noda, 2018).

1.4 Presente Estudo

O facto de estes dispositivos oferecerem uma grande quantidade de possibilidades a explorar em contexto doméstico, com diferentes intervenções, diferentes populações e diferentes resultados, levou à necessidade de desenvolver um estudo com um alcance amplo e contrastante com uma revisão sistemática, proporcionando dados aprofundados relativos a uma única forma de intervenção para um resultado específico.

Foi realizada uma pesquisa preliminar nas bases de dados *Cochrane* e *PubMed* e não foram identificadas quaisquer *scoping reviews*, revisões sistemáticas ou integrativas. Pelo que se considera a necessidade de desenvolvimento do presente estudo para uma investigação estruturada do estado da ciência neste campo.

Esta revisão tem o objetivo de compreender como os SS estão a ser utilizados por indivíduos com incapacidade, revelar possibilidades de intervenção e considerar o seu potencial.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.392-403

Foi realizada alicerçada na metodologia *Joanna Briggs Institute* (JBI), que nos permitiu mapear as provas disponíveis neste campo. Almeja identificar os tipos de provas disponíveis, lacunas de conhecimento, e clarificar conceitos e definições chave na literatura (Aromatis& Munn, 2020).

2. Questão de Revisão

A presente revisão alicerça-se na questão: "Como é que os *smart speakers* disponíveis no mercado são utilizados por indivíduos com incapacidade para promover a função num ambiente doméstico inteligente?". Esta questão foi formada respeitando uma estrutura PCC (População, Conceito, Contexto), para alargar o âmbito da investigação, quando comparada com a estrutura mais circunscrita da PICO (População, Intervenção, Comparador, *Outcome*). Dada a possibilidade de interação entre SS e dispositivos inteligentes desenvolvidos considerando o conceito de IoT, foi formada uma sub-questão PCC: "Que tarefas e atividades podem os *smart speakers* facilitar ao serem utilizados como unidades de controlo ambiental por indivíduos com limitações motoras?".

3. Palavras-chave

Deficiência; *Internet of Things*; Casa Inteligente; Sistemas Ativados por Voz.

4. Critérios de elegibilidade

4.1 Participantes

Este estudo explora a utilização de SS por pessoas com incapacidade/ deficiência, sendo elegíveis estudos centrados em indivíduos com deficiência sensorial, cognitiva, emocional e motora, desde que garantida a capacidade de falar e interagir com o dispositivo. Considerando a evidência que mostra que os SS presentes no mercado e a sua IA correspondente, não detetam a totalidade das solicitações de indivíduos com limitações de expressão oral, foram excluídos os estudos com populações com esta e outras perturbações da fala. Do mesmo modo, não foram considerados estudos cujas populações possam necessitar de uso regular de ventiladores ou que se encontrem dependentes de terceiros para a sua remoção, ainda que num uso mais reduzido.

4.2 Conceito

Foram incluídos artigos que exploram a utilização de SS disponíveis no mercado geral (*Google Nest/Home*, *Amazon Echo*, *Invoke*, *HomePod*) como um agente de intervenção doméstica ou ECU em populações com incapacidade. Foram excluídos estudos focados na segurança de dados, aspetos técnicos de engenharia da tecnologia e o potencial destes dispositivos na gestão da energia doméstica, sem qualquer menção à aplicação junto de pessoas com incapacidade.

4.3 Contexto

Foram incluídos estudos desenvolvidos em qualquer ponto do globo, que consideram a aplicação em ambiente doméstico/residencial, ou laboratorial tendo em vista a generalização aos anteriormente mencionados.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.392-403

4.4 Fontes

Esta *scoping review* considerou desenhos de estudos experimentais e quase-experimentais. Foram ainda considerados para inclusão estudos observacionais analíticos e descritivos, incluindo estudos de caso.

5. Métodos

5.1 Estratégia de Pesquisa

Foram pesquisadas as seguintes bases de dados *PubMed/Medline*, *B-On*, *Scopus* e *Web of Science*. A pesquisa e a extração de dados decorreram em Fevereiro de 2021.

Tendo em consideração que os SS foram disponibilizados no mercado convencional com o lançamento do primeiro dispositivo *Amazon Echo* em 2014, e que a sua utilização aumentou após a entrada do dispositivo *Google Home* no mercado em 2016, foram incluídos nesta revisão estudos publicados desde 2016 até 2021, escritos em português e inglês e revistos por pares. Foram utilizados os seguintes termos de pesquisa associados a elementos de truncagem "*smart*home*", "*smart*speaker*" e "*disabilit**".

5.2 Seleção de Evidência

Os metadados dos motores de busca foram reunidos no *software Mendeley Desktop 1.19.4*, para serem atribuídos a pastas correspondentes a cada base de dados. Foram gerados ficheiros *Research Information Systems (ris.)*, posteriormente importados no *software WebQDA 3.0*. Neste, os duplicados foram removidos e os restantes títulos analisados segundo os critérios de elegibilidade acima descritos e atribuídos a pastas de inclusão/ exclusão. Artigos dúbios foram discutidos e ponderados por pelo menos dois investigadores.

Os resultados da execução dos passos metodológicos descritos encontram-se resumidos em diagrama referente ao processo de seleção e motivos de exclusão (Figura 1). Após aplicação dos critérios, foram considerados elegíveis cinco artigos: (Boumpa et al., 2019; Ghazal et al., 2019; Hugo et al., 2021; Smith et al., 2020; Wallace & Morris, 2018).

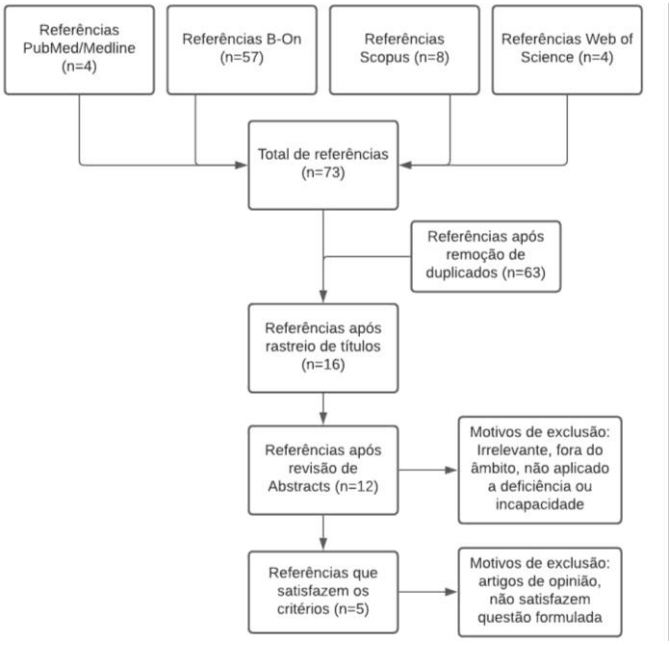


Fig. 1. Processo de seleção.

(cc) BY-NC-ND
DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.392-403

6. Análise de dados e Apresentação

A evidência incluída foi produzida na América do Norte (n=2), Médio Oriente (n=1) e Europa (n=2). Apesar da abertura para incluir artigos publicados desde 2016, apenas se verificaram elegíveis artigos publicados a partir de 2018, sendo um desse ano, dois publicados em 2019, um em 2020 e um no ano corrente, 2021. Considerando as filiações dos autores, os artigos provieram de áreas de medicina física e reabilitação (n=1), engenharia (n=2), informática (n=1) e psicologia (n=1).

Tabela 1. Descrição de estudos selecionados.

Autores	Ano de publicação	Título	Objetivo do estudo	Participantes	Intervenção	SS
Boumpa, E.; Gkogkidis, A.; Charalampou, I.; Ntaliani, A.; Kakarountas, A.; Kokkinos, V.	2019	An Acoustic-Based Smart Home System for People Suffering from Dementia	Reconhecimento de pessoas através de um sistema de ajuda à memória baseado no som.	Indivíduos com diagnóstico de demência	Desenvolvimento de um sistema ubíquo de mapeamento de dispositivos conectados à mesma rede WiFi. Quando um dispositivo familiar é detetado, o SS produz um som pré-programado exclusivamente associado ao proprietário do dispositivo	Não identificado
Ghazal, M.; Basmaji, T.; Qasymeh, M.; Salim, R.; Khalil, A.	2019	Localized Assistive Scene Understanding using Deep Learning and the IoT	Detetar e fornecer informação ambiental com descrição holística em tempo real	Indivíduos com deficiência visual	Desenvolvimento de um sistema com recurso a SS, uma câmara de vigilância e sensores. Uma vez ativado, o sistema lê e processa a informação do ambiente, seguida de descrição audível	Não identificado

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.392-403

Autores	Ano de publicação	Título	Objetivo do estudo	Participantes	Intervenção	SS
Hugo, N.; Israr, T.; Boonsuk W.; Miloud, Y.; Cloward, J.; Liu, P.	2021	Usability Study of Voice-Activated Smart Home Technology	Investigar elementos-chave de diferentes grupos de consumidores e compreender como educar para a tecnologia nos respetivos grupos	Grupos de estudantes do ensino secundário, estudantes universitários, consumidores rurais, consumidores com deficiência, idosos e famílias	Workshop demonstrativo de estruturação de casa inteligente para medição da perceção da utilidade e identificação da utilização preferencial dos dispositivos	Amazon Echo + Google Home
Smith, E.; Sumner, P.; Hedge, C.; Powel, G.	2020	Smart-speaker technology and intellectual disabilities: agency and wellbeing.	Avaliar os resultados do fornecimento de SS a indivíduos com deficiência intelectual	Indivíduos com deficiência intelectual ligeira a moderada associada a autismo, síndrome de Down, paralisia cerebral, lesão cerebral adquirida/ acidente vascular cerebral ou epilepsia e pessoal de apoio	Fornecimento e teste de SS durante um período de doze semanas em alojamento	Amazon Echo ou Google Home
Wallace, T.; Morris, J.	2018	Identifying Barriers to Usability: Smart Speaker Testing by Military Veterans with Mild Brain Injury and PTSD	Testar a usabilidade de SS	Militares veteranos de combate com traumatismo crânio-encefálico ligeiro (mTBI) e perturbação de stress pós-traumático (PEPT)	Duas semanas de testes de SS e duas fichas inteligentes em residência de reabilitação	Amazon Echo + Google Home

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.392-403

6.1 *Smart Speakers* Selecionados e Características Correspondentes

Os SS da *Amazon* e *Google* foram as escolhas mais populares nesta revisão. Nenhum estudo incluiu especificamente outros modelos como *HomePod*, *Invoke*, *Galaxy Home* e *Mi Smart Speaker*. Apesar deste facto, dois estudos (Boumpa et al., 2019; Ghazal et al., 2019) utilizaram o SS como elemento de um sistema desenvolvido e, em ambos os casos, os autores não discriminaram um modelo concreto utilizado, circunstância que abre a possibilidade de que os dispositivos mencionados possam funcionar nos sistemas criados, desde que assegurada a capacidade de interagir com o *smartphone* do utilizador e aplicações ou sistemas de mapeamento desenvolvidas pelos investigadores.

Smith et al., (2020) forneceram o *Amazon Echo* ou *Google Home* a cada um dos seus participantes com deficiência intelectual submetidos a intervenção. Após esta atribuição, estudaram as diferenças entre os novos utilizadores, um grupo de controlo e um terceiro grupo constituído por participantes que já utilizavam SS no início da intervenção.

Os restantes estudos identificados na Tabela 1. (Hugo et al., 2021; Wallace & Morris, 2018) exploraram os dispositivos *Amazon Echo* e *Google Home* de forma alternada, promovendo uma comparação. Wallace & Morris, (2018) avaliaram a preferência de utilizadores com traumatismo crânio-encefálico ligeiro (mTCE) e perturbação de stress pós-traumático (PSPT) após a intervenção. A maioria dos sujeitos reportou uma preferência pelo dispositivo *Amazon Echo*, considerando que era mais fácil de configurar inicialmente, embora possivelmente associado à qualidade da ligação WiFi das residências em que os dispositivos foram testados, e que o *Google Home* necessitava de mais assistência. O controlo manual de volume foi mencionado como uma dificuldade associada ao dispositivo *Google Home*, uma vez que requer motricidade fina, que pode ser comprometida em quadros de comprometimento físico e/ ou sensorial. Apesar da preferência geral pelo dispositivo da *Amazon*, os autores relatam que o *Google Assistant* foi mais eficaz na compreensão dos comandos de voz. Características como som, voz do assistente, palavra de ativação e estética foram também relatadas como mais bem classificadas no dispositivo *Echo*.

Hugo et al., (2021) compararam características antes da intervenção em diferentes grupos populacionais, incluindo um grupo com incapacidades não especificadas, iniciando essa comparação pelos assistentes. Os autores identificaram vantagens nas características da *Alexa*, nomeadamente a possibilidade de personalização, realização de compras por voz, e ainda a possibilidade de realizar chamadas ou enviar uma mensagem escrita convertida a partir de uma mensagem oral, algo que o *Google Assistant* também oferece, mas através de um *smartphone* associado. Este estudo também diferencia modelos, através da comparação entre diferentes versões, em cada marca. Apesar de se verificar que o *Echo Show* é a versão globalmente mais completa entre os dispositivos *Echo*, este não apresenta o *hub ZigBee* encontrado no *Echo Plus*. Este *hub* é uma característica a considerar se a intenção é estabelecer ligações com outros dispositivos *ZigBee* e assim desenvolver uma casa inteligente. Não é, no entanto, imperativo para este fim, uma vez que um *hub* externo pode ser adquirido e ligado à mesma rede *WiFi*, o que viabiliza a ligação de dispositivos *ZigBee* mesmo com o *Echo Dot*, a versão com menos características catalogadas. Os dispositivos *Google* são igualmente compatíveis com estes *hubs* externos. Os autores compararam as mais recentes colunas inteligentes *Google* disponíveis no mercado, o *Google Nest Hub* e o *Google Home Mini*, hoje conhecido como *Google Nest Mini*. É de referir que nestas versões se verifica uma simplificação da forma de controlo manual de volume, representando uma melhoria da limitação identificada por Wallace & Morris, (2018). O dispositivo *Nest Hub* apresenta um ecrã táctil que promove a interação direta e aumenta a informação visual, para além de adicionar um *Chromecast* incorporado, tornando possível interagir com uma televisão e completar ações como aumentar o volume, mudar de canal e iniciar um serviço de *streaming*. Tal como o *hub ZigBee*, o *Chromecast* também pode ser adquirido como um dispositivo externo, compatível com diferentes *speakers*.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.392-403

6.2 Interação

A literatura revista sugere que os SS podem funcionar sozinhos ou ser simplesmente uma parte, um interface interativo de um sistema aberto e mais complexo. Tais sistemas são construídos de acordo com as necessidades dos utilizadores e podem ser compostos exclusivamente por dispositivos disponíveis no mercado, como os acima mencionados, ou podem incluir elementos autodesenvolvidos.

A compatibilidade com aplicações smartphone e wi-fi, ZigBee e outras redes, aumenta as possibilidades de controlo do ambiente. O contacto com uma aplicação de controlo remoto para televisão, como complemento ou alternativa aos dispositivos de controlo televisivo, é um exemplo sugerido (Hugo et al., 2021). A eletricidade doméstica pode ser manipulada através de lâmpadas, interruptores, tomadas e extensões inteligentes com ligação wi-fi (Hugo et al., 2021; Wallace & Morris, 2018). O utilizador pode assim controlar não só a iluminação ambiental, mas também a ativação e desativação de dispositivos. A interação de termóstatos inteligentes foi sugerida para poupar custos, uma vez que estes podem ler medições térmicas e mediar o funcionamento de dispositivos de regulação térmica, como aquecedor, ventoinha ou ar condicionado, em conformidade com os dados recolhidos (Hugo et al., 2021). Apesar de se demonstrar um potencial interessante para esta utilização final, tal automatização é também um recurso que vale a pena explorar na deficiência, uma vez que pode promover economia de esforço, reduzindo as exigências cognitivas e a necessidade de se exercerem esforços físicos para manutenção das condições ambientais. Foram também mencionados vários dispositivos relacionados com a segurança, nomeadamente câmaras, detetores de movimento, sensores de contacto, que representam um conjunto de dispositivos versáteis que podem ser aplicados noutras utilizações que não a segurança, como automatizações adicionais.

Ghazal et al., (2019) aproveitam a versatilidade das câmaras de segurança e utilizam-nas para fazer leituras visuais do ambiente. Estas leituras são posteriormente analisadas num servidor desenvolvido, a fim de fornecer uma descrição audível, a indivíduos com deficiência visual, através do SS. O SS pode igualmente ser utilizado para pedir essa informação, desencadeando uma nova leitura e processamento de dados para descrição. O sistema doméstico acústico apresentado por Boumpa et al., (2019) integra um SS enquanto elemento de um sistema de maior complexidade. Neste estudo, foi desenvolvido um *Software as a Service* (SaaS) para atuar como um servidor onde se regista informação para a identificação de doentes com demência, os seus familiares, dispositivos de cada indivíduo, um som pessoal associado e os SS presentes na habitação. Quando um dispositivo registado de um familiar se liga à rede habitacional do indivíduo, o router comunica com o servidor, que por sua vez associa o dispositivo ao familiar que o utiliza. Neste ponto recupera a informação selecionada, incluindo o som exclusivo daquele familiar, localizando ainda o SS mais próximo do indivíduo nessa altura. O SS reproduz então o som, de modo a estimular a memória acústica do indivíduo e assim promover o reconhecimento do familiar que visita.

6.3 Proatividade Interacional Exigida

A forma como os dispositivos foram utilizados diversificou, sendo identificadas exigências de interação ativa, passiva e mista. Como esperado, a maioria dos artigos (Hugo et al., 2021; Smith et al., 2020; Wallace & Morris, 2018) sugeriu uma utilização ativa para o dispositivo, em que o utilizador inicia proativamente a interação dizendo a palavra-chave de ativação. Após a ativação, o utilizador formula uma pergunta ou verbaliza uma instrução, desencadeando uma ação no dispositivo, ou outros dispositivos ligados na rede. Em alternativa, o estudo de Boumpa et al., (2019) apresenta uma utilização passiva. Neste estudo, os autores trabalharam com pessoas que sofrem de demência e programaram o sistema de modo a ter uma natureza e funcionamento ubíquos. Este funcionamento ubíquo garantiu a realização da ação para a qual foi projetado, mesmo que os sujeitos estivessem esquecidos ou momentaneamente inconscientes da presença dos SS.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.392-403

Tanto as alternativas ativas como passivas são sugeridas simultaneamente no estudo de Ghazal et al., (2019), no qual um utilizador com deficiência visual tinha como opção de configuração do sistema, um automatismo de descrição sonora do ambiente uma vez detetada a sua presença, ou o acionamento provocado por uma solicitação ao SS, de modo a obter atualizações relativamente a alterações no ambiente ou simplesmente ter acesso a uma repetição da descrição.

6.4 Ação – Incapacidade

As aplicações em populações com deficiências cognitivas foram as mais amplamente exploradas. Boumpa et al., (2019) sugerem que os sistemas com estes dispositivos podem ter um papel na estimulação do reconhecimento mnésico de familiares registados no sistema desenvolvido. Tarefas como definir temporizadores, integrar marcações no calendário e organizar listas de compras, foram também consideradas relevantes em estudos revistos. Tanto Smith et al., (2020) como Wallace & Morris, (2018) sugerem que estas tarefas são úteis para indivíduos com défices de memorização. A não inclusão destas ou outras estratégias compensatórias e formas de apoio pode levar ao esquecimento de realização de determinada atividade ou a uma maior dificuldade de recrutamento de tarefas e pormenores específicos, o que conduz à frustração. Os autores identificam esta frustração como um fator de risco para a ansiedade e/ou depressão, revelando um possível papel na regulação emocional. As análises qualitativas de Smith et al., (2020) reportam outras atividades com influência mais direta no estado emocional, tais como o *stream* de música, contar anedotas, conversar, jogar jogos simples ou *quizzes*. Os participantes relataram que uma maior interação levou a um sentimento de acompanhamento, apesar de essa companhia não substituir uma relação humana.

O sistema proposto por Ghazal et al., (2019) mostra que os SS podem ser uma ferramenta relevante para compensar a deficiência sensorial, neste caso visual, com recurso a uma descrição acústica do espaço e objetos nele presentes. No entanto, e considerando a oferta limitada ou nula de produtos disponíveis no mercado convencional desenvolvidos com este ideal compensatório, a utilização de SS para reconhecimento ambiental pode depender de apoio especializado para a programação e desenvolvimento de sistemas adaptados.

A interação com outros dispositivos inteligentes - que não exclusivamente o *smartphone* - conectados a uma ou mais redes comuns para o controlo do ambiente, foi identificada em dois estudos, embora não tenha sido profundamente explorada pelos autores. As características dos SS sugerem um potencial para agir como unidades de controlo ambiental em casas inteligentes, aumentando a acessibilidade para utilizadores com deficiências motoras. O controlo da iluminação foi explorado através de candeeiros ligados a fichas inteligentes no trabalho de Wallace & Morris, (2018), e a iluminação inteligente no estudo de Hugo et al., (2021), que propõe outros dispositivos, mas para poupança de energia.

6.5 Abordagens

Esta revisão levou à identificação de diferentes abordagens para a inclusão de SS em ambiente doméstico. A maioria dos estudos explora estes dispositivos para a compensação do défice, facilitando atividades com exigências físicas, cognitivas, sensoriais, e até emocionais. No entanto, foi também identificada a aplicação para criação ou aumento de oportunidades de participação em atividades de lazer e outras interativas, neste caso, com maior foco em populações com deficiências cognitivas e/ou emocionais para fins de regulação comportamental.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.392-403

7. Conclusões

A metodologia qualitativa utilizada no presente estudo permitiu identificar aplicabilidades dos SS em diferentes tipos de incapacidade e em primeira pessoa, proporcionando dados relativos à pertinência das intervenções existentes e potenciais pontos exploratórios para a implementação destes dispositivos enquanto ferramenta de intervenção. Os dispositivos foram utilizados para compensação de deficiências visuais, cognitivas e físicas, sendo que a sua natureza de agente conversacional é também explorada para prestar um acompanhamento em situações de cariz emocional, assim como as potencialidades oferecidas relacionadas com lazer.

Um número crescente de aparelhos eletrodomésticos inteligentes está a emergir no mercado e as pessoas com incapacidade têm agora a oportunidade de criar ecossistemas inteligentes com automatismos e controlo total sobre dispositivos inteligentes através da voz. Os SS podem redirecionar uma ordem para que os dispositivos aspirem, façam café, aqueçam ou arrefeçam o ambiente, desumidifiquem um espaço e aqueçam água, para dar alguns exemplos acrescentados às atividades identificadas nesta revisão. Apesar do potencial interativo com dispositivos externos, não foi identificada, nos artigos selecionados, uma variedade elevada de interações propostas.

Os SS foram propostos enquanto ECU essencialmente para controlo de iluminação e dispositivos ligados a tomadas inteligentes, para além de vigilância. Deste modo identifica-se a necessidade de explorar de forma mais concreta e aprofundada o impacto dos SS e dispositivos IoT na incapacidade, nomeadamente em deficiências motoras limitativas. A produção de evidência qualitativa pode facultar dados não estruturados relativos à identificação de atividades realizadas com SS em diferentes âmbitos, bem como à estruturação de sistemas que os incluam e a perceção que os utilizadores têm dos mesmos.

O aumento de evidência para SS enquanto ECU é, na realidade, uma necessidade sintomática e transversal às restantes aplicabilidades identificadas. Dado que os utilizadores se envolvem mais na interação com VA através de SS em comparação com outros dispositivos onde os assistentes podem ser programados, é pertinente a continuidade do estudo com o uso concreto do SS e não apenas com recurso a VA.

8. Referências

Ammari, T., Kaye, J., Tsai, J. Y., & Bentley, F. (2019). Music, Search, and IoT: How People (Really) Use Voice Assistants. *ACM Transactions on Computer-Human Interaction (TOCHI)*, *26*(3), 1–28. https://doi.org/10.1145/3311956

Aromatis, E., & Munn, Z. (2020). JBI Manual for Evidence Synthesis. https://doi.org/https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01

Ashfaq, M., Yun, J., & Yu, S. (2021). My Smart Speaker is Cool! Perceived Coolness, Perceived Values, and Users' Attitude toward Smart Speakers. *International Journal of Human-Computer Interaction*, *37*(6), 560–573. https://doi.org/10.1080/10447318.2020.1841404

Ballati, F., Corno, F., & Russis, L. De. (2018). *" Hey Siri , do you understand me ?": Virtual Assistants and Dysarthria*.

Bentley, F., Luvogt, C., White, B., & Lottridge, D. (2018). *Understanding the Long-Term Use of Smart Speaker Assistants*. *2*(3).

Boumpa, E., Gkogkidis, A., Charalampou, I., Ntaliani, A., Kakarountas, A., & Kokkinos, V. (2019). An Acoustic-Based Smart Home System for People Suffering from Dementia. *Technologies (2227-7080)*, *7*(1), 29. https://doi.org/10.3390/technologies7010029

Ghazal, M., Basmaji, T., Qasymeh, M., Salim, R., & Khalil, A. (2019). Localized assistive scene understanding using deep learning and the IoT. *Proceedings - 2019 International Conference on Future Internet of Things and Cloud Workshops, FiCloudW 2019*, 53–58. https://doi.org/10.1109/FiCloudW.2019.00023

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.392-403

Guzman, A. L. (2017). *Citation: Guzman, A.L. (2017). Making AI safe for humans: A conversation*. 69–85.

Hoy, M. B. (2018). Alexa, Siri, Cortana, and More: An Introduction to Voice Assistants. *Medical Reference Services Quarterly*, *37*(1), 81–88. https://doi.org/10.1080/02763869.2018.1404391

Hugo, N., Israr, T., Boonsuk, W., Ben Miloud, Y., Cloward, J., & Liu, P. P. (2021). Usability Study of Voice-Activated Smart Home Technology. In *Advances in Intelligent Systems and Computing*. https://doi.org/10.1007/978-3-030-52575-0_54

Judge, S., Robertson, Z., & Hawley, M. S. (2009). Users' perceptions of environmental control systems. *Assistive Technology Research Series*, *25*, 426–431. https://doi.org/10.3233/978-1-60750-042-1-426

Kafle, K., Moran, K., Manandhar, S., Nadkarni, A., & Poshyvanyk, D. (2021). Security in centralized data store-based home automation platforms: A systematic analysis of nest and hue. *ACM Transactions on Cyber-Physical Systems*, *5*(1). https://doi.org/10.1145/3418286

Kepuska, V., & Bohouta, G. (2018). Next-generation of virtual personal assistants (Microsoft Cortana, Apple Siri, Amazon Alexa and Google Home). *2018 IEEE 8th Annual Computing and Communication Workshop and Conference, CCWC 2018*, *2018-Janua*(c), 99–103. https://doi.org/10.1109/CCWC.2018.8301638

Li, B., Sainath, T. N., Narayanan, A., Caroselli, J., Bacchiani, M., Misra, A., … Shannon, M. (2017). Acoustic modeling for Google home. *Proceedings of the Annual Conference of the International Speech Communication Association, INTERSPEECH*, *2017-August*(August), 399–403. https://doi.org/10.21437/Interspeech.2017-234

Ling, H. C., Chen, H. R., Ho, K. K. W., & Hsiao, K. L. (2021). Exploring the factors affecting customers' intention to purchase a smart speaker. *Journal of Retailing and Consumer Services*, *59*(October 2020), 102331. https://doi.org/10.1016/j.jretconser.2020.102331

Masina, F., Orso, V., Pluchino, P., Dainese, G., Volpato, S., Nelini, C., … Gamberini, L. (2020). Investigating the Accessibility of Voice Assistants With Impaired Users: Mixed Methods Study. *Journal of Medical Internet Research*, *22*(9), e18431. https://doi.org/10.2196/18431

Noda, K. (2018). Google Home: smart speaker as environmental control unit. *Disability and Rehabilitation. Assistive Technology*, *13*(7), 674–675. https://doi.org/10.1080/17483107.2017.1369589

Pradhan, A., Mehta, K., & Findlater, L. (2018). " Accessibility Came by Accident" Use of Voice-Controlled Intelligent Personal Assistants by People with Disabilities. *Proceedings of the 2018 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems*, 1–13.

Riccardi, G. (2014). Towards healthcare personal agents. *RFMIR 2014 - Proceedings of the 2014 ACM Roadmapping the Future of Multimodal Interaction Research Including Business Opportunities and Challenges, Co-Located with ICMI 2014*, 53–56. https://doi.org/10.1145/2666253.2666266

Russell, S. J., Norvig, P., Canny, J. F., Malik, J. M., Edwards, D. D., Jonathan, S. J. S., & Norvig, P. (1995). *A Modern Approach*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.

Smith, E., Sumner, P., Hedge, C., & Powell, G. (2020). Smart-speaker technology and intellectual disabilities: agency and wellbeing. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*. https://doi.org/10.1080/17483107.2020.1864670

Wallace, T., & Morris, J. (2018). Identifying barriers to usability: Smart speaker testing by military veterans with mild brain injury and PTSD. In *Breaking Down Barriers: Usability, Accessibility and Inclusive Design*. https://doi.org/10.1007/978-3-319-75028-6_10

Wortmann, F., & Flüchter, K. (2015). Internet of Things: Technology and Value Added. *Business and Information Systems Engineering*, *57*(3), 221–224. https://doi.org/10.1007/s12599-015-0383-3

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.392-403

A influência da formação profissional no desenvolvimento da integralidade na Reabilitação Física

Paula Carolina de Castro Boscateli[1], Elza de Fátima Ribeiro Higa[1], Antônio Henrique Rodrigues dos Passos[1], Maria José Sanches Marin[1] e Luís Carlos Paula e Silva[1]

[1]Faculdade de Mecidina de Marília, Brasil | paulaboscateli@hotmail.com; hirifael@gmail.com; ahrpassos@gmail.com; marnadia@terra.com.br; luis@famema.br | https://orcid.org/0000-0001-7945-8134; https://orcid.org/0000-0001-5772-9597; https://orcid.org/0000-0002-3038-6608; https://orcid.org/0000-0001-6210-6941; https://orcid.org/0000-0001-8723-4640

Resumo: Introdução: A saúde da pessoa com deficiência tem primazia e nos últimos anos ganhou expressão, mas para tanto faz-se necessário que profisssionais estejam aptos para atuarem com essa parcela da população seguindo os preceitos e políticas que norteiam suas práticas, nesse escopo tem magnitude a integralidade. **Objetivo:** Compreender a influência da formação profissional no desenvolvimento da integralidade no contexto da Reabilitação Física. **Metodologia:** Pesquisa qualitativa sustentada na Hermenêutica-dialética com coleta de informações sócio demográficos e entrevista guiada por uma questão norteadora com a totalidade dos integrantes da equipe multiprofissional de um Centro de Reabilitação e a análise dos dados recolhidos ocorreu por meio do Método de Interpretação dos Sentidos. **Resultados:** Os discursos dos profissionais da equipe desvelaram três categorias analíticas: pouca valorização da integralidade na formação profissional, lacuna no processo ensino-aprendizagem relacionada a Reabilitação Física e escassez de treinamentos e cursos com enfoque na integralidade. Nota-se uma percepção superficial da integralidade pelos profissionais apontando para a necessidade de transformação das práticas em saúde, contudo esta mudança de direção encontra-se intimamente atrelada a formação profissional que suplica pela valorização da integralidade. **Conclusões:** Através da Hermenêutica-dialética compreende-se a necessidade da mudança do paradigma cultural na formação dos profissionais que só ocorrerá com alterações nos rumos estabelecidos em alguns cursos de graduação, onde a abordagem integral deve superar o reducionismo ao biológico, ou seja, colocar a pessoa com deficiência como foco das ações em substituição a incapacidade; ressalta-se ainda a necessidade de pesquisas futuras para verificar possíveis ações com o propósito da integralidade estar contextualizada no cursos de graduação na área da saúde.

Palavras-chave: Integralidade em Saúde; Assistência Integral à Saúde; Reabilitação; Equipe de Assistência ao Paciente; Educação.

The Influence of Vocational Training on the Development of Integrality on Physical Rehabilitation

Abstract: Introduction: The physical health of the disabled person is always a priority, and this issue is gaining expression over the last years, but it is important that the physical rehabilitation professionals can work with the patients following the guidelines and policies of the procedures. In this scope, one that stands out is the integrality. **Objective:** To understand the influence of the vocational training on the development of integrality in the context of Physical Rehabilitation. **Methodology:** Qualitative research based on hermeneutic-dialectic principals with the collect of social-demographical information and interviews guided by a mainline question with the members of a multi professional staff of a Rehabilitation Center and data analysis, using the Method of Senses Interpretation. **Results:** The talking points of the staff members revealed three analytical categories: the lack of valorization of the integrality on the vocational training, gaps on the learning-teaching process related to Physical Rehabilitation and the lack of proper training and courses focusing on integrality. It is noted a superficial understanding of integrality by the professionals, pointing to the need of changes in health practices; however, this change of direction and focus is linked to the vocational training, demanding the valorization of integrality. **Conclusions:** Through the Hermeneutic-dialectic concepts it is understood the need of changing in cultural paradigms on the vocational training of professionals, something that will only occur with alterations on the educational goals of graduation courses, where the integral approach must put higher priority on the biological side instead of the reductionism, which means placing the disabled person as the focus of the actions instead of their disability. It is important to note also the need of future researches to verify possible actions with the purpose of contextualizing integrality on health graduation courses.

Keywords: Completeness in Health; Comprehensive Health Care; Rehabilitation; Pacient Assistence Team; Education

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.404-411

1. Introdução

Nota-se que a saúde da pessoa com deficiência ganhou relevância e prioridade nos últimos anos, surgindo a demanda para profissionais aptos para atuarem nestes serviços e que compreendam as políticas que balizam seu trabalho, dentre elas a integralidade (Alves et al., 2016; Comes et al., 2016).

A integralidade, entre os princípios do SUS (Sistema Único de Saúde), é o que mais incita o efetivo acesso à saúde nas práticas em saúde, pois a universalidade garante o acesso de todos, já a equidade pactua as necessidades do indíviduo, enquanto a integralidade impulsiona como as ações de saúde serão concretizadas, de modo a apreender as necessidades de saúde das pessoas (Ayres, 2009).

Para execução de ações e serviços no SUS é fundamental compreender a integralidade. Por meio da integralidade busca-se desenvolver uma assistência centrada na pessoa, ampliada e transformadora visando atender o sujeito em sua totalidade com menos ênfase no uso de tecnologias (Aguiar & Santos, 2016; Teixeira et al., 2013).

Uma abordagem pautada na integralidade deve superar um corpo portador de lesão ampliando a escuta consolidando ações que reconheçam a realização de projetos de vida, apesar dos limites impostos por barreiras socialmente construídas (Pereira, 2009).

A recolocação do indivíduo e suas vivências no centro das ações, em substituição a incapacidade, expressa também o princípio da integralidade, onde a atenção a saúde deve extrapolar a fragmentação sobre o indivíduo com deficiência através das ações de reabilitação (Pereira, 2009).

É necessário que serviços de assistência à saúde e instituições de ensino incorporem em suas práticas um atendimento que valorize todos os aspectos da pessoa alcançando a integralidade em toda sua amplitude; para tanto docentes e instituições de ensino superior tem significância na formação de profissionais e no desenvolvimento de competências, dentre elas a integralidade, de modo atender as necessidades e especificidades que sociedade contemporânea requer (Lacerda & Santos, 2018; Teixeira et al., 2013).

Dessa forma, levantamos o seguinte questionamento: Como a formação profissional influencia na integralidade e seu desenvolvimento no contexto da Reabilitação Física?

A compreensão da influência da formação profissional no desenvolvimento da integralidade na Reabilitação Física torna-se imprescindível, tendo em vista, que a formação está diretamente vinculada a qualidade do cuidado em saúde.

2. Objetivo

Compreender a influência da formação profissional no desenvolvimento da integralidade no contexto da Reabilitação Física.

3. Metodologia

A pesquisa qualitativa possibilita o entendimento das relações, das representações, das percepções, das crenças, das opiniões e da história, possibilitando desvelar processos sociais, ainda pouco revelados referente a grupos específicos ocasionando a elaboração e revisão de conceitos, categorias e abordagens durante a investigação (Minayo, 2014).

A construção do conhecimento da realidade é essencial para compreender os fenômenos sociais, deste modo, esta pesquisa se alicerça nos pressupostos das Teorias Compreensivas, que se amparam e focam nas vivências, no contato entre as pessoas, a relação de pesquisadores e participantes, promovendo a empatia entre os atores e os resultados refletem a realidade (Minayo, 2014).

Dentre as possibilidades para essa compreensão através da pesquisa qualitativa podemos considerar a Hermenêutica-dialética (Minayo et al., 2015; Minayo et al., 2016).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.404-411

A Hermenêutica desenvolve-se em todos os casos de compreensão da linguagem escrita e falada. Na necessidade de compreensão ocorrerá interpretação, sempre vinculada a uma situação real a Hermenêutica estará sempre presente (Gadamer, 2015; Schmidt, 2014).

Em contradição, a Dialética defini-se pela crítica e autocrítica com seus adeptos constantemente examinando o mundo, analisando suas interpretações e promovendo mudanças (Konder, 2008).

Desta forma, a Hermenêutica pretende compreender o fenômeno, a Dialética, por sua vez, concebe o pensamento crítico. Na articulação entre as duas perspectivas pretende-se a compreensão buscando desvelar os significados, fatos, observações e relatos permitindo a construção de um relato em que os atores se reconheçam em seus contextos (Minayo et al., 2015; Minayo et al., 2016).

A Hermenêutica-dialética revela-se um caminho relevante para fundamentação de pesquisas qualitativas, nessa articulação de estratégias não há técnica específica, mas elementos teóricos que balizam os investigadores (Minayo, 2014).

De tal modo a Hermenêutica-dialética busca apreender a linguagem, as práticas e as relações sociais e através da contradição e crítica, ou seja, compreender os indivíduos inseridos em grupos sociais em um determinado momento histórico verificando interesses que os diferem e que os unificam sempre referindo-se a práxis alicerçada na tradição, linguagem, trabalho e poder (Minayo & Deslandes, 2013; Minayo, 2014).

Assim o diálogo entre Hermenêutica e Dialética resultará na compreensão de atitudes e o que está implícito para indivíduos e grupos; como também nas mudanças destes relacionando com os acontecimentos de passado e presente com projeções de futuro e, deste modo, compreender como a necessidade e a liberdade interferem no processo (Minayo & Deslandes, 2013; Minayo, 2014).

A Hermenêutica-dialética não se reduz a uma mera abordagem ou teoria de tratamento de dados, mas sim uma análise compreensiva e crítica da realidade, sendo momentos necessários para produzir a racionalidade dos processos sociais (Minayo & Deslandes, 2013).

A Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e a Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, delineram os aspectos éticos desta pesquisa. O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com parecer 1.377.931 e da CAAE 51620115.8.0000.5413 procedeu a autorização da realização de todos procedimentos pertinentes a este estudo. Os participantes conferiram previamente autorização para realização da entrevista mediante preenchimento e esclarecimento do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) (Ministério da Saúde, 2012; Ministério da Saúde, 2016; Marconi & Lakatos, 2017).

Estudo realizado no Centro de Reabilitação Lucy Montoro em uma unidade da região centro-oeste paulista que iniciou suas atividades em agosto de 2014, sendo referência para 62 municípios com uma população total 940.814 habitantes para atendimentos de Reabilitação Física a pacientes portadores lesões encefálicas do adulto, lesões medulares, amputações, má-formação e paralisia cerebral (Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo, 2014; Secretaria de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência de São Paulo, 2010).

Fizeram parte do estudo a totalidade dos integrantes da equipe multiprofissional que presta cuidados diretos e especializados no Centro de Reabilitação Lucy Montoro, constituída de 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 empregados foram profissionais com formação de nível superior e, que no período da coleta de dados não estivessem em afastamento ou em período de férias. Considerando esses critérios, dois profissionais não participaram do estudo.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.404-411

Codificaram-se os participantes com “P”, em referência a “Participante”, com sequência numérica crescente posteriormente, por exemplo, “P1”, “P2” e assim continuamente até “P24”, na apresentação dos resultados, tendo em vista o aspecto ético.

A coleta de dados para pesquisa ocorreu no ano 2016 entre os meses de fevereiro a maio; para tanto foi realizada a coleta de informações sócio demográficos e uma entrevista guiada pela seguinte questão norteadora: Na sua concepção, como a formação profissional influencia na integralidade e seu desenvolvimento no contexto da Reabilitação Física?

Realizou-se a coleta de dados por uma única pesquisadora, de modo uniformizar a realização das entrevistas, onde realizou-se uma escuta atenta sem interrupções, de modo que participante expressar-se livremente. Esta pesquisadora desenvolve atividades laborais neste Centro de Reabilitação, o que observou-se ser um fator facilitador devido uma familiarização com rotina de trabalho (Ministério da Saúde, 2012; Ministério da Saúde, 2016; Marconi & Lakatos, 2017).

Os dados obtidos foram gravados e utilizados somente para realização da presente pesquisa e, após sua transcrição, excluídos do arquivo digital. A transcrição passados cinco anos da sua publicação será destruída (Ministério da Saúde, 2012).

A análise dos dados ocorreu 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 (Minayo et al., 2015; Minayo et al., 2016).

Para que a interpretação ocorra é preciso compreender os significados, pelos que vivem tal fenômeno, para tanto, alguns parâmetros tem que ser levados em consideração que são: a compreensão dos dados no contexto em que são gerados, a seriedade dos textos supondo que os mesmos tem determinado sentido para compreensão dos motivos do autor em se expressar de tal forma não considerando que exista um ultimato em relação ao texto e entender que o autor apresentaria explicações elaboradas, caso penetrasse no mundo do pesquisador (Minayo et al., 2016).

A análise dos dados, ocorreu em três fases que são leitura compreensiva do material selecionado, exploração do material e elaboração de síntese interpretativa. O pesquisador caminha em direção de uma síntese partindo do sentido mais amplo que manifesta a lógica do conjunto do material fazendo uma articulação com os dados empíricos, os objetivos de estudos e a base teórica adotada (Minayo et al., 2015; Minayo et al., 2016).

4. Resultados e Discussão

Realizou-se entrevistas com 24 profissionais da equipe multiprofissional, sendo 91,7% dos entrevistados são do sexo feminino, 70,9% com faixa etária 25 a 34 anos, 70% com até 10 anos de tempo de formação e 70,8% com alguma Pós-graduação.

Os discursos dos profissionais da equipe que atuam no contexto da Reabilitação Física desvelaram três categorias analíticas: Pouca valorização da integralidade na formação profissional, Lacuna no processo ensino-aprendizagem relacionada a Reabilitação Física e Escassez de treinamentos e cursos com enfoque na integralidade, que são desveladas na sequencia.

4.1 Pouca Valorização da Integralidade na Formação Profissional

Nesta categoria analítica foi explicitado a pouca valorização da integralidade na formação dos profissionais que atuam na Reabilitação Física, como verificado pelas falas 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 o que pode ter ocorrido com os outros profissionais[...]”* (P11).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.404-411

> *"Falta conscientização da integralidade [...]"* (P9).
>
> *"[...] alguns profissionais não tem a noção do que é integralidade [...]"* (P3).

Alguns currículos dos cursos de graduação tinham ou ainda tem base flexneriana formando profissionais que apresentam dificuldade em compreender o seu papel na sociedade com uma visão biologicista e fragmentada pautado na lógica de mercado (Brito-Silva et al. , 2012).

As novas diretrizes curriculares implementadas nos cursos de graduação da área da saúde destacam o trabalho em equipe multiprofissional com o enfoque interdisciplinar através do desenvolvimento de habilidades e competências, rompendo o pensamento disciplinar no decorrer do processo de formação (Backes et al., 2014; Ribeiro et al., 2010).

O pensamento disciplinar é um saber míope e dicotômico, onde o profissional tem conhecimento somente sobre sua especialidade resultando no fracionamento dos problemas de saúde, ou seja, fracionamento do ser humano estando em contradição com os princípios e diretrizes do SUS que dificulta o desenvolvimento da integralidade (Backes et al., 2014; Ribeiro et al., 2010).

Existem lacunas na formação dos profissionais quanto à integralidade, diante disto espera-se que escolas desenvolvam currículos que superem os modelos tradicionais de ensino que integrem os diferentes contextos e as unidades produtoras de cuidado fazendo com que escola participe da vida em comunidade se aproximando do ideal da integralidade (Santos et al., 2015).

Há um descompasso entre a formação acadêmica e a realidade concreta dos serviços para modificação deste cenário é preciso que os docentes incorporem efetivamente as diretrizes curriculares nacionais, a promoção de espaços de reflexão entre os estudantes dos diversos cursos de saúde, estimular o uso de metodologias que incentivem ampliação da visão das pessoas como seres complexos e singulares, estimular o processo formativo, promover uma valorização do SUS e assim por consequência serão formados profissionais aptos a compreenderem as necessidades do indivíduo e à trabalharem em equipe buscando o desenvolvimento da integralidade (Backes et al., 2014; Ribeiro et al., 2010).

A Hermenêuticca-dialética possibilitou compreender que formação tem grande influência em como a integralidade será desenvolvida na prática profisssional, contudo apesar da preocupação estar presente nota-se que ainda é necessário mudanças nas escolas, onde a integralidade esteja realmente inserida de maneira profunda nos curriculos possibilitando sua real implementação.

4.2 Lacuna no processo ensino-aprendizagem relacionada a Reabilitação Física

Evidencia-se também a lacuna no processo ensino-aprendizagem no que se refere a Reabilitação Física, como mostra-se através dos próximos discursos:

> *"Na Enfermagem não tivemos uma abordagem acadêmica voltada pra Reabilitação então a dificuldade fora é bem maior"* (P6).
>
> *"Em termos de Reabilitação Física não tem uma matéria específica, pelo menos na fisioterapia, onde estamos todos em aprendizado"* (P7).

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 et al., 2017).

Diante disto precisa-se incentivar uma formação mais abrangente onde os profissionais estejam habilitados a atender as necessidades de saúde do indivíduo em processo de reabilitação (Ribeiro et al., 2010).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.404-411

A efetividade do processo de reabilitação, bem como a inclusão social da pessoa com deficiência física encontra-se intimamente ligada a formação acadêmica e quando esta encontra-se deficitária resulta em uma carência de profissionais com preparo para desenvolver as práticas em saúde em consonância com a integralidade (Missel et al., 2017).

Nota-se, a necessidade de modificação de um paradigma cultural já estabelecido buscando criar vínculos comunicacionais entre as diversas esferas do cuidado, de modo que o sistema de referência e contrarreferência seja efetivo, flexível e dinâmico possibilitando a continuidade do cuidado (Pereira & Machado, 2016).

Porém para que esta modificação de paradigma ocorra faz-se se necessário uma mudança nos cursos de graduação na área da saúde, porém os cursos não evidenciam disciplinas relacionadas à reabilitação resultando em profissionais não aptos para o atendimento de pessoas com deficiência ocasionando dificuldades no desenvolvimento do processo de trabalho (Dormites et al., 2015).

A preocupação com formação profissional encontra-se presente e desencadeando o agir transformador com o desenvolvimento da integralidade como foco, mas para tanto modificações foram e estão sendo promovidas e implementadas, de modo promover profissionais críticos e reflexivos (Silva & Ramos, 2010).

Através da Hermenêutica-Dialética constatamos que atenção à da pessoa com deficência não recebe a atenção que deveria nos cursos de graduação resultando em uma escassez de profissionais aptos em atuarem com está parcela da população, assim faz-se inerente um olhar para Reabilitação Física com enfoque na formação dos profissionais.

4.3 Escassez de Treinamentos e Cursos com Enfoque na Integralidade

Por fim identifica-se uma escassez de treinamentos e cursos com enfoque na integralidade, como descrito abaixo:

> *"[...] eu acho que precisamos de mais treinamento e mais capacitações pra ir crescendo e melhorando para começar a ver o paciente de fato como um todo"* (P10).
>
> *"[...] eu acho que deveríamos ter eventos e cursos que abrangesse toda a equipe desde a parte da administração que não podemos falar só da parte assistencial, eu acho que gente precisa conscientizar a nossa parte de administrativa também"* (P7).

Para o desenvolvimento das ações de saúde, faz-se necessárias constantes capacitações, atualizações e aprimoramentos, como propõe a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, de modo despertar a abordagem interdisciplinar (Silva et al., 2017).

Através das falas verifica-se a necessidade de suscitar um processo de educação permanente, de modo promover e privilegiar a corporificação da integralidade no contexto da Reabilitação Física (Dormites et al., 2015).

A incorporação de um Programa de Educação Permanente apresenta-se como uma ferramenta que se incorpora ao cotidiano das instituições e do trabalho sendo potente por ter seu alicerçe na aprendizagem significativa buscando transformar práticas profissionais e contribuir para aprimorar a comunicação entre profissionais e serviços favorecendo o desenvolvimento do trabalho da equipe multiprofissional, e estando em consonância com princípio da integralidade (Ministério da Saúde, 2007).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.404-411

Em virtude de uma formação defcitária no que tange a integralidade no contexto Reabilitação Física e assistência à saúde da pessoa com deficência a equipe multiprofissional ressalta a necessidade de treinamentos, onde o Programa de Educação Permanente torna-se uma alternativa para transformar práticas favorencendo a integralidade.

A transformação das práticas em saúde está intimamente relacionada a mudanças de paradigmas na formação profissional promovendo a interação entre teoria e prática, que resultará na assistência em saúde seguindo os preceitos da integralidade ocorrendo a valorização dos sujeitos.

5. Conclusões

O posicionamento do indivíduo e seu contexto no cerne das ações de saúde, em substituição a incapacidade, expressa também o princípio da integralidade, onde a atenção a saúde deve superar o olhar fragmentado sobre o indivíduo com deficiência a partir da Reabilitação Física, para tanto faz-se imperativo que os cursos de graduação estejam em concordância com diretrizes curriculares nacionais e assim possam formar profissionais capazes de desenvolver a integralidade.

A Hermenêutica-dialética proporcionou compreender influência da formação profissional no desenvolvimento da integralidade no contexto da Reabilitação Física com enfoque crítico, verificando-se a necessidade da mudança do paradigma cultural colocando a integralidade em posição de destaque, que só ocorrerá com alterações nos rumos estabelecidos do cursos de graduação, onde a abordagem integral deve superar o reducionismo ao biológico.

O presente estudo limitou-se a compreender a influência da formação profissional no desenvolvimento da integralidade no cenário da Reabilitação Física, contudo observa-se a necessidade de pesquisas futuras para verificar possíveis ações com o propósito da integralidade estar contextualizada nos cursos de graduação na área da saúde.

6. Referências

Aguiar, J. R., & Santos, A. O. (2016). O conceito de integralidade em saúde nos artigos científicos, no Supremo Tribunal Federal (STF) e nos enunciados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit., 5(4), 96-111. https://doi.org/10.17566/ciads.v5i4.275

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. https://doi.org/10.1590/1809-2950/14945923022016

Ayres, J. R. C. M. (2009). Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. Saude soc, 18(2), 11-23. https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000600003

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.

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. https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000014

Comes, Y., Trindade, J. d. S., Pessoa, V. M., Barreto, I. C. d. H. C., Shimizu, H. E., Dewes, D., Arruda, C. A. M., & Santos, L. M. P. (2016). A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da Família. Ciênc. saúde colet., 2729-2738. https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.15472016

Decreto nº 61.003, de 19 de Dezembro de 2014 da Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo. (2014). Diário Oficial do Estado de São Paulo: seção 1:1. http://pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/usr/share/documents/PcDcenso_2010RegAdministrativas.pdf

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.404-411

Dormites, S. S., Bento, L. M., Lorenzetti, J., Klein, A. C., & Pires, D. (2015). Processo de trabalho em reabilitação: a perspectiva do trabalhador e do usuário. Aquichán, 15(6), 403-412. https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.15472016

Gadamer, H. G. (2015). Verdade e método I (15th ed.). Vozes.

Konder, L. (2008). O que é dialética (25th ed.). Brasiliense.

Lacerda, F. C. B., & Santos, L. M. D. (2018). Integralidade na formação do ensino superior: metodologias ativas de aprendizagem. Avaliação (Campinas; Sorocaba), 23, 611-627. https://doi.org/10.1590/S1414-40772018000300003

Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2017). Fundamentos de metodologia científica (8th ed.). Gen Atlas.

Minayo, M. C. S. (2014). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde (14th ed.). Hucitec.

Minayo, M. C. S., & Deslandes, S. F. (2013). Caminhos do Pensamento: epistemologia e método (3rd ed.). Fiocruz.

Minayo, M. C. S., Assis, S. G., & Souza, E. R. (2016). Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais (5th ed.). Fiocruz.

Minayo, M. C. S., Deslandes, S. F., & Gomes, R. (2015). Pesquisa social: teoria, método e criatividade (34th ed.). Vozes.

Missel, A., Costa, C. C., & Sanfelice, G. R. (2017). Humanização da saúde e inclusão social no atendimento de pessoas com dificiência física. Trab. educ. Saúde, 15(2). https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00055

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. https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000300016

Pereira, S. O. (2009). Reabilitação de pessoas com deficiência física no SUS: elementos para um debate sobre integralidade [Master's thesis, Universidade Federal da Bahia]. Repositório Institucional da Universidade Federal da Bahia. http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/10898

População com deficiência e por deficiências - Censo/2010 da Secretaria de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência de São Paulo. (2010). Diário Oficial do Estado de São Paulo. http://pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/usr/share/documents/PcDcenso_2010RegAdministrativas.pdf

Portaria Nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 do Ministério da Saúde. (2007). Diário Oficial da União: seção 1. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html

Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Ministério da Saúde. (2012). Diário Oficial da União: seção 1. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016 do Ministério da Saúde. (2016). Diário Oficial da União: seção 1. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html

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. https://scielosp.org/pdf/rpsp/2010.v28n1/43-48/pt

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. https://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n3e02412014

Schmidt, L. K. (2014). Hermenêutica. (3rd ed). 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, 21 (62), 589-599. http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0420

Silva, R., & Ramos, F. (2010). Integralidade em saúde: revisão de literatura. Cienc Cuid Saude, 9(3), 593-601. https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v9i3.8726

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. https://doi.org/10.5935/1414-8145.20130022

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.404-411

Protocolos para a gestão da lesão aguda dos tecidos moles: Revisão Integrativa

Bruno Venâncio Alexandre[1], Cristina Lavareda Baixinho[2] e Maria do Céu Sá[3]

[1] Unidade de Cuidados Intensivos do Instituto Português de Oncologia, Lisboa, Portugal | brunovenancioalexandre@gmail.com| https://orcid.org/0000-0003-0170-861X

[2] Departamento de Enfermagem de Reabilitação, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa; Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), ciTechaCare, Leiria, Portugal | crbaixinho@esel.pt | http://orcid.org/0000-0001-7417-1732

[3] Departamento de Enfermagem de Reabilitação, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa; ciTechaCare, Leiria, Portugal | ceu.sa@esel.pt | http://orcid.org/0000-0001-8942-6750

Resumo: Introdução: As entorses da tibiotársica tem uma prevalência elevada na população, nem todas requerem tratamento médico. É consensual que tanto a pessoa como os profissionais de saúde nem sempre baseiam a sua decisão na evidência, com impacto negativo na evolução destas lesões que podem evoluir para a cronicidade. O envolvimento de vários profissionais na reabilitação, com abordagens diferentes, justifica a uniformização de protocolos de atuação. **Objetivos**: Este estudo tem por objetivos: 1) identificar os acrónimos dos protocolos de atuação para a gestão das lesões dos tecidos moles da articulação tibiotársica e, 2) analisar a evidência dos acrónimos. **Métodos:** Revisão Integrativa da Literatura orientada pela questão de investigação: "Quais as intervenções preconizadas nos protocolos para a gestão de lesões dos tecidos moles em fase aguda, na população adulta e idosa?", segundo protocolo e critérios de elegibilidade. A pesquisa decorreu entre outubro e dezembro de 2020, nas plataformas EBSCO, B-On, ISI, SCOPUS e JBI. **Resultados:** Os 11 estudos da amostra bibliográfica são heterogéneos em termo de objetivos e tipo de artigo, possibilitam responder à questão de investigação. Identificaram-se os seguintes acrónimos/protocolos: RICE; PRICE; POLICE; MEAT e PEACE and LOVE. **Conclusões**: Não há evidência sobre a efetividade destes protocolos para a gestão das lesões dos tecidos moles da articulação tibiotársica. Recomendam-se boas práticas como a aplicação de gelo, elevação do membro e *Optimal Loading* porque a carga progressiva tem maior probabilidade de restaurar a força e características morfológicas do colagénio.

Palavras-chave: Traumatismos do Pé; Articulação do Tornozelo; Enfermagem; Protocolos; Lesões dos Tecidos Moles.

Protocols for the Management of Acute Soft Tissue Injury: Integrative Review

Abstract: Ankle sprains are highly prevalent in the population, and not all of them require medical treatment. It is generally agreed that both the individual and health professionals do not always base their decision on evidence, with a negative impact on the evolution of these injuries, which may evolve to chronicity. The involvement of various professionals in rehabilitation, with different approaches, justifies the standardisation of protocols for action. **Goals**: This study aims to: 1) identify the acronyms of the protocols of action for the management of soft tissue injuries of the ankle joint and, 2) analyse the evidence of the acronyms. **Methods:** Integrative Literature Review guided by the research question: "Which interventions are recommended in protocols for the management of acute soft tissue injuries in adults and elderly people?", according to the protocol and eligibility criteria. The search took place between October and December 2020, in the EBSCO, B-On, ISI, SCOPUS and JBI platforms. **Results:** (The 11 studies in the bibliographic sample are heterogeneous in terms of objectives and type of article, making it possible to answer the research question. The following acronyms/protocols were identified: RICE; PRICE; POLICE; MEAT and PEACE and LOVE. **Conclusions:** There is no evidence on the effectiveness of these protocols for the management of soft tissue injuries of the ankle joint. Good practices such as ice application, limb elevation and Optimal Loading are recommended because progressive loading is more likely to restore collagen strength and morphological characteristics

Keywords: Foot injuries; Ankle Joint; Nursing; Protocols; Soft Tissue Injuries.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.412-421

1. Introdução

As lesões músculoesqueléticos são um grave problema de saúde, pela prevalência, risco de recorrência e custos associados ao tratamento e reabilitação (Wever, & McCollum, 2018). Os traumatismos da articulação tibiotársica (TT) são a causa major da ida aos serviços de urgência (Polzer et al., 2012), 80% das lesões da TT são entorses, sendo que destas 95% envolvem principalmente o complexo ligamentar lateral da articulação (Wever, & McCollum, 2018). Estas mesmas lesões representam 15% a 20% das lesões desportivas (Al-Mohrej, & Al-Kenani, 2017).

Podem ser classificadas em grau I (estiramento/distensão ligamentar), II (ruptura parcial do ligamento) e III (ruptura ligamentar completa) (Polzer et al., 2012). As entorses de grau I e II continuam a ser as lesões mais prevalentes (Wever, & McCollum, 2018). As lesões de grau I podem ser acompanhadas de edema, alguma sensibilidade, perda funcional mínima, mas sem instabilidade mecânica da articulação (Polzer et al., 2012). Nas lesões de grau II surge dor moderada, edema, sensibilidade moderada nas estruturas envolvidas, com alguma perda de movimento articular e instabilidade leve a moderada (Polzer et al., 2012; Gribble et al., 2016). Nas lesões de grau III a rutura completa é acompanhada de edema e sensibilidade acentuados, hemorragia e incapacidade funcional (Polzer et al., 2012).

Estas lesões afetam significativamente as atividades de vida diária, tornando-se uma causa de absenteísmo tanto escolar, como laboral e, ainda nas atividades físicas e de lazer (Wever, & McCollum, 2018). Em cerca de 90% das situações de traumatismo da articulação TT a pessoa retoma a atividade passados 10 dias, sendo que em 72% dos casos os sintomas persistiram durante seis meses e 45% não recuperam totalmente em três anos (Gribble et al., 2016; Wever, & McCollum, 2018).

Punt e Allet (2016) referem que tanto as lesões agudas, como as crónicas têm uma influência negativa nas atividades da vida diária, bem como na percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde e funcionalidade.

Al-Mohrej e Al-Kenani, (2017) observaram que o tratamento é geralmente conservador, e que as falhas na reabilitação funcional levam ao desenvolvimento de instabilidade crónica na articulaçao TT. Esta questão tem sido bastante debatida pelos autores que face à diversidade de abordagens têm tentado obter consenso sobre o tratamento destas lesões (Polzer et al., 2012; Gribble et al., 2016; Vuurberg et al., 2018). Conscientes das diferentes abordagens na avaliação, classificação e tratamento dos traumatismos da TT Polzer et al. (2012) conduziram uma revisão sistemática da literatura com o intuito de identificar a melhor evidência, com vista a proporem um algoritmo para o seu diagnóstico e tratamento. Nos resultados do seu estudo sugerem o acrónimo PRICE (*protection, rest, ice, compression, and elevation*) como uma abordagem para o tratamento conservador, recomendando a cirurgia apenas em casos de instabilidade crónica.

Mais estudos realizados sob esta temática têm proposto a utilização de outros acrónimos, sintetizando os elementos centrais do tratamento conservador com medidas não farmacológicas. Por exemplo, Vuurberg et al. (2018) na atualização de uma *guideline* clínica para o diagnóstico, tratamento e prevenção das lesões da TT analisam o protocolo RICE (*Rest, Ice, Compression, Elevation*) e observam que a eficácia desta combinação é questionável. Apesar de a crioterapia e o uso de compressão terem sido objeto de numerosas pesquisas, há pouca evidência para a sua eficácia na redução dos sintomas associados a lesões agudas dos tecidos moles da TT (Vuurberg et al., 2018).

Algumas situações de entorse, sobretudo de grau I, acabam por não ser observadas pela equipa médica. Um documento de consenso sobre a atuação nestas situações observa que, nos casos em que se recorre a uma ajuda especializada, 90% a gestão das mesmas não é a mais adequada (Gribble et al., 2016). Na maioria das situações de grau I a pessoa opta por um tratamaneto caseiro sem recurso a serviços de saúde, podendo aumentar o tempo de recuperação e o risco de lesões crónicas e de recorrência.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.412-421

Consideramos que a utilização dos acrónimos tem potencialidades tanto para a formação dos profissionais de saúde, melhorando e uniformizando a atuação face às lesões agudas dos tecidos moles da articulação TT, como para a educação da própria população sobre os primeiros socorros numa situação de entorse da TT. Isto porque existe uma diversidade de profissionais que podem diagnosticar, aconselhar, encaminhar e até oferecer tratamentos para este tipo de lesão, com base na sua educaçao, treino, desenvolvimento profissional continuo e existência de guidelines, estes profissionais podem ser: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos comunitários, técnicos de emergência e até treinadores desportivos (Green, Wilson, Martin & Fallon, 2019).

Face ao exposto, são objetivos deste estudo: 1) identificar os acrónimos dos protocolos de atuação para a gestão das lesões dos tecidos moles da articulação tibotársica e, 2) analisar a evidência dos acrónimos.

2. Metodologia

A presente Revisão Integrativa da Literatura (RIL) foi orientada pela seguinte questão de investigação: “Quais as intervenções preconizadas nos protocolos para a gestão de lesões dos tecidos moles em fase aguda, na população adulta e idosa?” elaborada utilizando a mnemónica PICo (população, fenómeno de interesse e contexto) (Souza, Silva, & Carvalho, 2010; Sousa, Marques-Vieira, Severino, & Antunes, 2017).

Recorreu-se a um protocolo, com seis etapas, para operacionalizar a pesquisa (Souza, Silva, & Carvalho, 2010; Sousa, et al., 2017). Após a definição da questão de pesquisa, estabeleceram-se os critérios de elegibilidade para os estudos (Tabela 1). Esta opção metodológica possibilitou estreitar os intervalos de confiança, facilitar a comparação dos trabalhos, interpretação dos dados e aumentar a precisão dos resultados.

Tabela 1. Critérios de elegibilidade para a amostra bibliográfica. Lisboa, 2020.

	Critérios de inclusão	**Critérios de exclusão**
Tipo de artigos	Estudos primários Estudos secundários Artigos de opinião, Relatos de experiência e editoriais em revistas com peer review Guidelines clínicas	Literatura Cinzenta
Participantes	≥18 anos	0-18 anos
Fenómeno	Lesões dos tecidos moles em fase aguda	Luxações e/ou fraturas Lesões crónicas

Os descritores Mesh/DeCS utilizados na pesquisa, efetuada entre os meses de outubro a dezembro de 2020, foram: (acute soft tissue; injury or traumatic injury or musculoskeletal; trauma or musculoskeletal disorders or skeletal muscle healing); and (guidelines or protocol or acronym); and (management or intervention or rehabilitation or optimal loading) and nurs*.

A pesquisa foi realizada nas bases de dados disponíveis nos motores de busca da EBSCO, B-On, Internacional Scientific Indexing (ISI), SCOPUS e Joanna Briggs Institute (JBI), a partir dos critérios de inclusão e exclusão previamente definidos.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.412-421

Para além das restrições temporais foram introduzidos outros filtros: *Full Text*; Idiomas: português, espanhol e inglês. A revisão da literatura prévia à RIL permitiu constatar que poucos estudos exploram protocolos e acrónimos para a reabilitação das lesões dos tecidos moles da TT, por isso e face à especificidade da revisão optou-se pelo limite temporal de 2010 a 2020.

A pesquisa foi conduzida através de uma investigação, seleção e extração de dados por dois investigadores independentes. Construiu-se uma tabela Excel para o registo do título do artigo/obra; autor(es), ano de publicação, tipo de artigo; objetivo(s), método e técnicas; nível de evidência e principais resultados/conclusões.

Identificaram-se 416 artigos na pesquisa, com os descritores supracitados. A leitura do título possibilitou a identificação de 7 artigos repetidos. A leitura do resumo permitiu excluir 385 estudos que não respeitavam os critérios de elegibilidade predefinidos. Leram-se na íntegra 24 artigos, foram rejeitados 13 artigos por não responderem à questão de investigação. Os 11 artigos finais contemplam a amostra bibliográfica final (Figura 1).

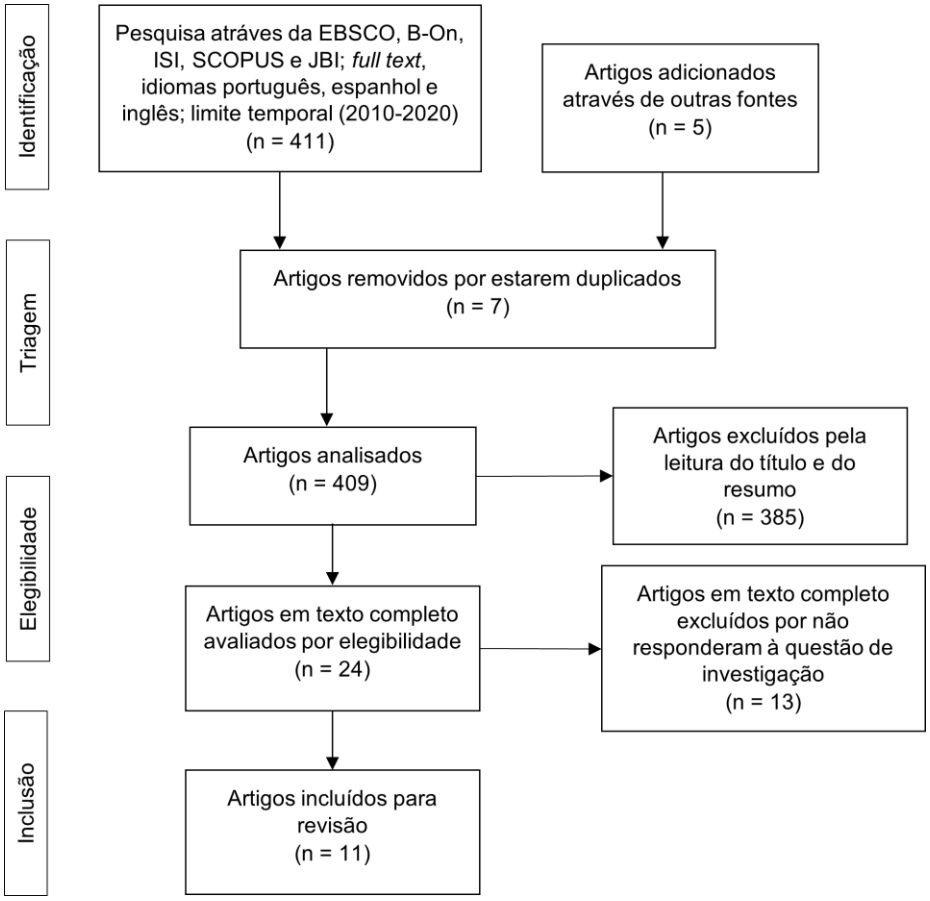


Fig. 1. Fluxograma de seleção dos artigos, segundo as recomendações PRISMA. Lisboa; Portugal. 2020.

A análise dos estudos e extração do conteúdo, para uma tabela Excel, foi efetuada por dois investigadores independentemente e posteriormente aferida pelos autores.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.412-421

3. Resultados

Os 11 estudos da amostra bibliográfica (Tabela 2) não são homogéneos, têm objetivos e desenhos de estudo diferentes dificultando a comparação dos resultados. Todavia as diferenças da sua interpretação permitem dar resposta à questão de investigação e aos objetivos do estudo. A referir que alguns estudos e documentos de consenso apresentam outros resultados, para além, do acrónimo. Todavia a sua importância, em função dos objetivos da RIL, extraímos só o que aos acrónimos dizia respeito.

Os acrónimos que foram realçados nos estudos elegíveis para esta RIL são: RICE (Al-Mohrej & Al-Kenani, 2016; Roosen et al., 2013; Vuurberg et al., 2018; Bekerom et al., 2012; Scialoia & Swartzendruber, 2020; Lefebvre & Hatch, 2016); PRICE (Polzer et al., 2012; Beakley, Glasgow & MacAuley, 2012; Bleakley, 2013); POLICE (Beakley, Glasgow & MacAuley, 2012; Bleakley, 2013); MEAT (Scialoia & Swartzendruber, 2020) e PEACE and LOVE (Dubois & Esculier, 2020).

O ICE corresponde a gelo (I), compressão (C) e elevação (E), o RICE repete esta sequência acrescentando-lhe o repouso (R), ao qual é adicionado a proteção (P) pelo PRICE. Com o POLICE observamos uma alteração de paradigma com a substituição do repouso pelo *optimal loading* (OL), mantendo o acrónimo com o resto dos constituintes já descritos. O MEAT apesar de surgir referenciado em apenas um dos estudos selecionados, parece-nos merecer ser referido uma vez que se mostrou ser uma alternativa oposta ao RICE. O MEAT representa assim: movimento (M), exercício (E), analgesia (A) e tratamento (T).

Por fim, enunciamos o acrónimo PEACE and LOVE constituído pela proteção (P), elevação (E), evitar anti-inflamatórios (A), compressão (C), educação (E), carga (L), otimismo (O), vascularização (V), exercício (E).

Tabela 2. Estudos constituintes da amostra bibliográfica, Lisboa; Portugal. 2020.

Autor(es), ano. País	Tipo de estudo	Objetivo(s)	Resultados
E1: Al-Mohrej & Al-Kenani, 2016. Reino Unido	Revisão Literatura	Caracterizar o tema. Discutir o tipo de abordagem (conservadora ou cirúrgica)	RICE – a realizar nos primeiros 2-3 dias. Fornecendo muletas (R); imersão em gelo durante 20 minutos a cada 2-3 horas (I); aplicação de uma banda flexível (C); elevar acima do coração (E).
E2: Polzer et al., 2012. Itália	Revisão Sistemática da Literatura	Classificar as evidências e desenvolver um algoritmo para o diagnóstico e tratamento das lesões agudas do tornozelo.	PRICE – a realizar nos primeiros 3-5 dias. Recurso a uma banda elástica, anti-inflamatórios não esteroides durante 3-7 dias.
E3: Roosen et al., 2013. Bélgica	Guideline	Protocolar o diagnóstico e tratamento das entorses laterais agudas do tornozelo.	RICE – Mover o tornozelo apenas dentro do limite da dor nos primeiros dias, desaconselham o repouso absoluto (R); aplicação de gelo (0-7ºC), 4-6 vezes/dia, não utilizar *packs* de gelo (I); aplicar uma banda elástica nas primeiras 24h e após uma meia elástica (C); elevar a perna nos primeiros dias para assegurar a redução do edema (E).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.412-421

Autor(es), ano. País	Tipo de estudo	Objetivo(s)	Resultados
E4: Vuurberg et al., 2018. Reino Unido	Guideline	Facilitar a uniformidade do diagnóstico e tratamento da lesão aguda da entorse lateral do tornozelo.	RICE – não há evidência de que este sozinho tenha qualquer influência positiva na dor, edema ou funcionalidade da pessoa.
E5: Bekerom, Struijs, Blankevoort, Welling, Dijk & Kerkhoffs, 2012. EUA	Revisão Sistemática da Literatura	Analisar a eficácia da aplicação da terapia RICE, quando iniciada dentro das 72 horas após a entorse do tornozelo.	RICE – As evidências disponíveis nos ensaios clínicos randomizados são insuficientes para determinar a eficácia relativa da terapia RICE nas entorses agudas do tornozelo no adulto.
E6: Beakley, Glasgow & MacAuley, 2012. EUA	Editorial	Discutir a atualidade do acrónimo PRICE	PRICE – O repouso deve ser de duração limitada e restrito imediatamente após o trauma. Pode ser prejudicial e inibe a recuperação. POLICE – *Optimal Loading* a carga progressiva tem maior probabilidade de restaurar a força e características morfológicas do colagénio.
E7: Scialoia & Swartzendruber, 2020. EUA	Revisão da Literatura	Analisar as evidências disponíveis na literatura para elucidar porque é que o protocolo RICE não é um método confiável para melhorar o processo de recuperação de lesões musculo - esqueléticas agudas.	RICE - O uso desta técnica para acelerar o processo de recuperação é inequivocamente um mito. MEAT - Foi proposto como uma alternativa mais ideal, abordando de uma forma mais eficaz as discrepâncias em torno do protocolo RICE.
E8: Dubois & Esculier, 2020. Reino Unido	Editorial	Divulgar o acrónimo PEACE and LOVE e justificar as suas vantagens em relação ao ICE, RICE, PRICE e POLICE	ICE, RICE, PRICE e POLICE – focam-se no tratamento agudo, ignorando os estádios subagudos e crónicos da cicatrização dos tecidos. PEACE AND LOVE – engloba o *continuum* da reabilitação desde o cuidado imediato até à gestão posterior. Delineando a importância de educar as pessoas e abordar os fatores psicossociais para melhorar a recuperação. Os anti-inflamatórios podem ter efeitos potencialmente prejudiciais na cicatrização ideal dos tecidos.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.412-421

Autor(es), ano. País	Tipo de estudo	Objetivo(s)	Resultados
E9: Lefebvre & Hatch, 2016. EUA	Protocolo	Sistematizar a evidência	RICE - a maior parte dos argumentos para o uso deste acrónimo ou dos seus componentes individuais são amplamente baseados em ensaios clínicos de baixa qualidade e em estudos de laboratório com participantes ilesos ou modelos animais.
E10: Bleakley, 2013. Reino Unido	Revisão da Literatura	Fornecer uma atualização sobre a base científica para o uso do PRICE e dos seus componentes, e conselhos práticos para a implementação clínica.	PRICE - Grande parte da base da evidência é composta por estudos científicos básicos e evidências observacionais, em vez de evidências clínicas. Substituído o *rest* (R) por *optimal loading*, originando o acrónimo POLICE em vez de PRICE
E11: Bleakley et al., 2010. Reino Unido	Revisão da Literatura	Rever a eficácia clínica e os fundamentos fisiopatológicos para o uso do PRICE na lesão aguda de tecidos moles.	PRICE - Realizar descarga sobre o tecido na fase aguda após a lesão, evitando movimentos no plano da lesão. A carga progressiva deve ser iniciada após a fase aguda. Depois de qualquer elevação, voltar a colocar a parte do corpo para uma posição dependente da gravidade, gradualmente.

4. Discussão

A crioterapia enquanto intervenção, está presente tanto no ICE, como no RICE, PRICE e POLICE. Esta é tida como uma intervenção de relevo no controlo e redução do edema, assim como na dor decorrente da lesão dos tecidos moles da TT. As recomendações da sua utilização dispersam desde a imersão em gelo durante 20 minutos de 2-3h, com o objetivo de manter a temperatura da TT nos 12ºC (Al-Mohrej & Al-Kenani, 2016). Contrapondo esta prescrição existe a recomendação da aplicação de gelo durante 10 minutos, com um intervalo de outros 10 minutos entre uma nova aplicação do mesmo tempo a cada duas horas. Esta modalidade demonstra um benefício adicional, em termos de dor, quando comparada com a aplicação padrão de 20 minutos, durante a primeira semana pós lesão (Lefebvre & Hatch, 2016). Recomendação apoiada também por Bleakley et al. (2010), que prescreve a aplicação de gelo durante 5 a 15 minutos, uma vez que são atingidos níveis melhores de analgesia. A utilização do gelo combinado com o exercício mostra efeitos positivos no edema em comparação com a aplicação de quente, mas quando utilizado isoladamente não mostra efeitos no aumento da funcionalidade, nem da redução do edema e da dor (Kerkhoffs et al., 2012). Em relação à aplicação do gelo é bastante limitada a existência de evidência consolidada acerca dos seus efeitos, no entanto, não existe evidência que diga para não ser utilizado (Wever et al., 2018).

A nível fisiopatológico o repouso potencia a congestão de resíduos metabólicos provenientes da lesão, atrasando a conclusão do processo inflamatório, e consequentemente o processo de cicatrização e remodelação (Scialoia & Swartzendruber, 2020). Ainda a este nível, os mesmos autores afirmam que a atividade após uma lesão musculoesquelética irá inibir a miostatina, proteína que limita o crescimento muscular, reduzindo a possibilidade de atrofia muscular (Scialoia & Swartzendruber, 2020).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.412-421

Também Bleakley et al. (2010) afirmam que períodos longos de repouso, 2 a 3 semanas, são prejudiciais, dado que promovem mudanças adversas na biomecânica e morfologia do tecido lesionado. Posto isto, é recomendada a realização de carga sobre a TT, dado que mesmo períodos curtos de descarga irão resultar em alterações negativas na força muscular, na morfologia do tecido, nas propriedades biomecânicas e na resistência à tração (Bleakley, 2013). Estes dados levam-nos a crer que períodos de repouso após uma lesão musculoesquelética aguda não promovem o processo de recuperação (Scialoia & Swartzendruber, 2020). A aplicação de carga precoce e progressiva sobre o tecido lesado mostra-se uma intervenção com maiores benefícios do que o repouso (Bleakley, 2013), dado que tem maior probabilidade de restaurar a resistência e as características morfológicas dos tecidos compostos por colagénio, ou seja, conjuntivos como tecido ósseo e cartilaginoso (Bleakley et al., 2010).

Em lesões de maior gravidade é por vezes prescrito a imobilização da TT, com recurso ao gesso, no entanto, um período longo de imobilização (mínimo de 4 semanas) é menos eficaz quando comparado com outros tratamentos funcionais, quando necessária recomenda-se um período máximo de 10 dias para a redução da dor e do edema (Kerkhoffs et al., 2012).

O acrónimo RICE, presente também no PRICE, é mencionado em todos os 11 estudos incluídos nesta RIL, este apresenta-se pela defesa do repouso como intervenção essencial para a recuperação após lesão da TT. No entanto, quando este é aplicado de forma isolada não apresenta mais benefícios, quando comparado com a sua utilização em conjunto com uma mobilização antero-posterior e manipulação da TT, dado que esta última demonstra uma melhora significativa na amplitude do movimento (Roosen et al., 2013).

O uso dos anti-inflamatórios, não é consensual, Polzer et al. (2012) afirmam que estes conduzem a uma redução significativa da dor, o que conduz a uma recuperação mais rápida, recomendando o seu uso durante 3 a 7 dias juntamente com o uso da crioterapia. No entanto, as várias fases do processo inflamatório ajudam na cicatrização dos tecidos lesados, o que conduz à premissa que a inibição da inflamação através de medicação pode afetar negativamente a cicatrização dos tecidos a longo prazo (Dubois & Esculier, 2020). O mesmo autor acrescenta que também o gelo pode ter este efeito negativo, dado que interrompe o processo inflamatório e a revascularização, retardando a infiltração de neutrófilos e macrófagos (Dubois & Esculier, 2020).

O *optimal loading*, um conceito que surge primeiramente no acrónimo POLICE e se mantém no PEACE and LOVE, marcando a preferência por estes dois, comparativamente com os anteriores, nomeadamente o RICE e o PRICE. O *optimal loading* visa substituir o repouso por um programa de reabilitação equilibrado, onde a atividade é iniciada precocemente, assim como a recuperação (Beakley, Glasgow & MacAuley, 2012; Bleakley, 2013). A questão essencial para a aplicação desta intervenção prende-se com: o que é a carga ideal? Dado ao carácter ímpar de cada lesão não são apresentadas recomendações da carga a aplicar, no entanto, esta deve ser imposta tendo em conta o stress colocado sobre o tecido lesado, o tipo de tecido e a região anatómica. (Beakley, Glasgow & MacAuley, 2012) No início desta intervenção devem ser realizados períodos curtos de carga com períodos mais longos de repouso (Bleakley, 2013). Ao aplicar o *optimal loading* sem exacerbar a dor estar-se-á a promover a cicatrização, a remodelação e a aumentar a tolerância dos tecidos, assim como a capacidade de resistência dos tendões, músculos e ligamentos (Dubois & Esculier, 2020).

Dados aos resultados apresentados e argumentos para os constituintes de cada acrónimo, cremos que o acrónimo com as intervenções justificadas por uma evidência de maior qualidade e com menos argumentos que refutem a sua utilização é o acrónimo POLICE. Este consenso não provém da referência ao acrónimo em si, mas sim da análise dos seus constituintes.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.412-421

5. Conclusões

Avaliando os resultados obtidos dos artigos selecionados concluímos que será pertinente desaconselhar o uso dos acrónimos ICE, RICE e PRICE dados os argumentos utilizados, principalmente na rejeição do repouso como parte integrante do processo de reabilitação da lesão aguda da TT. Em suma, e tendo em conta o apresentado na discussão acerca dos benefícios da mobilização precoce, concluímos que esta deve ser iniciada o mais cedo possível. Dada a recomendação de dar tempo para a aplicação do gelo controlar a dor e o edema, visando a melhoria e manutenção da amplitude do movimento, minimizando o risco de rigidez articular e atrofia muscular. Ou seja, a mobilização da TT deve ser realizada, nos primeiros dias, dentro do limite da dor, desencorajando o repouso absoluto e por isso mesmo, aconselhamos os acrónimos referidos.

A análise efetuada ao conteúdo dos artigos foi suportada pelos princípios da análise de conteúdo, o que confere rigor e validade ao presente estudo. Todavia a presente RIL tem subjacentes limitações ao nível da qualidade de evidência selecionada, sendo composta por apenas duas revisões sistemáticas da literatura e nenhum estudo controlado randomizado ou estudo clínico. Outro dado que contribui para uma análise menos profunda da questão de investigação é o fato de esta RIL incorporar na sua maioria estudos que recaem sobre o acrónimo RICE, não tendo assim uma amostra variada e igualitária para todos os acrónimos.

Posto isto, as sugestões que fazemos para investigações futuras são a realização de ensaios clínicos e estudos controlados randomizados acerca da utilização do acrónimo POLICE e PEACE and LOVE. Com o intuito de justificar ou não a pertinência dos mesmos, quando utilizados os seus constituintes em conjunto, ao invés de uma análise isolada de cada um ou o estudo dos mesmos através de estudos em animais e/ou contextos laboratoriais. Questões como a utilização ou não de anti-inflamatórios, o recurso à compressão e crioterapia parecem-nos também questões que necessitam de ser esclarecidas através deste tipo de estudos que sugerimos.

6. Referências

Al-Mohrej, O.A. & Al-Kenani N.S. (2017). Acute ankle sprain: conservative or surgical approach? EFORT Open Reviews, 13, 1(2),34-44. doi: https://doi.org/10.1302/2058-5241.1.000010.

Baixinho, C.L., Presado, M.H., & Ribeiro, J. (2019). Qualitative research and the transformation of public health. Ciência & Saúde Coletiva; 24 (5)1583-1583. https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.05962019

Bekerom, M.P.J., Struijs, P.A.A., Blankevoort, L., Welling, L., Dijk, N., & Kerkhoffs, G.M.M.J. (2012) What Is the Evidence for Rest, Ice, Compression, and Elevation Therapy in the Treatment of Ankle Sprains in Adults? Journal of Athletic Training, 47(4), 435-443. doi: https://doi.org/10.4085/1062-6050-47.4.14

Bleakley, C.M. (2013) Acute Soft Tissue Injury Management Uodate. Sportex Medicine, 58, 16-19.

Bleakley, C.M., Glasgow, P., & MacAuley, D.C. (2012). PRICE needs updating, should we call the POLICE? British Journal of Sports Medicine, 46(4), 220-221. doi: https://doi.org/10.1136/bjsports-2011-090297

Bleakley, C.M., Glasgow, P.D., Phillips, N., Hanna, L., Callaghan, M.J., Davison, G.W., …, Delahunt, E. (2010). Acute Management of Soft Tissue Injuries. Sheffield: Association of Chartered Physiotherapists in Sports and Exercise Medicine.

Dubois, B., & Esculier, J.F. (2020). Soft-tissue injuries simply need PEACE and LOVE. British Journal of Sports Medicine, 54(2), 3-5. doi: https://doi.org/10.1136/bjsports-2019-101253

Green, T., Willson, G., Martin, D., Fallon, F. What is the quality of clinical practice guidelines for the treatment of acute lateral ankle ligaments sprains in adults? A systematic review. BMC Musculoskeletal Disorders, 20(394), 1-13. doi: https://doi.org/10.1186/s12891-019-2750-6

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.412-421

Gribble, P.A., Bleakley, C.M., Caulfield, B.M., Docherty, C.L., Fourchet, F. & Fong D.T.P. (2016). Consensus statement of the International Ankle Consortium: prevalence, impact and long-term consequences of lateral ankle sprains. British Journal of Sports Medicine, 50(24),1493-1495. doi: https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096188.

Kerkhoffs, G., Bekerom, M., Elders, L., Beek, P., Hullegie, W., Bloemers, G., & Bie, R. (2012). Diagnosis, treatment and prevention of ankle sprains: an evidence-based clinical guideline. British Journal of Sports Medicine, 46, 854-860. doi: https://doi.org/10.1136/bjsports-2011-090490

LeFebvre, R., & Hatch, S. (2016). Ankle Sprains: Management. Health Centers of UWS. Western States Chiropractic College.

Polzer, H., Kanz, K. G., Prall, W. C., Haasters, F., Ockert, B., Mutschler, W., & Grote, S. (2012). Diagnosis and treatment of acute ankle injuries: development of an evidence-based algorithm. Orthopedic reviews, 4(1), e5. doi: https://doi.org/10.4081/or.2012.e5

Punt I.M., & Allet L. (2016) Functional Effects of Ankle Sprain. In: Müller B. et al. (eds) Handbook of Human Motion. Springer, Cham. (pp.1-16). doi: https://doi.org/10.1007/978-3-319-30808-1_72-1

Roosen, P., Willems, T., De Ridder, R., San Miguel L., Holdt Hennigsen, K., Paulus, & Jonckheer, P. (2013) Ankle sprains: diagnosis and therapy. Good Clinical Practice. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre. KCE Reports 197C.

Scialoia, D., & Swartzendruber, A. (2020). The R.I.C.E Protocol is a MYTH: A Review and Recommendations. The Sport Journal, 1-19.

Sousa, L.M.M., Marques-Vieira, C.M.A., Severino, S.S.P., & Antunes, A.V. (2017). A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. Revista Investigação em Enfermagem, 2(21),17-26.

Souza, M.T., Silva, M.D., & Carvalho, R. (2010). Integrative review: what is it? How to do it? Einstein, 8(1),102-6. doi: http://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134

Vuurberg G., Hoorntje A., Wink L.M., Doelen B.F.W., Bekerom M.P., Dekker R., & Kerkhoffs, G. (2018). Diagnosis, treatment and prevention of ankle sprains: update of an evidence-based clinical guideline. British Journal of Sports Medicine, 52(15), 956. doi: http://doi.org/10.1136/bjsports-2017-098106

Waterman, B.R., Owens, B.D., Davey, S., Zacchilli, M.A., & Belmont, P.J. Jr. (2010). The epidemiology of ankle sprains in the United States. Journal of Bone and Joint Surgery. 6;92(13):2279-84. doi: http://doi.org/10.2106/JBJS.I.01537.

Wever, G.S. & McCollum, G. (2018). The management of acute lateral ankle sprains: a survey of South African surgeons and best evidence available. The South African Orthopaedic Journal, 17(2), 35-39. doi: https://dx.doi.org/10.17159/2309-8309/2018/v17n2a6

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.412-421

Percepción sobre el apoyo social recibido tras el diagnóstico de cáncer de mama: La experiencia dos años después del diagnóstico

Elena Torralba-Martínez [1] y Núria Codern-Bové[2]

[1]Universitat Autònoma de Barcelona, España | elenatm4@gmail.com | https://orcid.org/0000-0001-5716-0898

[2]Escola Universitària d'Infermeria i Teràpia Ocupacional de Terrassa (EUIT), Universitat Autònoma de Barcelona, Terrassa, España | nuriacodern@euit.fdsll.cat | https://orcid.org/0000-0003-0210-7488

Resumen: Introducción: El apoyo social percibido por la mujer tras el diagnóstico de cáncer de mama se relaciona con su calidad de vida y es predictor de la adaptación a la enfermedad. **Objetivos**: Comprender la evolución del apoyo social percibido por la mujer e identificar el apoyo social dos años después del diagnóstico de cáncer de mama. **Métodos:** Se diseñó un estudio cualitativo fenomenológico. La recogida de datos se realizó a través de entrevistas semi-estructuradas a 16 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama en el 2016. Sobre las entrevistas se realizó un análisis de contenido temático entorno a las categorías principales del social (apoyo emocional, apoyo instrumental y apoyo informacional) asistido por el programa Nvivo v.12**. Resultados:** Del análisis de los datos emergieron 6 categorías temáticas: 1) Cuidadora y cuidada a lo largo del cáncer de mama, 2) Expectativas y satisfacción con el apoyo social recibido, 3) Necesidades y autocuidado durante el tratamiento, 4) Falta de apoyo instrumental: un problema estructural, 5) Información: problema o solución, 6) Falta de apoyo informacional como origen de problemas en el periodo de seguimiento. **Conclusiones:** El apoyo social recibido por la mujer con cáncer de mama disminuye con el tiempo y dos años después del diagnóstico se percibe una falta de apoyo sobre todo de tipo instrumental.

Palabras clave: Apoyo Social; Cáncer de Mama; Apoyo Estructural; Supervivencia; Investigación Cualitativa.

Perception of the Social Support Received after the Diagnosis of Breast Cancer: The Experience Two years after the Diagnosis.

Abstract: Introduction: The social support perceived by women after breast cancer diagnosis is related to their quality of life and is a predictor of adaptation to disease. **Objectives:** To understand the evolution of the social support perceived by the woman and to identify the social support two years after the diagnosis of breast cancer. **Methods:** A qualitative phenomenological study was used. The data collection was carried out through semi-structured interviews with 16 women diagnosed with breast cancer in 2016. A thematic content analysis was carried out on the interviews around the main categories of social support (emotional support, instrumental support and informational support) assisted by the program Nvivo v.12. **Results:** From the analysis of the data, 6 themes emerged: 1) Caregiving and cared for throughout breast cancer, 2) Expectations and satisfaction with the social support received, 3) Needs and self-care during treatment, 4) Lack of instrumental support: a structural problem, 5) Information: problem or solution, 6) Lack of informational support as a source of problems in the follow-up period. **Conclusions:** The social support received by women with breast cancer decreases over time and two years after diagnosis a lack of support is perceived, especially of an instrumental support.

Keywords: Social Support; Breast Cancer; Structural Support; Survivorship; Qualitative Research.

1. Introducción

El aumento en la prevalencia del cáncer de mama (CM) en los últimos años ha ido acompañado de una creciente preocupación acerca de los factores que mejoran el bienestar de la mujer y su calidad de vida (Badana et al., 2019; Kugbey et al., 2019). Diferentes estudios han apreciado como el apoyo social recibido por la mujer se ha relacionado con la calidad de vida tras el diagnóstico de CM (Yoo et al., 2010).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.422-430

El apoyo social cambia y evoluciona en base a las nuevas necesidades que experimenta la mujer en cada fase de la enfermedad (Drageset et al., 2012; Dumrongpanapakorn & Liamputtong, 2017).

En el periodo del diagnóstico las reacciones de las mujeres son muy diversas y se identifican diferentes necesidades de apoyo (Mermer et al., 2016). Las mujeres entran en contacto con el sistema sanitario y se valora el apoyo informacional (Drageset et al., 2012). Posteriormente, durante el tratamiento, las mujeres destacan las consecuencias del tratamiento (náuseas, vómitos, pérdida del apetito, cansancio y pérdida de resistencia, etc.) y las necesidades que experimenta son de tipo instrumental (apoyo para la higiene, para cocinar, etc.), pero también de tipo emocional (sentirse apoyada, recibir ánimo) (Mermer et al., 2016; Smit et al., 2019). Por último, en el periodo de supervivencia conviven dos conductas ante la enfermedad: por un lado, la mujer se siente fuerte y optimista; por otro lado, la mujer experimenta miedo ante una posible recurrencia (Drageset et al., 2016).

Algunas investigaciones han apreciado como el apoyo social referido por las mujeres con CM tiende a disminuir con el tiempo (Fong et al., 2016). Esta disminución se acompaña de limitaciones sociales, es decir, de dificultades para expresar pensamientos y sentimientos relacionados con la enfermedad debido a las respuestas negativas de los demás (Tait & Silver, 1989). En la etapa de seguimiento del CM, la falta de apoyo emocional y las limitaciones sociales supone un factor de riesgo para el desarrollo de ansiedad y depresión (Escalera et al., 2019; Puigpinós-Riera et al., 2018; Rivera Rivera & Burris, 2019). Por ello nos planteamos responder la pregunta: ¿Cuál es la evolución del apoyo social percibido por la mujer dos años después del diagnóstico de CM?

En España, el apoyo social en mujeres diagnosticadas de CM ha sido un tema estudiado (Durá-Ferrandis et al., 2017; Puigpinós-Riera et al., 2018). Sin embargo, encontramos pocos estudios españoles que aborden el fenómeno desde una perspectiva cualitativa (Smit et al., 2019). Por esta razón, el estudio actual pretende comprender la evolución del apoyo social percibido por la mujer e identificar el apoyo social dos años después del diagnóstico de CM.

2. Metodología

2.1 Diseño

Este estudio se enmarca en un proyecto más amplio que aborda la experiencia de vivir CM dos años después del diagnóstico (Barcelona, España). Desde un paradigma interpretativo se utilizó un estudio cualitativo fenomenológico para comprender la experiencia de las mujeres en relación con el apoyo social percibido dos años después del diagnóstico de CM.

2.2 Selección de Participantes

Se realizó un muestreo intencional sobre la muestra de un estudio previo realizado en el mismo hospital (Estudio sobre el impacto socio-económico en mujeres diagnosticadas de cáncer de mama) (Masià et al., 2019). Se incluyeron a mujeres diagnosticadas de CM por primera vez en el año 2016 y con edades comprendidas entre los 50 y los 70 años. Se excluyó a aquellas mujeres con recidivas o en una etapa avanzada de la enfermedad. El número final de participantes se estableció en base a los principios de saturación de los datos.

A través de la enfermera de la unidad de mama del hospital se contactó telefónicamente con las mujeres que cumplían los criterios de inclusión. Una vez se les explicó el objetivo del estudio, aquellas que aceptaron participar y dieron su consentimiento recibieron una llamada de un miembro de equipo investigador para acordar día y hora para realizar la entrevista de forma presencial.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.422-430

2.3 Recogida de Información

Entre enero de 2018 y junio de 2019 se realizaron entrevistas semi-estructuradas basadas en el modelo de calidad de vida propuesto en el estudio de Ferrell et al (Ferrell et al., 1995). Dicho modelo estructuró las principales áreas del bienestar a valorar en la mujer en área física, psicológica, espiritual y social. Las preguntas se orientaron para comprender el apoyo social percibido en cada área y la satisfacción de la mujer a lo largo del tiempo. De tal manera encontramos preguntas del tipo ¿Cómo le ha afectado la enfermedad a nivel físico a lo largo de todo el proceso? ¿Cómo sintió que la apoyaron? Las entrevistas se realizaron por una enfermera del equipo con experiencia previa en dicha metodología. Estas se llevaron a cabo en una sala del hospital y fueron grabadas en audio.

2.4 Análisis de los Datos

Los audios de las entrevistas se transcribieron en su idioma original, castellano o catalán. Sobre las transcripciones se llevó a cabo un análisis de contenido temático con el soporte del programa Nvivo 12 (v.12). El proceso analítico se realizó por la investigadora principal y otra investigadora del equipo.

Se realizó una codificación mixta (cerrada y abierta). La codificación cerrada se realizó en torno a la categoría “Apoyo social” y el estudio de House (1981). Previamente a la codificación de las entrevistas se describieron los tipos de apoyo social que se identificarían en las entrevistas (apoyo emocional, apoyo estructural y apoyo informacional) (House, 1981). La codificación abierta se llevó a cabo paralelamente, y a medida que se iban leyendo las entrevistas emergieron nuevas categorías (fuente de apoyo, falta de apoyo, afrontamiento, fases de la enfermedad, etc).

Una vez las entrevistas estuvieron codificadas se realizó la exploración de la información a través de una *consulta de grupo* y una *matriz de codificación* mediante Nvivo 12. Esta función permitió profundizar en las relaciones entre las diferentes categorías.

Finalmente, la validación de los resultados del análisis se realizó mediante la triangulación de la información con la enfermera de la unidad de mama del hospital.

2.5 Aspectos Éticos

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación Clínica (CEIC) del hospital (IIBSP-CAM-2016-63)**.** Todas las mujeres firmaron el consentimiento informado previa participación en el estudio. Con el objetivo de mantener el anonimato de las participantes se utilizó un pseudónimo que garantizó la no identificación de las entrevistadas.

3. Resultados

3.1 Características de las Participantes

Se realizaron un total de 16 entrevistas a mujeres diagnosticadas de CM en 2016. La media de edad de las mujeres entrevistadas fue de 60 años en el diagnóstico. El 100% de las mujeres fueron intervenidas de tumorectomía. En cuanto a los tratamientos recibidos, el 50% de las entrevistadas recibieron radioterapia, quimioterapia y hormonoterapia, y el 37% recibieron radioterapia y hormonoterapia. Como excepción, una mujer recibió radioterapia y quimioterapia, y otra mujer recibió únicamente hormonoterapia. A nivel socioeconómico el 25% de las entrevistadas tenían ingresos bajos, el 44% ingresos medios y el 31% ingresos altos.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.422-430

3.2 Temas emergentes durante el análisis

Del análisis emergieron seis temas en base a las categorías principales (Tabla 1).

Tabla 1: Temas revelados en el análisis.

APOYO EMOCIONAL	1. Cuidadora y cuidada a lo largo del cáncer de mama
	2. Expectativas y satisfacción con el apoyo recibido
APOYO INSTRUMENTAL	3. Necesidades y autocuidado durante el tratamiento
	4. Falta de apoyo instrumental: un problema estructural
APOYO INFORMACIONAL	5. Información: problema o solución
	6. Falta de apoyo informacional como origen de problemas en el periodo de seguimiento

3.2.1 Cuidadora y Cuidada a lo Largo del Cáncer de Mama

El diagnóstico conlleva necesidades relacionadas con la enfermedad, y otras relacionadas con el rol de la mujer dentro de su familia. En el momento del diagnóstico sus principales preocupaciones giran en torno al pronóstico de la enfermedad, pero también les preocupa saber cómo comunicar la enfermedad y el efecto de la noticia en la familia. Una parte de las mujeres no recibió apoyo al no poder comentar sus preocupaciones a la familia (con padres muy mayores o hijos centrados en el trabajo y la crianza).

Yo en casa no lo podía decir porque tengo una madre de 90 años … Claro todo eso te afecta, que tú en casa no puedas llorar, no puedas explicárselo a una madre… (Neus, 60 años)

Durante el tratamiento las mujeres refirieron necesitar mucho apoyo emocional. Sin embargo, también encontramos algún caso en que la mujer no necesitó ese apoyo debido a su larga experiencia como cuidadora principal.

Por último, dos años después del diagnóstico, las mujeres hacen referencia a la falta de apoyo emocional sobre todo para verbalizar el miedo. En general se percibe como la familia y el entorno más próximo necesita distanciarse de la enfermedad y no hablar del tema.

A veces le quitan tanta importancia… Y yo necesito decirlo, necesito expresar lo que siento…Y a veces no me dejan. (Neus, 60 años)

3.2.2 Expectativas y Satisfacción con el Apoyo Recibido.

La satisfacción de las mujeres entrevistadas se basa en sus expectativas de apoyo. Las mujeres utilizan expresiones como “actuaron como esperaba” o “han estado ahí” para hacer referencia al apoyo satisfactorio. Sin embargo, también se identifican expresiones como “no lo que yo habría querido”, “me gustaría no tenerlo que decir” o “me decepcionó” que hacen referencia a una falta de apoyo en relación con las expectativas de la mujer.

Me decepcionó un poco mi marido. Es la forma de ser de cada uno, pero en esos momentos más flojos puede que sí que me encontrara como más sola. (Lola, 66 años).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.422-430

3.2.3 Necesidades y autocuidado durante el tratamiento.

El apoyo instrumental se valora más durante el periodo de tratamiento. En ese momento las mujeres experimentan más limitaciones físicas, que les impiden realizar las actividades básicas de la vida diaria.

Gracias a mi marido que ha estado un año pendiente de mí en todo y por todo, yendo a comprar, haciendo las cosas, hacer la comida, ducharme, lavarme, o sea todo, todo, (Inés, 70 años).

3.2.4 Falta de apoyo instrumental: un problema estructural.

En el periodo de seguimiento (dos años después del diagnóstico) es donde se identifica una disminución de todos los tipos de apoyo, y paralelamente un aumento de la falta de apoyo sobre todo instrumental. Esta falta de atención se atribuye al hospital, y en general se percibe que las consecuencias se tratan por separado, por diferentes especialistas y que no se consigue una solución satisfactoria. Algunas mujeres buscan atención privada para satisfacer sus necesidades.

Encontramos mujeres en el estudio que refieren dificultad para reincorporarse al ámbito laboral. Dificultades para encontrar trabajo, problemas con el trabajo que desarrollaban antes de la enfermedad, etc.

Cuando me incorporé hubieron varios despidos y aquello me afectó. Me dieron tareas más físicas, cosa que he llevado muy mal y llegó un punto que tuve un síncope. (Sofía, 55 años).

Por último, las mujeres más mayores de estudio presentan menos redes de apoyo. En los discursos las mujeres asumen el aislamiento como parte del proceso del envejecimiento, y no identifican la soledad como un problema que agrava las consecuencias de haber padecido el CM.

3.2.5 Información: problema o solución

El apoyo informacional se atribuyó principalmente a profesionales sanitarios del hospital y a mujeres que habían pasado la enfermedad. Para algunas mujeres recibir información las capacitó en la toma de decisiones y les proporcionó cierto control sobre la situación. Sin embargo, para otras mujeres la información, sobre todo en momentos iniciales, les produjo ansiedad.

Me sentí muy apoyada en todo. Todo lo que preguntabas en el momento una respuesta… (Neus, 60 años).

3.2.6 Falta de apoyo informacional como origen de problemas en el periodo de seguimiento.

Las mujeres entrevistadas por lo general están satisfechas con la información recibida por parte de los profesionales del hospital en el momento del diagnóstico y del tratamiento. Es en la fase de seguimiento donde refieren una falta de información para abordar las consecuencias del tratamiento, sobre las posibles complicaciones a largo plazo, etc. Esto genera ansiedad cuando la mujer presenta síntomas o dolencias dos años después.

Tuve un susto porque me noté un bultito. Me hicieron pruebas y era agua que se había generado de la radioterapia. (Neus, 60 años).

Yo ya sé que no tiene remedio, pero no sé a lo mejor me podrían decir que haga algún ejercicio, alguna cosa para estar mejor… (Marina, 56 años).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.422-430

4. Discusión

Acorde a estudios previos (Fong et al., 2016) la disminución del apoyo social está relacionada con las necesidades y expectativas que las mujeres experimentan según la fase de la enfermedad (Den Oudsten et al., 2010).

El apoyo emocional es el tipo de apoyo que más se valora a lo largo de todo el proceso de la enfermedad. Este ofrece a la mujer motivación y energía para afrontar la incertidumbre del diagnóstico y el tratamiento (Dumrongpanapakorn & Liamputtong, 2017). Sin embargo, se experimenta una falta de apoyo al anteponer el cuidado hacia los demás, y ante dificultades para expresar sus necesidades al entorno (Coyne et al., 2012). Además, dos años después del diagnóstico se aprecian limitaciones sociales, lo cual impide a la mujer expresar su miedo ante una posible recurrencia (Drageset et al., 2020; Rivera Rivera & Burris, 2019).

El apoyo instrumental se considera fundamental durante el periodo del tratamiento, cuando las mujeres experimentan más dificultades para satisfacer su propio autocuidado. Dos años después del diagnóstico, las mujeres destacan una falta de apoyo instrumental que atribuyen sobre todo al hospital y al trabajo. Una vez finalizado el tratamiento las mujeres no sienten una continuidad en su atención. Este hecho lleva a la mujer con más recursos a buscar alternativas y satisfacer sus necesidades de forma privada (Sousa Rodrigues Guedes et al., 2020). A su vez, las mujeres describen cambios a nivel laboral como consecuencia de la enfermedad (Bilodeau et al., 2019). El abordaje de dichos cambios supone un reto para la mujer sobre todo cuando desarrolla trabajos físicos (Paul et al., 2016; Vanderpool et al., 2013). Por último, las mujeres más mayores del estudio deben hacer frente a las consecuencias de la enfermedad en el contexto propio del envejecimiento (Angarita et al., 2020). Por tanto, los resultados muestran como la falta de apoyo instrumental en la fase de seguimiento favorece las desigualdades sociales y las mujeres con menos ingresos y más edad serán más susceptible de no poder atender las consecuencias de la enfermedad (Dialla et al., 2012; Puigpinós-Riera et al., 2018).

Por último, el apoyo informacional se percibe de forma diferente por las mujeres del estudio. Algunas mujeres necesitan información sobre la enfermedad, y conocer los detalles del proceso les aporta cierto control sobre la situación (Aunan et al., 2019; Drageset et al., 2020; Faller, Brahler, et al., 2017). Sin embargo, para otras mujeres la información genera ansiedad, y prefieren vivir el proceso paso a paso (Faller, Strahl, et al., 2017). En la fase de seguimiento, las mujeres perciben una falta de información acerca de las secuelas y los cambios físicos (Vachon, 2006). Como consecuencia la mujer puede llegar a confundir algunos síntomas propios de la enfermedad o el tratamiento con un nuevo proceso canceroso (Aunan et al., 2019; Smit et al., 2019).

La metodología cualitativa ofrece resultados enriquecedores a partir del análisis de los discursos de las mujeres diagnosticadas de CM. Los resultados no solo nos permiten conocer el apoyo social percibido por la mujer, sino que también orienta sobre los motivos por los que un apoyo no resulta satisfactorio y sobre las necesidades insatisfechas dos años después del diagnóstico. Nuestros hallazgos ofrecen información relevante para la mejora de la asistencia (sanitaria, laboral y social) de las mujeres con CM en el periodo de seguimiento.

La limitación principal del estudio actual se basa en el riesgo de sesgo de memoria. Al tratarse de un estudio retrospectivo sobre el apoyo social percibido dos años después del diagnóstico existe el riesgo de que el recuerdo sobre ese periodo esté alterado.

5. Conclusiones

El apoyo social que recibe la mujer cambia y evoluciona durante los dos años posteriores al diagnóstico de CM. El apoyo emocional es el apoyo que más se valora a lo largo del tiempo, sin embargo, con el paso de los años tiende a disminuir. Esta disminución tiene consecuencias sobre el bienestar de la mujer, la cual no encuentra comprensión para expresar sus miedos y preocupaciones.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.422-430

El apoyo instrumental, se valora sobre todo en la etapa de tratamiento, cuando la mujer experimenta más limitaciones físicas. Con el paso del tiempo también disminuye, y una falta de compromiso por parte de las autoridades sanitarias puede aumentar las desigualdades sociales, donde las mujeres con menos recursos y más edad tienen más riesgo de no atender las consecuencias de la enfermedad. Por último, el apoyo informacional se puede valorar de forma positiva o negativa en función de las necesidades de la mujer. La falta de información a lo largo del tiempo puede originar problemas en el periodo de seguimiento. Comprender la evolución del apoyo social percibido por la mujer con CM es necesario para abordar las consecuencias a largo plazo y satisfacer las necesidades de una enfermedad de gran prevalencia en la sociedad española.

Agradecimientos

Las autoras queremos agradecer la contribución en el artículo de Magda Ciendones, enfermera de la Unidad de Mama del hospital de la Santa Creu y Sant Pau.

6. Referencias

Angarita, F. A., Zhang, Y., Elmi, M., & Look Hong, N. J. (2020). Older women's experience with breast cancer treatment: A systematic review of qualitative literature. *Breast*, *54*, 293–302. https://doi.org/10.1016/j.breast.2020.11.009

Aunan, S. T., Wallgren, G. C., & Sætre Hansen, B. (2019). Breast cancer survivors' experiences of dealing with information during and after adjuvant treatment: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, *28*(15–16), 3012–3020. https://doi.org/10.1111/jocn.14700

Badana, A. N. S., Marino, V. R., Templeman, M. E., McMillan, S. C., Tofthagen, C. S., Small, B. J., & Haley, W. E. (2019). Understanding the roles of patient symptoms and subjective appraisals in well-being among breast cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, *27*(11), 4245–4252. https://doi.org/10.1007/s00520-019-04707-2

Bilodeau, K., Tremblay, D., & Durand, M.-J. (2019). Return to work after breast cancer treatments: Rebuilding everything despite feeling "in-between". *European Journal of Oncology Nursing*, *41*, 165–172. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.06.004

Coyne, E., Wollin, J., & Creedy, D. K. (2012). Exploration of the family's role and strengths after a young woman is diagnosed with breast cancer: Views of women and their families. *European Journal of Oncology Nursing*, *16*(2), 124–130. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2011.04.013

Den Oudsten, B. L., Van Heck, G. L., Van der Steeg, A. F. W., Roukema, J. A., & De Vries, J. (2010). Personality predicts perceived availability of social support and satisfaction with social support in women with early stage breast cancer. *Supportive Care in Cancer*, *18*(4), 499–508. https://doi.org/10.1007/s00520-009-0714-3

Dialla, P. O., Dabakuyo, T. S., Marilier, S., Gentil, J., Roignot, P., Darut-Jouve, A., Poillot, M. L., Quipourt, V., & Arveux, P. (2012). Population-based study of breast cancer in older women: prognostic factors of relative survival and predictors of treatment. *BMC Cancer*, *12*. https://doi.org/10.1186/1471-2407-12-472

Drageset, S., Lindstrøm, T. C., & Ellingsen, S. (2020). "I Have Both Lost and Gained." Norwegian Survivors' Experiences of Coping 9 Years after Primary Breast Cancer Surgery. *Cancer Nursing*, *43*(1), E30–E37. https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000656

Drageset, S., Lindstrøm, T. C., Giske, T., & Underlid, K. (2012). "The support i need": Women's experiences of social support after having received breast cancer diagnosis and awaiting surgery. *Cancer Nursing*, *35*(6), 39–47. https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31823634aa

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

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.422-430

Dumrongpanapakorn, P., & Liamputtong, P. (2017). Social support and coping means: the lived experiences of Northeastern Thai women with breast cancer. *Health Promotion International*, *32*(5), 768–777. https://doi.org/10.1093/heapro/dav023

Durá-Ferrandis, E., Mandelblatt, J. S., Clapp, J., Luta, G., Faul, L. A., Kimmick, G., Cohen, H. J., Yung, R. L., & Hurria, A. (2017). Personality, coping, and social support as predictors of long-term quality-of-life trajectories in older breast cancer survivors: CALGB protocol 369901 (Alliance). *Psycho-Oncology*, *26*(11), 1914–1921. https://doi.org/10.1002/pon.4404

Escalera, C., Santoyo-Olsson, J., Stewart, A. L., Ortiz, C., & Nápoles, A. M. (2019). Social support as a moderator in the relationship between intrusive thoughts and anxiety among Spanish-speaking Latinas with breast cancer. *Psycho-Oncology*, *28*(9), 1819–1828. https://doi.org/10.1002/pon.5154

Faller, H., Brahler, E., Harter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., Weis, J., Boehncke, A., Reuter, K., Richard, M., Sehner, S., Koch, U., & Mehnert, A. (2017). Unmet needs for information and psychosocial support in relation to quality of life and emotional distress: A comparison between gynecological and breast cancer patients. *Patient Education and Counseling*, *100*(10), 1934–1942. https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.05.031

Faller, H., Strahl, A., Richard, M., Niehues, C., & Meng, K. (2017). The prospective relationship between satisfaction with information and symptoms of depression and anxiety in breast cancer: A structural equation modeling analysis. *Psycho-Oncology*, *26*(11), 1741–1748. https://doi.org/10.1002/pon.4358

Ferrell, A. B. R., Dow, K. H., & Grant, M. (1995). Measurement of the Quality of Life in Cancer Survivors. *Springer*, *4*, 523–531.

Fong, A. J., Scarapicchia, T. M. F., Mcdonough, M. H., Wrosch, C., & Sabiston, C. M. (2016). Changes in social support predict emotional well-being in breast cancer survivors. *Psy*, *26*(5), 664–671.

House, J. S. (1981). Work Stress and Social Support. *California*, *Addison We*. http://mendeley.csuc.cat/fitxers/86193f5fd1ec22acb2bade10d6b1840a

Kugbey, N., Meyer-Weitz, A., & Oppong Asante, K. (2019). Mental adjustment to cancer and quality of life among women living with breast cancer in Ghana. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, *54*(3), 217–230. https://doi.org/10.1177/0091217418805087

Masià, J., Merchán-Galvis, Salas, K., Requeijo, C., Cánovas, E., Quintana, M. J., Bonfill, X., Ayala, J. M., Cosp, X. B., Ruiz, M. J. Q., Lorenzo, C. R., Gama, K. S., Martínez, E. C., Molins, A. B., Vilanova, B. G. V., Duarte, A. M., Playa, G. P., Verdum, J. I., Raspall, M. J. F., … Galvis, Á. M. (2019). Socio-economic impact on women diagnosed and treated for breast cancer: a cross-sectional study. *Clinical and Translational Oncology*, *21*(12), 1736–1745. https://doi.org/10.1007/s12094-019-02185-w

Mermer, G., Nazli, A., & Ceber, E. (2016). Social perceptions of breast cancer by women still undergoing or having completed therapy: A qualitative study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, *17*(2), 503–510. https://doi.org/10.7314/APJCP.2016.17.2.503

Paul, C., Boyes, A., Hall, A., Bisquera, A., Miller, A., & O'Brien, L. (2016). The impact of cancer diagnosis and treatment on employment, income, treatment decisions and financial assistance and their relationship to socioeconomic and disease factors. *Supportive Care in Cancer*, *24*(11), 4739–4746. https://doi.org/10.1007/s00520-016-3323-y

Puigpinós-Riera, R., Graells-Sans, A., Serral, G., Continente, X., Bargalló, X., Domènech, M., Espinosa-Bravo, M., Grau, J., Macià, F., Manzanera, R., Pla, M., Quintana, M. J., Sala, M., & Vidal, E. (2018). Anxiety and depression in women with breast cancer: Social and clinical determinants and influence of the social network and social support (DAMA cohort). *Cancer Epidemiology*, *55*, 123–129. https://doi.org/10.1016/j.canep.2018.06.002

Rivera Rivera, J. N., & Burris, J. L. (2019). A Systematic Literature Review and Head-to-Head Comparison of Social Support and Social Constraint in Relation to the Psychological Functioning of Cancer Survivors. *Annals of Behavioral Medicine*, *54*(3), 176–192. https://doi.org/10.1093/abm/kaz037

Smit, A., Coetzee, B. J. sean, Roomaney, R., Bradshaw, M., & Swartz, L. (2019). Women's stories of living with breast cancer: A systematic review and meta-synthesis of qualitative evidence. *Social Science and Medicine*, *222*(December 2018), 231–245. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.01.020

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.422-430

Sousa Rodrigues Guedes, T., Patrocínio da Silva Barros, C., Dantas de Oliveira, N. P., Martins Holanda, A., Albuquerque Reis, M., Rocha e Silva, B. L., Barbosa Otoni Gonçalves Guedes, M., Jerez-Roig, J., & Bezerra de Souza, D. L. (2020). Social support in the healthcare of women submitted to breast cancer treatment. *Women and Health*, *60*(8), 899–911. https://doi.org/10.1080/03630242.2020.1767263

Tait, R., & Silver, R. C. (1989). *Coming to terms with major negative life events* (J. S. Uleman & J. A. Bargh (Eds.) (ed.); Unintended). Guilford Press.

Vachon, M. (2006). Psychosocial Distress and Coping After Cancer Treatment. *Cancer Nursing*, *29*(Supplement), 26–31. https://doi.org/10.1097/00002820-200603002-00011

Vanderpool, R. C., Swanberg, J. E., & Chambers, M. D. (2013). A Narrative Review of the Confluence of Breast Cancer and Low-wage Employment and Its Impact on Receipt of Guideline-recommended Treatment. *GLOBAL ADVANCES IN HEALTH AND MEDICINE*, *2*(5), 75–85. https://doi.org/10.7453/gahmj.2013.046

Yoo, G. J., Levine, E. G., Aviv, C., Ewing, C., & Au, A. (2010). Older women, breast cancer, and social support. *Supportive Care in Cancer*, *18*(12), 1521–1530. https://doi.org/10.1007/s00520-009-0774-4

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.422-430

Una investigación cualitativa: La creación del título de Enfermería en España (1915)

Patricia Domínguez-Isabel[1, 2], Irene Soto-Fernandez[1, 3], Maria Mercedes de Dios-Aguado[1, 4], María Angustias Torres-Alaminos[1, 5], María Eva Moncunill Martínez[1,6] y María Idoia Ugarte Gurrutxaga[7]

[1] Estudio asociado HISAG-EP, Proyecto estructurante Historia y Epistemología, UICISA:E, Coimbra, Portugal.

[2] Hospital Virgen de la Salud, Toledo. Servicio de Urgencias, Sescam, España I pdominguezi@sescam.jccm.es I https://orcid.org/0000-0001-6894-2270.

[3] Escuela Pública, Ciudad de Nara. Avenida Francia 8, 45005, Toledo, España I irene.soto.due@hotmail.com I https://orcid.org/0000-0002-1140-9544

[4] Centro de Salud de Yepes, Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, Av. Santa Reliquia 26, 45313, Toledo, España I mded@sescam.jccm.es I http://orcid.org/0000-0002-0991-7558

[5] Universidad de Castilla-La Mancha – Campus de Toledo, Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Terapia Ocupacional, Toledo. 45071, España I angustiast@gmail.com | https://orcid.org/0000-0002-4523-5634

[6] Hospital Virgen de la Salud, Toledo, Espanha | mevamoncunill@hotmail.es | https://orcid.org/0000-0002-6885-530X

[7]Universidad de Castilla-La Mancha, Espanha | Maria.Ugarte@uclm.es I https://orcid.org/0000-0003-2413-3628

Resumen: Introducción: El recorrido de historia de la enfermería desde una perspectiva de género permite comprender la vinculación de la enfermería con la figura femenina a través del tiempo y el progreso que experimentaron durante la primera mitad del siglo XX. En el marco teórico se establecen las bases del trabajo para llegar a comprender la importancia del movimiento feminista y su influencia en las leyes contra la discriminación por razones de género, estableciendo un enlace con la figura de la enfermera. **Objetivos:** Describir el proceso de la creación del título de Enfermería en España (1915) desde una perspectiva de género. **Metodología**: El presente estudio es una revisión histórico-narrativa realizada en tres fases y consultando las principales bases de datos como Dialnet, SciELO, MEDLINE/Pubmed, SciELO, CINAHL, CUIDEN, ScienceDirect. **Resultados:** El avance de la profesión enfermera se produce por el paso del ámbito doméstico al ámbito hospitalario desde el reconocimiento legal y científico. Gracias a la implicación de la Congregación de las Siervas de María en mayo de 1915 se reconoció la actividad profesional creándose el título oficial de Enfermería en España. **Conclusiones:** Este trabajo refleja las dificultades que supone traspasar las barreras de las mentalidades que componen a la sociedad y la falta de cambios a niveles políticos transversales a la sociedad y la cultura, dando así importancia a la investigación cualitativa para dejar reflejado estos hechos.

Palabras clave: Enfermería; Historia; Género; Mujer.

Qualitative research: The creation of the Nursing Degree in Spain (1915).

Summary: Introduction: A journey through the history of nursing from a gender perspective allows us to understand the link between nursing and the female figure over time and the progress experienced during the first half of the twentieth century. The theoretical framework establishes the basis of the work in order to understand the importance of the feminist movement and its influence on laws against gender discrimination, establishing a link with the figure of the nurse. **Objectives**: To describe the process of the creation of the Nursing degree in Spain (1915) from a gender perspective. **Methodology**: This study is a historical-narrative review carried out in three phases and consulting the main databases such as Dialnet, SciELO, MEDLINE/PubMed, SciELO, CINAHL, CUIDEN, ScienceDirect. **Results**: The advancement of the nursing profession is produced by the passage from the domestic sphere to the hospital sphere from the legal and scientific recognition. Thanks to the involvement of the Congregation of the Servants of Mary in May 1915, the professional activity was recognised and the official title of Nursing was created in Spain. **Conclusions**: This work reflects the difficulties involved in overcoming the barriers of mentalities that make up society and the lack of changes at transversal political levels in society and culture, thus giving importance to qualitative research in order to reflect these facts.

Keywords: Gender; History; Nursing; Women.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.431-439

1. Introducción

La historia ha sido construida por aquellos que tenían derecho a la educación y posibilidad de formación en diferentes campos y ciencias, por cuestiones de raza, sexo y posición social siendo así excluida una gran parte de la población. Por cuestión de sexo solo los hombres podían acceder a formación y dejaron plasmados escritos desde una visión donde predominaba la dominación masculina y dejaron a las mujeres en un plano inferior de sumisión. Con el concepto de género permite reescribir la realidad, visibilizando a las mujeres que formaron parte de la historia y que se mantuvieron silenciadas y olvidadas (Belmonte, 2008; García, 2016).

Como cita Robinson textualmente en el 1946 “la enfermera es el espejo en el que se reflejaba la situación de la mujer a través de los tiempos” (Donahue, 1985). Con lo cual este trabajo pretende analizar y reinterpretar la historia de la enfermería desde una perspectiva de género, y con ello, visibilizar al trabajo desempeñado por los/as profesionales dedicados/as al cuidado.

En la segunda mitad del siglo XIX, la enfermería en España estuvo marcada por una situación de progreso constante debido a que esta práctica sanitaria no estaba reconocida a nivel legal y social. Los cuidados ejercidos por este colectivo eran ligados directamente a la figura de la mujer y, por ende, a una figura sin recursos económicos, científicos y culturales (García & Cravioto, 2013; Palanca de la Varga et al., 2017; Sánchez Miura & Romero Castillo, 2017). Este trabajo era desarrollado dentro del domicilio del enfermo y se vinculó a un ideal de servicio doméstico donde los objetivos principales eran atender a las necesidades básicas del paciente como el aseo, el cuidado del bienestar, la alimentación, el sueño, la ayuda a la movilidad e incluso a la limpieza del domicilio (Espinosa, 2015; Sánchez et al., 2017).

Con la promulgación de la Ley de Bases Públicas, también conocida como Ley Moyano (1857), se legislaron las profesiones sanitarias (artículos 40 y 41) entre las que se encontraban las de practicante y matrona. El título de practicante dio la oportunidad de unificar una serie de oficios como sangradores, callistas, dentistas y asistentes a partos. El título de matrona recogió las profesiones de partera, comadrona y profesora de partos (Hernández-Martín, 2017; Martínez et al., 1998).

Aunque esta nueva ley diera cuerpo y forma a estas profesiones sanitarias dejó en el olvido a las mujeres que realizaban los cuidados básicos a pacientes que los precisaban en sus domicilios. A partir de este momento, las enfermeras quedaron casi cincuenta años sin un documento legal que reconociera su trabajo y con una formación sin regulación legal, es decir, no tenían acceso a unos conocimientos con un rigor científico ni un lugar y espacio donde llevarlo a cabo. Con tal situación, los cuidados de enfermería siguieron en manos de las órdenes religiosas y situadas en el ámbito hospitalario (Arroyo Rodríguez et al., 2011).

Durante la segunda mitad del siglo XIX y principios del XX la corriente ideológica que mantuvo a la mujer dentro de un prototipo específico fue la denominada domesticidad, influenciada por el tipo de pensamiento fruto de la sociedad patriarcal y religiosa. En el desglose de esta corriente encontramos prototipos e ideales donde la mujer era denominada con títulos como: El ángel del hogar, la perfecta casada o la mujer de su casa (Nash, 1994). Denominaciones que afianzaban y marginaban a la mujer a un ámbito doméstico, privado y cuyos motivos de realización vital se redujeron a la maternidad, la crianza y el cuidado del hogar. El concepto del Ángel del Hogar fue clave para continuar desarrollando un modelo decimonónico y es ahí donde se enmarcó la enfermera a principios del siglo XX (Barceló-Prats, 2018; Esteban, 2016).

El objetivo principal de este artículo ha sido describir la creación del título de enfermería en España en el 1915 desde una perspectiva de género.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.431-439

2. Metodología

La historiografía de la enfermería ha sido un reflejo de la historia de las mujeres, ya que la ligación del género femenino a esta profesión ha sido vinculante para la enfermería durante todo su recorrido profesionalizante. Junto con una perspectiva de género en este trabajo histórico permite una contribución crítica, y con ello el descubrimiento de más posibilidades de razonamiento y pensamiento al atender los diferentes factores vertebradores de los cuidados (Canalejo, 2013; Foth et al., 2018).

El presente trabajo es una revisión histórico-narrativa sobre la historia de la enfermería desde una perspectiva de género. Para ello se utilizó el modelo dialéctico estructural de cuidados (DSMC) ya que es una herramienta eficaz que ayuda a comprender las raíces sociales y culturales de las estructuras vinculadas a la división sexual y de género en el trabajo, comprendiendo de esta manera las causas por las que se producen los cambios en la sociedad (González & Ruiz, 2016; Kuerten Rocha & Lenise do Prado, 2008).

Las estructuras que se aplican son 1) unidad funcional (UF), incluye normas, valores, creencias, conocimientos y sentimientos que dan origen a los sistemas sociales y que determinan el género y la división sexual del trabajo, tan decisivos en el surgimiento de estas profesiones donde lo fisiológico se fusiona con el trabajo; 2) Marco funcional (MF), relacionado con el lugar donde se realizan las actividades, 3) elemento funcional (EF), incluye los actores sociales, responsables de la gestión de los cuidados. Estos constituyen una herramienta adecuada para la ordenación y análisis de datos para obtener una visión global de los fenómenos históricos para la perspectiva de la historia cultural (Siles, 2016; Siles-González et al., 2020).

Modelo Estructural Dialéctico de los Cuidados (MEDC)

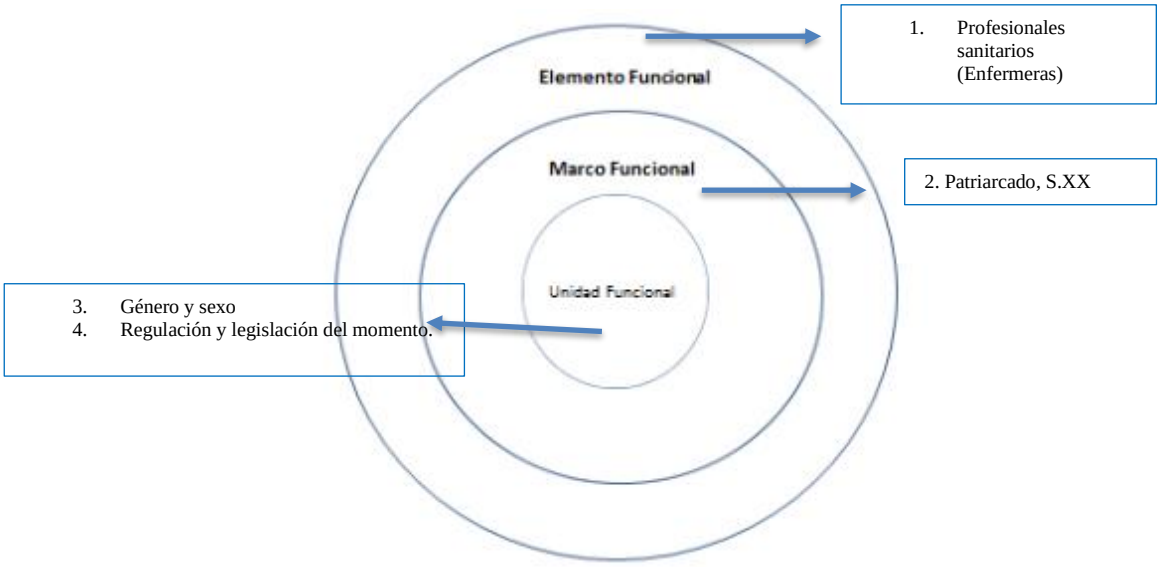


Fig. 1. Siles, J. (2010). Historia cultural de enfermería reflexión epistemológica y metodológica. Avances en enfermería. 18: 120-128.

UF:

Las distinciones entre mujeres y hombres de acuerdo con sus diferencias biológicas, es decir, por el sexo, cuentan con un recorrido histórico amplio. Cada sexo está determinado por unas características físicas, biológicas y fisiológicas adquiridas de manera natural. Pero estas diferencias se han visto condicionadas e interpretadas erróneamente en base a justificaciones ligadas a factores sociales, culturales, políticos, psicológicos, jurídicos y económicos, dando lugar a una serie de roles estereotipados que, durante mucho tiempo, han asumido patrones inflexibles de comportamiento.

(cc) BY-NC-ND
DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.431-439

Se trata, por tanto, de un conjunto de construcciones socioculturales que han dado forma al género femenino o masculino, y actualmente, también a una diversidad dentro de estas categorías. Como todo esto es inherente y transversal a la cultura, los estereotipos de género se adquieren por un proceso de socialización primaria y secundaria mediante la educación, el lenguaje, los estereotipos, la religión y los símbolos (Arroyo Rodríguez et al., 2011; Pinzón Estrada et al., 2017).

Marta Lamas, con su teoría de la construcción de la identidad desarrollada en 1986, explica que en un principio hay una asignación de sexo según el conocimiento genital. Más tarde, en torno a los tres años se produce un reconocimiento de la identidad "yo soy hombre" o "yo soy mujer". El aprendizaje de estas diferencias permite su generalización a otras situaciones, que van desde, la forma de vestir o la división de los juguetes, hasta las relaciones entre la familia y el contexto social. Más tarde se adquiere un papel o rol en la sociedad y en consecuencia la existencia de una división de trabajos por sexos (Lamas, 2018).

MF:

Dentro de un entorno los comportamientos son aprendidos y en este caso existe la dominación masculina, es decir, donde las sociedades son patriarcales, y el mundo sanitario ha sido y es un reflejo de esto (Canalejo, 2013). Inicialmente, el concepto de patriarcado fue introducido por Kate Millet, señalándolo como una herramienta analítica donde explicaba las relaciones de género de una manera asimétrica en las distintas estructuras sociales y producciones históricas, que funcionan como un opresor de las mujeres, ya que las relega al desarrollo de actividades domésticas no reconocidas y en el ámbito privado (de García Carraso, 1974). Con la existencia de una latente creencia de superioridad del hombre, que cuenta con un mayor poder a diferentes niveles sociales y culturales, ejerce un rol dominante sobre la mujer haciéndola creer que le debe subordinación y obediencia por razón de su naturaleza.

EF:

Todo esto lo encontramos plasmado en la situación de los/as profesionales de la salud en el 1915, cuando las mujeres comenzaron a querer formar parte del mundo laboral y a perseguir la formación como enfermeras en espacios públicos (universidades y/o colegios). A pesar de que la Universidad como institución abrió las puertas a las mujeres, médicos y practicantes se negaron ya que alegaban encontrar inapropiado que ellas tuvieran importancia o visibilidad en el ámbito sanitario (García, 2016).

Gayle Rubin señala que esta discriminación sexual del trabajo tiene su repercusión a la hora de ejercer en un ámbito público o privado, siendo este último sinónimo de doméstico y ahí encontramos enmarcada la figura de la enfermera en la última mitad del siglo XIX y principios del XX (Hendel, 2017; Lamas, 2018).

2.1 Estrategia de Búsqueda.

Se ha realizado una búsqueda de documentos en base al tema de estudios siguiendo una serie de fases entre los meses de septiembre de 2020 y febrero de 2021. Durante la primera fase se realizó una búsqueda en las bases de datos disponibles en la red: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE/PubMed), Dialnet, SciELO, *Cumulated Index of Nursing & Allied Health Literatura* (CINAHL), CUIDEN, ScienceDirect y Google Académico; en la segunda fase se ejecutó una exploración a través de los servicios y recursos disponibles en la Biblioteca online, Plinio y con acceso directo a través la biblioteca de la Universidad de Castilla-La Mancha; en la tercera fase se consultaron páginas web, como la de El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en la página de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en el Ministerio de Sanidad.

Los descriptores que se emplearon para realizar esta búsqueda en las diversas bases de datos fueron palabras claves en los idiomas de español e inglés, estas fueron: "perspectiva de género" "perspective of gender", "enfermería", "nursing", "historia", "history".

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.431-439

Las fórmulas empleadas para el tema de estudio fueron: (history of nursing) AND perspectiva of gender y ((perspective of gender) AND nursing) AND history.

Como criterios de inclusión se han seleccionado 1) artículos, libros y capítulos de libros a texto completo; 2) idiomas de tema seleccionado como español e inglés; 3) documentos con alta relevancia científica, donde se incluyen libros, manuscritos y artículos de revista; 4) bibliografía de no mayor antigüedad a los 10 años de publicación, salvo aquella considerada relevante e importante para el tema de estudio.

Tras la búsqueda, revisión y selección de fuentes utilizadas, se ha llegado a elegir un total de 19 artículos de revista y 7 libros y/o capítulos de libro.

Diagrama de flujo

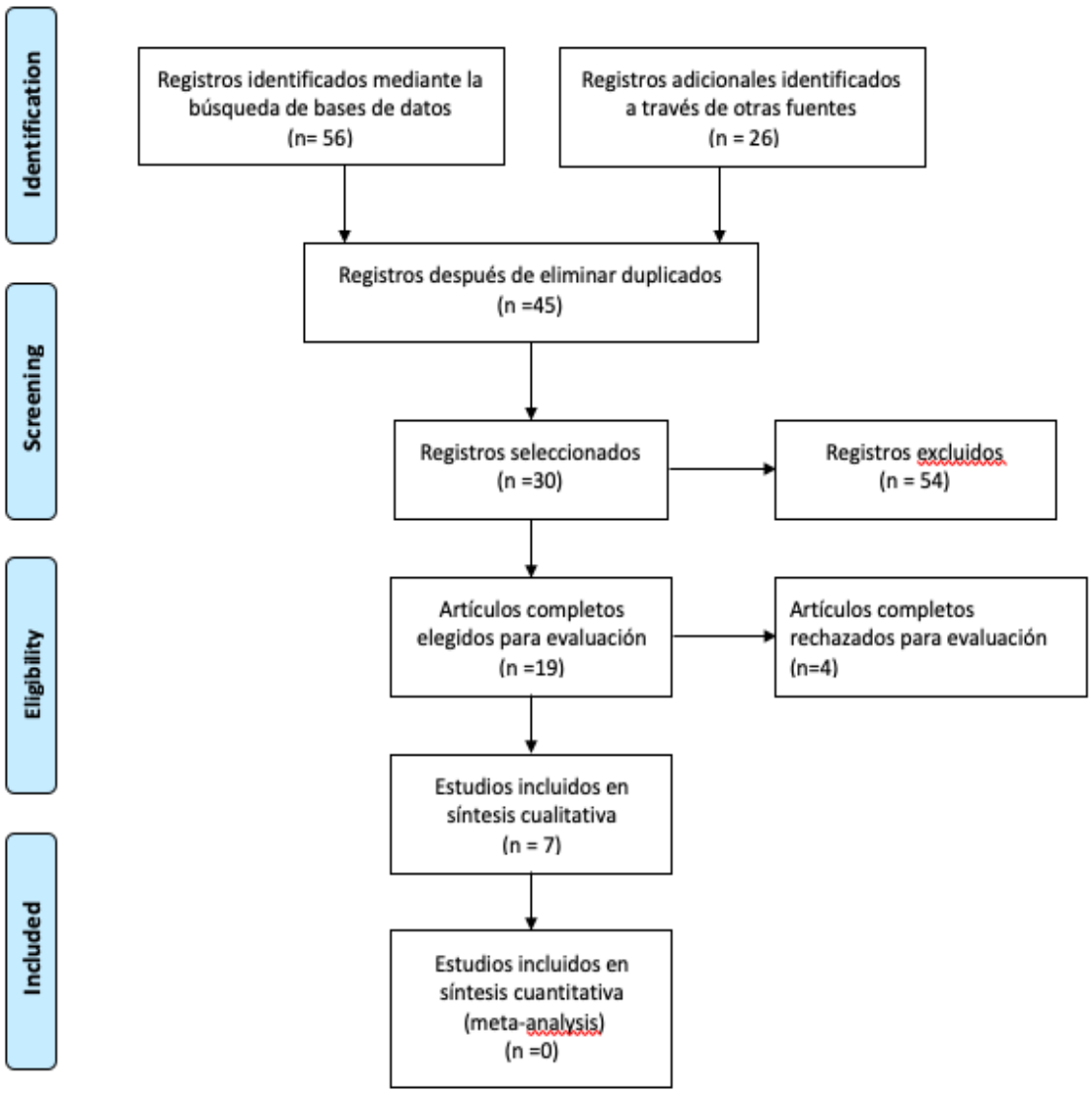


Fig. 2. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). *P*referred *R*eporting *I*tems for *S*ystematic Reviews and *M*eta-*A*nalyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.431-439

Tabla 1. Bibliografía consultada, bases de datos y palabras claves,

Bases de datos	Palabras Clave	Documentos consultados	Documentos seleccionados
Dialnet	"Enfermería"; "Historia"; "Mujer"; "género"; "Siglo XX"; "perspectiva de género".	10	3
SciELO		15	2
CUIDEN		8	4
CINAHL		16	3
PubMed		5	1
Base UCLM		10	2
Página Webs		4	3
Periódicos		5	1
TOTAL		**73**	**19**

Tabla 2. Bibliografía consultada, libros y capítulos de libro.

Libros y/o capítulos de libro	Palabras Clave	Documentos Consultados	Documentos seleccionados
Biblioteca UCLM	"Enfermería"; "Historia"; "Mujer"; "género"; "Siglo XX".	23	7

3. Resultados

A finales del siglo XIX la lucha del movimiento feminista en España perseguía conseguir la igualdad entre hombres y mujeres influenciado por Emilia Pardo Bazán junto con Concepción Arenal. Ambas establecieron objetivos que buscaban romper con el estereotipo impuesto a las mujeres, el cual perseguía conseguir la figura denominada ángel del hogar, para dejarlo atrás y obtener así independencia en la toma de decisiones y acceso a la educación (Lagunas, 2017).

El contexto social está marcado por algunos aspectos como son la organización sociopolítica del momento y los cambios sociales que afectan a toda la población. En esta época el sistema constitucional de España (1900-1920) era una monarquía doctrinaria y no democrática. Esto quiere decir que el rey Alfonso XIII tenía el poder absoluto del estado y por consecuente de los tres poderes políticos: legislativo, jurídico y legal. La política controlaba los diferentes aspectos de la vida, entre ellos la vida de las mujeres, mediante leyes que regulaban la educación y el trabajo. Por ello, las mujeres eran situadas en un plano de inferioridad y en desigualdad de oportunidades desde un marco legal, tanto para acceder al mundo laboral como a la educación (López Vallecillo, 2016).

En un marco internacional, los Estados Europeos desempeñaron un papel relevante puesto que crearon leyes basadas en el discurso de género que garantizaban normas legales, educativas y política de desigualdad y diferenciación entre los roles a desempeñar por mujeres y hombres. El Código Napoleónico es un claro ejemplo de esto, reflejado en nuestro país en el Código Civil y en el Penal. Dejaban a las mujeres en un segundo plano subordinabas al hombre una vez que se contraía matrimonio, ya que por ley debían obediencia a su marido y siempre necesitarían de su consentimiento para participar en todos los actos públicos como pudieran ser pleitos, compras y ventas.

(cc) BY-NC-ND
DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.431-439

Es entonces donde el feminismo, categorizado como una corriente del pensamiento con gran influencia en la edad contemporánea, comienza a transformar la visión de las mujeres (Espinosa, 2015).

La construcción social de lo que era ser mujer en esta época estaba totalmente alineada con el arquetipo llamado ángel del hogar, definido y caracterizado por una mujer que desempeñaba de una manera ejemplar los roles de madre y esposa, desde valores como el del sacrificio por la familia. En este estereotipo, la mujer tenía su realización personal en la maternidad y cuidado del hogar, es decir, era imperante la idea de la domesticidad. Características como la inteligencia y el trabajo eran asignadas directamente a los hombres, mientras que a la mujer se la definía por tener sentimientos de afectividad, dulzura y abnegación. Esto reforzaba aún más la idea de que las mujeres por su naturaleza estaban destinada a permanecer en el hogar y a ser las cuidadoras principales de la familia (Pinzón Estrada et al., 2017).

Durante el reinado de Alfonso XIII, la mujer comienza a luchar por romper con esta idea para conseguir su emancipación y separación impuesta por la sociedad patriarcal, donde dejaba siempre a la figura de la mujer marginada en la esfera privada. En esta época comienzan a aparecer una serie de grupos femeninos que lucharon por la plena integración de la mujer en la vida política y social. Se crearon varias asociaciones de mujeres en la primera mitad del siglo XX, con el objetivo de dar fuerza, como La Asociación Nacional de Mujeres Españolas (ANME) o El Lyceum Club Femenino. Ambas querían buscar la ruptura del rol tradicional femenino, conseguir el voto, reformar el código civil y la igualdad femenina (López Vallecillo, 2016).

En estos primeros años del siglo, con el auge de la industrialización, el trabajo de las mujeres podía estar o no remunerado pero la gran mayoría de ellas desempeñaban trabajos domésticos, como podía ser el de enfermera y en el ámbito rural la agricultura. Aunque hubo mujeres trabajadoras en fábricas, éstas tenían un salario inferior al de los hombres a pesar de realizar las mismas funciones y jornadas, existía por tanto una discriminación sexual en el trabajo. Pero de esta manera se consiguió que las mujeres pudieran liberar un trabajo fuera del hogar. No obstante, procesos naturales como el embarazo, la lactancia y los cuidados de los hijos e hijas ocupaban el mayor tiempo de estas mujeres, siendo todavía objetivos principales en sus vidas.

A su vez, en función de la clase social que ocuparan las mujeres, su vida era enfocada de diferente manera existiendo una variabilidad de metas a alcanzar. Por tanto, las relaciones establecidas son jerarquizaciones sociales, donde la cultura androcéntrica imponía y definía que roles estereotipados tenía que desarrollar cada sexo (Cobo Bedia et al., 2009).

En particular el papel de la enfermería nació y creció en este contexto como una nueva profesión que permitió a la mujer conseguir salir del hogar, con una formación reglada y un trabajo remunerado. En este momento estaba en una gran desventaja a nivel de reconocimiento social y valor científico situándola en una posición inferior comparado con carreras universitarias como medicina o títulos como el de practicante, ambas desarrolladas por hombres. En consecuencia, la profesión de enfermería estuvo feminizada durante muchos años y por ende desvalorada con una notable discriminación laboral y con presencia en su desarrollo de un sexismo ambivalente. Para poder entender cómo nació el título de enfermería es necesario realizar un recorrido histórico previo (Espinosa, 2015).

4. Conclusiones

La Historia es una ciencia compleja que recopila los sucesos y acontecimientos del ser humano a su paso por la Tierra, permitiendo además su trasmisión generación tras generación. Esta, aunque pretende ser fidedigna a los hechos y objetiva, en muchos casos no es así, ya que hay aspectos de las vidas de las personas y de su conjunto como sociedad que no han sido el foco de atención de esta ciencia y, por tanto, han quedado en el olvido.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.431-439

En relación con el objetivo principal de este trabajo, el desarrollo de la disciplina enfermera fue una carrera larga, repleta de dificultades y barreras, pero que con resistencia y esfuerzo las enfermeras pudieron llegar a la meta obteniendo el reconocimiento social que se merecían. Este trabajo se ha abordado desde una perspectiva de género, ya que a mi manera de ver la historia y quien le ha escrito, ha dejado a un lado los sucesos relacionados con las mujeres, sin visibilidad hasta nuestros días. Por ello, con este estudio de revisión bibliográfica pongo de relieve los aspectos tanto como mujer y enfermera que han hecho que hoy día pueda llegar a convertirme en lo que he querido ser.

Tal situación no deja de reflejar la dificultad en el cambio de mentalidades, que no sólo puede venir de la mano de una parte de la estructura social, de la profesión, sino que requiere de factores políticos transversales a la sociedad y la cultura. Se puede observar cómo en este momento histórico, el contexto socioeconómico y político vertebran la situación de la mujer a través de los principales ejes de desigualdad, en este caso, el género, la edad, el territorio y, en cierta medida, la clase social.

La investigación cualitativa ayuda a mantener la coherencia entre los objetivos, teoría y método, así como un enlace y compresión de los resultados obtenidos, dando una lógica científica a los hechos surgidos y una continuidad entre ellos. Además, constituye una herramienta eficaz para organizar los datos recogidos obteniendo enfoques y análisis de los datos para conseguir visiones globales de los diferentes momentos históricos.

Agradecimientos

A nuestro grupo de investigación HISAG-EP. Este estudio no ha sido financiado por ninguna entidad y no existen conflicto de intereses entre los autores.

5. Referencias

Arroyo Rodríguez, A., Lancharro Tavero, I., Romero Serrano, R., & Morillo Martín, M. S. (2011). La Enfermería como rol de género. *Index de Enfermería*, 20(4), 248-251. https://doi.org/10.4321/S1132-12962011000300008

Barceló-Prats, J. (2018). Relaciones de la Enfermería con la Antropología Médica: Bases para una historia antropológica de la Enfermería hospitalaria. En Poder e influencia de las enfermeras en la Historia (Col·legi Oficial d' Infermeria de les Illes Balears, pp. 83-99).

Belmonte, C. R. (2008). Concepto de género: Reflexiones. Ensayos: Revista de la Facultad de Educación de Albacete, 23, 307–314.

Canalejo, C. G. (2013). Análisis histórico de la situación de las enfermeras y matronas en españa.: Una perspectiva global. Raudem: *Revista de estudios de las mujeres*, 1, 50-65.

Cobo Bedia, R., Cruz, C. de la, Volio, R., Zambrano, A., Aparicio García, M., Leyra Fatou, B., & Ortega Serrano, R. (2009). Cuadernos de género: Políticas y acciones de género. Materiales de formación. Instituto Complutense de Estudios Internacionales (ICEI).

De García Carraso, C. A. (1974). La emancipación de la mujer en España (Vol. 18). Júcar.

Donahue, M. P. (1985). Historia de la Enfermería. Barcelona [etc.] : Doyma. https://catalogobiblioteca.uclm.es/cgi-bin/abnetopac/O7135/IDa67334e7/NT8

Espinosa, M. C. (2015). Centenario de la creación del título de enfermera en España: Una mirada a las mujeres que prestan cuidados. VII Congreso virtual sobre Historia de las Mujeres, 2015, págs. 45-58, 45-58. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5346826

Esteban, N. A. (2016). El ángel del hogar y sus demonios. Ciencia, religión y género en la España del siglo XIX. Historia Contemporánea, 0(21). https://www.ehu.eus/ojs/index.php/HC/article/view/15898

Foth, T., Lange, J., & Smith, K. (2018). Nursing history as philosophy-towards a critical history of nursing. Nursing Philosophy: An International Journal for Healthcare Professionals, 19(3), e12210. https://doi.org/10.1111/nup.12210

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.431-439

García, A. G. (2016). La actividad de las matronas de la Beneficencia Municipal en Cuenca (España) a comienzos del siglo XX desde la perspectiva de género. HiSTOReLo. Revista de Historia Regional y Local, 8(16), 228-269.

García, I. G., & Cravioto, E. G. (2013). Surgimiento y desarrollo de la Historia de la Enfermería en España. Enfermería Global, 12(2). https://doi.org/10.6018/eglobal.12.2.160381

González, J., & Ruiz, C. (2016). El Modelo Estructural Dialéctico de los Cuidados. Una guía facilitadora de la organización, análisis y explicación de los datos en investigación cualitativa. CIAIQ2016, 2. https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/754

Hendel, L. (2017). Comunicación, infancia y adolescencia: Guía para periodistas (Primera Edición). Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). www.unicef.org.ar

Hernández Martín, F. J. (2017). Relaciones interprofesionales practicantes/religiosos: Una aproximación al tema. En Los Colegios Profesionales de Enfermería, su función social e institucional. (pp. 187-195). Colegio Profesional de Enfermería de Salamanca.

Kuerten Rocha, P., & Lenise do Prado, M. (2008). Modelo de Cuidado: ¿Qué es y como elaborarlo? Index de Enfermería, 17(2), 128-132.

Lagunas AC. La Falange es un modo de ser (mujer): discursos e identidades de género en las publicaciones de la Sección Femenina (1938-1945). Hist Política Ideas Procesos Mov Soc. 2017;(37):91–120.

Lamas, M. (2018). El género: La construcción cultural de la diferencia sexual. El género, 1–366.

López Vallecillo, M. (2016). Presencia social e imagen pública de las enfermeras en el siglo XX (1915-1940) [Instituto de Historia Simancas]. http://uvadoc.uva.es/handle/10324/16513

Martínez, G., Jesús, M., & Martínez, A. C. G. (1998). Fechas claves para la historia de las Matronas en España. Génesis, 38, 27–30.

Nash, M. (1994). Experiencia y aprendizaje: La formación histórica de los feminismos en España. Historia social, 20, 151–172.

Palanca de la Varga, J. M., Pérez García, P., & Castro González, M. P. (2017). Evolución de enfermería en España en el siglo XIX. Institucionalización de la enfermería como profesión. En Los Colegios Profesionales de Enfermería, su función social e institucional. (pp. 333-341). Colegio Profesional de Enfermería de Salamanca.

Pinzón Estrada, C., Aponte Valverde, M. V., & Useche Morillo, M. L. (2017). ¿Sexismo en enfermería? Una mirada desde la perspectiva de género a roles feminizados como el cuidado. Sexism in Nursing? A look from the gender perspective to feminized roles such as care., 23, 123-146. https://doi.org/10.25100/prts.v0i23.4590

Sánchez Miura, J. A., & Romero Castillo, R. (2017). La enfermería durante el reinado de Isabel II. Marco Legislativo de la profesionalización enfermera en España. En Los Colegios Profesionales de Enfermería, su función social e institucional. (pp. 313-318). Colegio Profesional de Enfermería de Salamanca.

Sánchez, Y. M. M., Daza, M. F., Acuña, A. I., & Restrepo, S. S. (2017). Cronología de la profesionalización de la Enfermería. Revista Logos, Ciencia & Tecnología, 9(2), 63–83.

Siles, J. (2016). Teoria e Metódo nos Estudos Históricos em Enfermagem – o Modelo Estrutural Dialético dos Cuidados (MEDC)En: Oguisso, T., Freitas, G.F. y Siles, J. (Eds.), Enfermagem: História, Cultura dos Cuidados e Métodos (pp.291-317). Río de Janeiro: Águia Dourada. (pp. 291-317).

Siles-González, J., Romera-Álvarez, L., Dios-Aguado, M., Ugarte-Gurrutxaga, M. I., & Gómez-Cantarino, S. (2020). Woman, Mother, Wet Nurse: Engine of Child Health Promotion in the Spanish Monarchy (1850–1910). International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(23), 9005. https://doi.org/10.3390/ijerph17239005

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.431-439

La resiliencia como factor protector del cuidador informal en la labor del cuidado: Una revisión sistemática cualitativa en salud

Irene Soto-Fernández[1, 2], Patricia Domínguez-Isabel[1, 3], Blanca Espina Jerez[1, 4], Maria Jesus Bocos Reglero[1,5], Maria Angustias Torres Alaminos[1, 5], Sagrario Gómez-Cantarino[1, 5]

[1] Estudio asociado HISAG-EP, Proyecto estructurante Historia y Epistemología, UICISA:E, Coimbra, Portugal.

[2] Escuela Pública, Ciudad de Nara. Avenida Francia 8, 45005, Toledo, España. Enfermera Escolar, irene.soto.due@hotmail.com I https://orcid.org/0000-0002-1140-9544

[3] Hospital Virgen de la Salud, Toledo. Servicio de Urgencias, Sescam, España I patriventas98@hotmail.com I https://orcid.org/0000-0001-6894-2270

[4] Psicologa, Universidad Complutense, Máster en Psicologia Clínica, España I b.espinajerez@gmail.com I https://orcid.org/0000-0001-9961-072X

[5] Universidad de Castilla-La Mancha – Campus de Toledo, Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Terapia Ocupacional, Toledo. 45071, España I chusmatin@yahoo.es; angustiast@gmail.com; Sagrario.Gomez@uclm.es I https://orcid.org/0000-0003-3288-7796; https://orcid.org/0000-0002-4523-5634; https://orcid.org/0000-0002-9640-0409

Resumen: **Introducción**: El envejecimiento puede generar una situación de dependencia creando la necesidad de cuidados atendidos por cuidadores/as informales, figuras importantes para satisfacer las necesidades básicas de esa población mayor. Los cuidadores/as informales son relevantes para la sociedad por su labor en referencia al cuidado. Por tanto, es importante incidir en su resiliencia como factor protector asociado al cuidado y reforzarlo con políticas sociales. **Objetivo**: Realizar una revisión sistemática para analizar la resiliencia como factor protector en la salud del cuidador/a informal que está al cuidado de personas mayores dependientes. **Métodos:** Se realizó una revisión sistemática desde el enfoque PRISMA y el método PICO. Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica desde marzo a enero de 2021 en las bases de datos de Pubmed, Web of Science y SciELO. Se revisaron sistemáticamente los artículos científicos relacionados con la resiliencia asociados a la salud del cuidador/a informal en base a una serie de criterios de inclusión. Se utilizaron descriptores DeCS y MesH con el operador booleano “AND” y “OR” y palabras clave como “cuidado”, “cuidador informal”, “dependencia”, “envejecimiento” y “resiliencia”. **Resultados**: Inicialmente se han encontrado 936 estudios. Una vez aplicados los criterios de inclusión la muestra ha quedado conformada por 9 artículos científicos. La resiliencia es un factor protector asociada a la salud del cuidador informal que conlleva un aumento de la calidad de vida tanto física como mental. **Conclusiones**. Cuidar a quien cuida es importante para que la sociedad se vea indirectamente reforzada en esta ardua tarea. Las investigaciones sobre la resiliencia asociadas al cuidado son de vital interés a todos los niveles (social, económico, particular) y se puede considerar como una estrategia social a la hora de proteger la salud y el bienestar del cuidador/a informal.

Palabras clave. Cuidados Informales**;** Dependencia; Envejecimiento; Resiliencia y Salud.

Resilience as a Protective Factor for Informal Caregivers in Caregiving: A Systematic Review

Abstract: Introduction: Ageing can generate a situation of dependency, creating the need for care provided by informal carers, who are important figures in meeting the basic needs of this older population. Informal caregivers are relevant to society because of their care work. Therefore, it is important to focus on their resilience as a protective factor associated with caregiving and to reinforce it with social policies. **Objective**: To conduct a systematic review to analyse resilience as a protective factor in the health of informal caregivers caring for dependent elderly people.**Methods**: A systematic review was carried out using the PRISMA approach and the PICO method. A literature search was carried out from March to January 2021 in Pubmed, Web of Science and SCIELO databases. Scientific articles related to resilience associated with informal caregiver health were systematically reviewed based on a set of inclusion criteria. DeCS and MesH descriptors were used with the Boolean operator "AND" and "OR" and keywords such as "care", "informal caregiver", "dependence", "ageing" and "resilience". **Results**. Initially 936 studies were found. Once the inclusion criteria had been applied, the sample consisted of 9 scientific articles. Resilience is a protective factor associated with the health of the informal caregiver that leads to an increase in both physical and mental quality of life.**Conclusions**: Caring for the caregiver is important for society to be indirectly strengthened in this arduous task. Research on resilience associated with caregiving is of vital interest at all levels (social, economic, particular) and can be considered as a social strategy to protect the health and well-being of the informal caregiver.

Keywords. Ageing; Dependency; Health; Informal caregiver; Resilience.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.440-452

1. Introducción

Los avances científicos han proporcionado un aumento de la esperanza de vida de las personas en todo el mundo y un mayor bienestar, alargando en consecuencia la edad de la muerte. Sin embargo, estos avances no han podido erradicar las enfermedades crónicas generadoras de una necesidad en los cuidados de las personas mayores que las sufren (Schmidt, 2016). Por ello, el envejecimiento y la dependencia son un tándem inseparable, especialmente a partir de los 85 años (Whitbourne & Whitbourne, 2012). La enfermedad en la persona mayor conforma una situación de dependencia y este hecho augura que un familiar cargará con los cuidados de esta persona (Pereira & Soares, 2015). Esta situación genera una dependencia para el cuidado y ese cuidado lo lleva a cabo un cuidador/a, y si el cuidado se da en el ámbito familiar, el cuidador/a recibe el nombre de cuidador/a familiar o informal.

Ya en 1969, Zarit apuntó que normalmente el cuidado en el hogar de una persona dependiente es asumido por un familiar. Cuando se origina una situación de dependencia dentro de un hogar, se da una reestructuración de la familia por el cuidado de ese familiar pero no es meditada sino que viene en cierto modo impuesta por el nivel socioeconómico y la disponibilidad del cuidador/a para el cuidado en el momento que se origina la necesidad (Hedler, 2016). Además, las políticas sociales de los países europeos tienen conciencia de que la persona mayor prefiere envejecer en su hogar y, para ello, fomentan programas de cuidados de larga duración en los domicilios con el fin de complacer dicho propósito (OCDE, 2015).

La labor de cuidar a personas en situación de dependencia es un recurso muy valioso para la sociedad y genera un ahorro importante en las arcas estatales (Banchero & Mihoff, 2017). En este sentido, se asume por un familiar un servicio no remunerado que si lo proporcionara el estado sería muy costoso económicamente. Por otra parte, es un recurso limitado y cada vez más escaso ya que el tener menos hijos en la actualidad disminuye los potenciales cuidadores/as informales del futuro (Banchero & Mihoff 2017).

El cuidador/a informal de persona dependiente tiene sentimientos ambivalentes con respecto al cuidado. Por un lado, presenta algunas nociones negativas del cuidado (Banchero & Mihoff 2017), pero por otro, no se debe olvidar que cuidar también tiene una serie de consecuencias positivas (Machado, 2020).

En definitiva, existen múltiples formas de abordar el cuidado desde una perspectiva positiva trayendo múltiples beneficios para las partes implicadas, entre ellas se encuentra la resiliencia del cuidador/a informal.

La resiliencia se definió por Ferreira en el 1975 como extensión física de un cuerpo ante una adversidad y la posterior vuelta a su ser evitando la deformidad. Más adelante, en 2001 el concepto fue pulido por Lindström, quien llamó resiliencia al proceso de superación ante momentos difíciles con el objetivo de aprender de lo vivido y manejar habilidades para afrontar mejor la vida, es decir, un afán de superación continuo individual ante las adversidades del día a día de cada persona. Es un mecanismo de protección natural del individuo para disminuir los posibles factores de riesgo que le van surgiendo a lo largo de su vida. Pesce (2005) define cuatro factores de protección de la resiliencia y pretende dar las herramientas necesarias para afrontar una situación de estrés y generar resiliencia en el individuo.

Si se extrapola la resiliencia a la tarea de cuidar, Pinheiro (2004) afirma que tanto las personas mayores que realizan la labor del cuidado como la persona en situación de dependencia, a pesar de estar en una difícil situación tienen una predisposición a la positividad y así crean su bienestar, de esta manera se llega a un envejecimiento con éxito y la labor de cuidar es más fácil. Por otro lado, Pessotti (2018) y Trapp (2015) señalan la correlación positiva existente entre la calidad de vida del cuidador y la resiliencia, corroborando que los cuidadores con más resiliencia tienen mayor calidad de vida percibida, son más religiosos y tienen menores síntomas depresivos (Pessotti, 2018).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.440-452

Por ello, la resiliencia parece ser una fortaleza personal para el cuidado asociado a la calidad de vida física y mental del cuidador/a informal (Trapp, 2015), significando un óptimo instrumento en el cuidado que predispone al positivismo en el cuidador/a informal.

Otros autores como Araújo y Faro (2016) dan nociones para mantener la resiliencia, en ellas están: tener una dieta sana, crear endorfinas (risa, deporte, sueño…), guiar las emociones, gobernar los impulsos, ser optimista, examinar el entorno, empatizar con los demás, ser autoeficaces, tener disciplina y tener confianza en sí mismo (Araújo & Faro 2016). De este estudio se extrae que si el cuidador/a informal cumple con los apartados expuestos anteriormente, se genera una mayor resiliencia y esto revertirá en su bienestar y finalmente en la persona cuidada.

Quero (2005), apunta que la formación de las personas conforma un factor protector ante las adversidades de la vida, es decir, ellas tienen una mayor resiliencia. También ocurre lo mismo con el ejercicio físico, las personas que lo practican de forma habitual tienen un mejor ánimo y entrenan una de las habilidades que le conforman mayor resiliencia (Araújo & Faro 2016).

Por todo lo anterior, es importante capacitar al cuidador/a informal en la labor de cuidar para darle las habilidades necesarias y potenciar su resiliencia (Pinheiro, 2004), ya que aumentará la capacidad del cuidador/a para llevar en mejores garantías la difícil tarea del cuidado (Martínez-Linares, 2020).

2. Metodología

A continuación, se detalla la metodología que se ha utilizado para conformar la revisión sistemática referida al factor protector de la resiliencia en la salud del cuidador/a informal de personas mayores en situación de dependencia.

2.1 Diseño

Se ha llevado a cabo una revisión sistemática siguiendo la guía de *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (Beller, 2013), realizando una búsqueda exhaustiva en las siguientes bases de datos: PubMed, Web of Science y SciELO. Los artículos analizados corresponden a la franja temporal comprendida entre los años 2015 a 2020. Los resultados de la investigación se sintetizaron mediante estrategias que evitan el sesgo y el error aleatorio. Estas estrategias incluyeron la clasificación sistemática de todos los artículos potencialmente relevantes y la descripción del diseño metodológico. También el análisis y la extracción de información de los mismos, así como la presentación e interpretación de los resultados.

La búsqueda se realizó desde el 01 marzo de 2020 hasta el 31 enero de 2021. Para iniciar la revisión sistemática y poner en marcha el motor de búsqueda se formuló la pregunta de investigación diseñada a través de la metodología PICO (Gálvez, 2004 & Santillán, 2018), estructurando los datos de la manera siguiente:

> **P:** (Paciente o problema de interés), el cuidador/a informal que cuida a personas mayores dependientes.
>
> **I:** (Intervención), observación del factor protector en la salud del cuidador/a informal.
>
> **C:** (Comparación), personas mayores que no se encuentran en una situación de dependencia.
>
> **O:** (Outcomes) la resiliencia.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.440-452

Por ello se formula la siguiente pregunta de investigación: ¿Es la resiliencia un factor de protección en la salud del cuidador/a informal de personas mayores en situación de dependencia? Siendo una cuestión clara y directa que protegerá de posibles sesgos.

2.2 Criterios de Selección

2.2.1 Criterios de Inclusión

Como se observa en la Figura 1, los documentos recuperados durante las búsquedas se verificaron con los siguientes criterios de inclusión: (1) informe original a texto completo publicado; (2) artículos que incluyen la perspectiva de los cuidados familiares de personas dependientes mayores de 60 años; (3) estudios que indican las experiencias y las necesidades de los cuidadores/as informales en los cuidados de personas mayores; (4) artículos publicados en un periodo anterior a 5 años previos a la revisión sistemática; (5) artículos escritos en inglés, portugués o español.

Criterios de inclusión

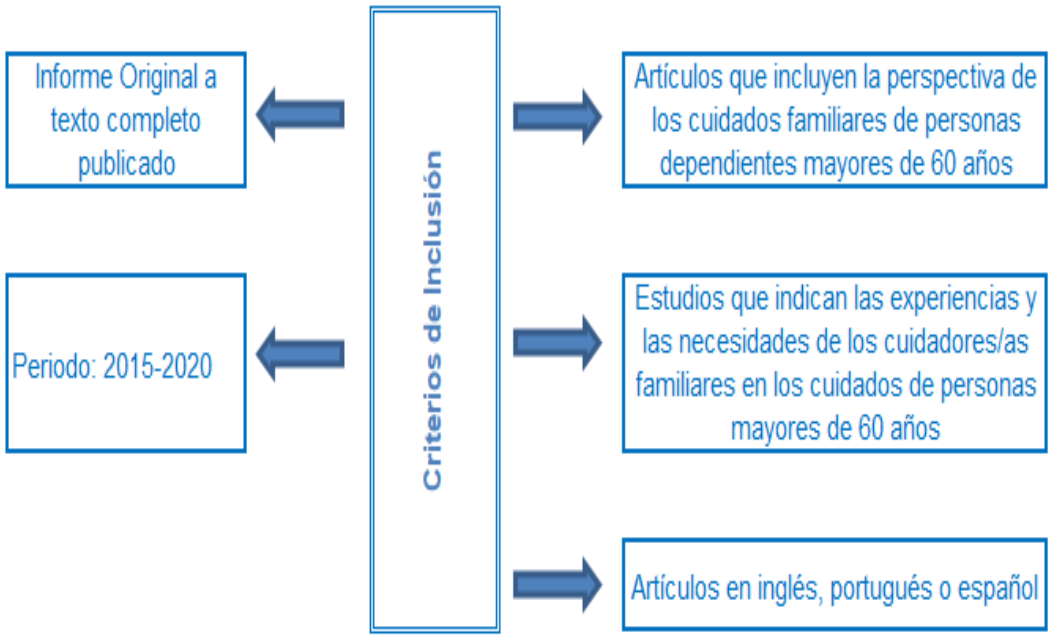


Fig. 1. Nota: elaboración propia.

2.2.2 Criterios de Exclusión

Los documentos desechados durante la búsqueda se verificación con los siguientes criterios de exclusión: (1) artículos sin acceso libre, (2) estudios sobre los cuidados formales, (3) investigaciones realizadas en el ámbito institucional (socio sanitario, residencias de mayores), (4) artículos en donde no se encontrasen en una situación de dependencia y (5) artículos de revisión sistemática. Se detalla un resumen a continuación en la Figura 2.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.440-452

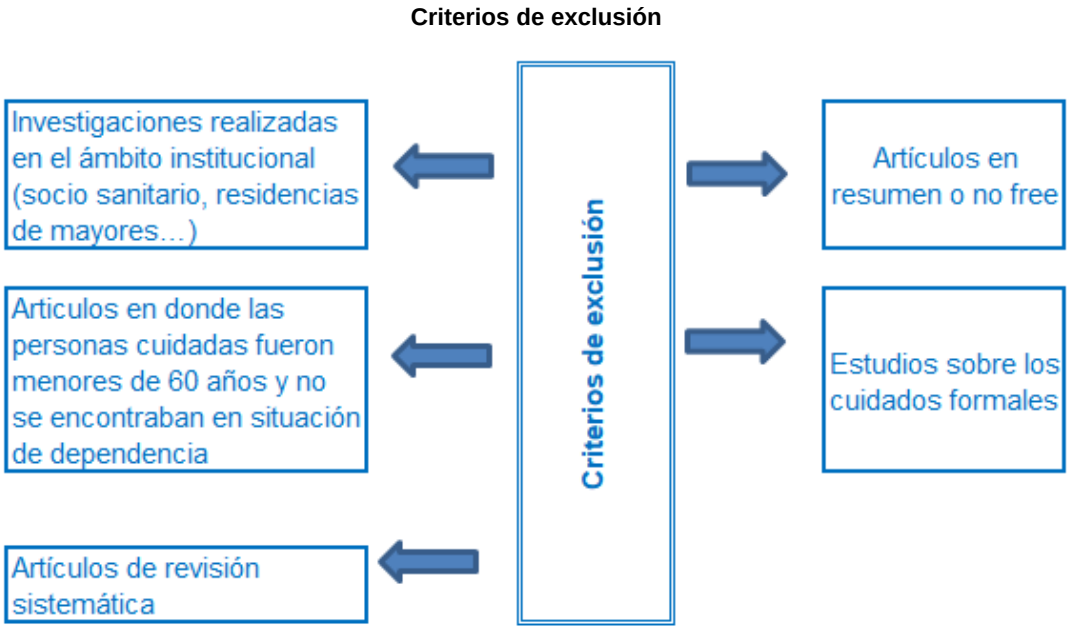


Fig 2. Nota: Elaboración propia.

2.3 Estrategias de Búsqueda de la Literatura Científica

Esta investigación se ha llevado a cabo por la emergente dificultad de incluir estudios que reflejaran la experiencia positiva en los cuidados del cuidador/a informal, los factores de protección asociados al cuidado y la disposición de la sociedad ante ello. También se debió a la necesidad de incorporar estudios que abarcaran la perspectiva de la humanización de la atención en el ámbito del hogar en la figura del cuidador/a informal. En este tipo de estudio se han incluido diseños cualitativos a través de una revisión sistemática de la literaria científica.

Las fuentes de datos consultadas fueron las que se describen a continuación:

-PubMed es un impulsor de búsqueda de acceso libre y permite consultar los materiales de la base de datos *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE)

-Web of Science es un servicio en línea de información científica, suministrado por Clarivate Analystics, integrado en ISI Web of Knowledge, Wok. Creada por Eugene Garfield y fundada en 2016, aunque su fecha de lanzamiento fue en 1997.

-Scientific Electronic Library Online (SciELO) es un modelo para la publicación de revistas en internet. Su fecha de lanzamiento es 1997.

Las fuentes elegidas fueron principalmente primarias. Se usaron tanto artículos científicos como informes ministeriales, dictámenes o estadísticas. La literatura científica se buscó en la lengua de origen documental y por ello, hay articulado en inglés, portugués y español.

La terminología tesauros elegida con DeSH son: “cuidado familiar”, “dependencia psicológica”, “envejecimiento”, “resiliencia psicológica y “salud” y con *Medical Subject Headings* (MeSH): “ageing” “dependency psychological”, “Health”, “informal caregiver” and “resilience phycological”. Además las palabras clave seleccionadas se han enlazado entre sí con los siguientes operadores booleanos AND y OR para obtener unos resultados de búsqueda más completa.

Una vez formulada la búsqueda con las palabras clave y los operadores booleanos empleados, se pueden observar los resultados obtenidos en el Tabla 1. Finalmente, el resultado del proceso de búsqueda de la revisión sistemática han sido nueve artículos.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.440-452

Tabla 1. Búsqueda de artículos

Base de datos	Total de la Búsqueda	Palabras clave	Artículos seleccionados	Titulo del articulo
Pub Med	785	Cuidado informal, Dependencia, Envejecimiento, Salud, Resiliencia	6	1.En sus propias palabras: cómo los cuidadores familiares de personas con demencia entienden la resiliencia 2.Adapting the Resilience Framework for Family Caregivers of Hospice Patients With Dementia 3.Family Dynamics and Personal Strengths among Dementia Caregivers in Argentina 4.Mediating effect of social support on the relationship between resilience and burden in caregivers of people with dementia 5.Family caregivers of elderly with dementia Relationship between religiosity, resilience, quality of life and burden 6.Personal strengths and health related quality of life in dementia caregivers from Latin America
Web of Science	144	Cuidado informal, Dependencia,Envejecimiento, Salud, Resiliencia	2	1.Psychometric properties of a resilience scale in family caregivers of older adults 2.Implementación del programa de intervención psicológica en resiliencia para cuidadores informales de pacientes con demencia tipo Alzheimer PIRCA
SCIELO	7	Cuidado informal, Dependencia,Envejecimiento, Salud, Resiliencia	1	1.Caregivers' resilience is independent from the clinical symptoms of dementia

2.4 Proceso de Identificación y Selección de Estudios

En la Figura 3 se presenta el diagrama de flujo que configura el proceso de selección de los artículos científicos de la revisión sistemática bajo el modelo PRISMA. Se obtuvieron un total de 936 registros iniciales, siendo Pubmed la base de datos en los que se obtuvo un mayor registro de trabajos que cumpliesen los criterios de inclusión del estudio. Posteriormente se procedió a eliminar los artículos duplicados, reduciendo considerablemente el número de artículos encontrados (n=794). A este número de reportes encontrados, se aplicó el filtro de la accesibilidad de los textos y el periodo temporal, obteniendo un total de artículos resultantes (n=106). Posteriormente, se rechazaron aquellos que no cumplían con los objetivos propuestos (n=52), y/o con la pregunta de investigación, el número resultante fue n=54. Se escogieron 29 artículos para leer a texto completo por ceñirse a los objetivos planteados en la revisión sistemática. Una vez analizado el contenido de dichos artículos científicos de forma pormenorizada y, una vez se comprobó que si cumplían los criterios de inclusión y exclusión se seleccionaron para el trabajo un total 9 estudios de investigación. La muestra de artículos seleccionados recoge datos y análisis de diferentes lugares a nivel mundial y ha quedado formado por los siguientes trabajos: Trapp et al. (2015), Dias et al. (2016), Elnassen et al. (2016), Han et al. (2016), Cerquera Córdoba et al. (2017), O´Dowyer et al. (2017), Pessotti et al. (2018), Mandujano et al. (2020) y Ruisoto et al. (2020).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.440-452

Diagrama de Flujo de la selección de los estudios

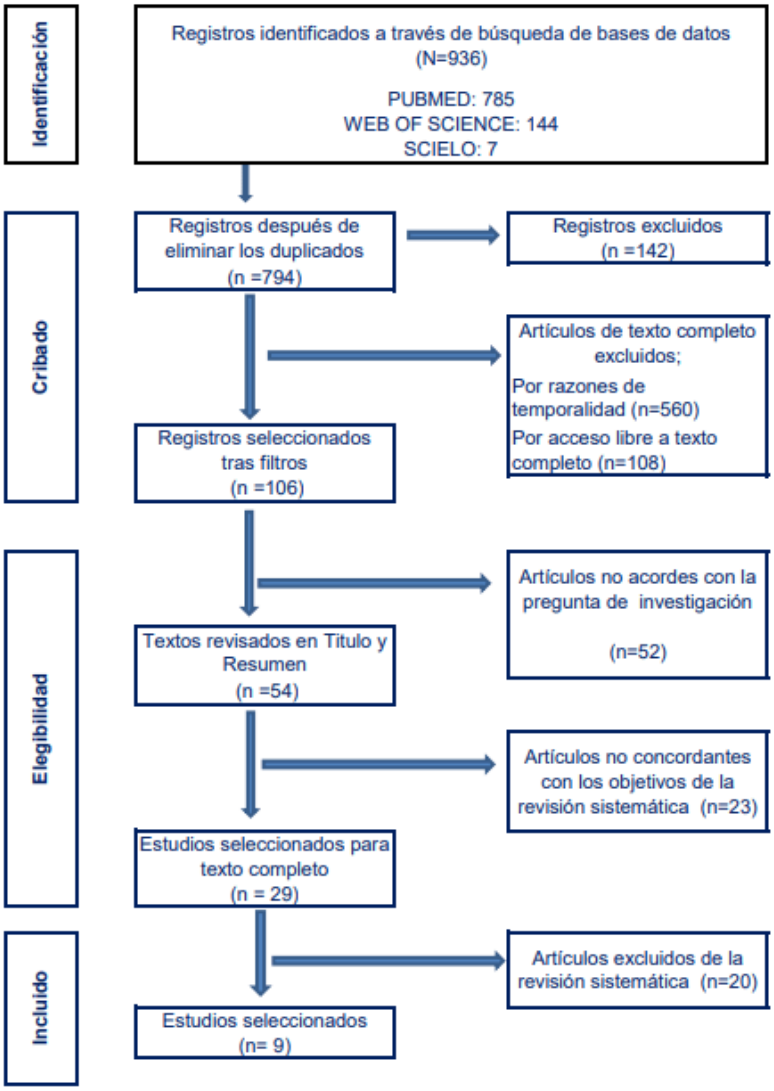


Fig. 3. Nota: Elaborado según PRISMA (2009).

2.5 Evaluación de la calidad metodológica

Los nueve artículos científicos finales resultantes se evaluaron mediante la escala de criterios PEDRo (Verghagen et al. 1998), empleada para categorizar la investigación con el fin de identificar la calidad de cada publicación (Maher, 2003). Está fundamentada en los criterios de la escala Delphi y el rango de puntuación va de 0 a 10 valorando 11 criterios. Las valoraciones comprendidas entre 9-10 puntos son consideradas una excelente calidad metodológica, de 6-8 puntos buena, de 4-5 aceptable y <3 como escasa calidad metodológica (Verhagen, 1998). Esta escala no evalúa la calidad externa del estudio sino la interna (Shiwa, 2017). A continuación, en la Tabla 2 se observa que los estudios de la revisión sistemática tienen una puntuación superior o igual a 7, por lo que se evidencia una correcta calidad metodológica de los trabajos seleccionados.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.440-452

Tabla 2. Nota: elaboración propia. Escala PeDro de artículos seleccionados

Autores	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Total
Trapp, (2015)	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	8
Dias, (2016)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	10
Elnassen, (2016)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	10
Han, (2016)	SI	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	SI	9
Cerquera, (2017)	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	9
O'Dowyer, (2017)	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	8
Pessotti, (2018)	SI	SI	NO	SI	NO	NO	SI	NO	SI	SI	SI	7
Mandaiano, (2020)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	10
Ruisoto, (2020)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	10

3. Resultados

De los artículos seleccionados encontramos 6 realizados en países latinoamericanos desde el año 2015 (Argentina y México), 2016 (Argentina/Brasil), 2017 (Colombia), 2018 (Brasil) y 2020 (México). Estos estudios tiene una horquilla de participantes de 10 (Colombia, 2017) a 130 (Argentina/Méjico, 2015), con un número total de 478. Estos muestran una correlación positiva significativa entre la resiliencia y calidad de vida del cuidador/a familiar, que sugiere que los cuidadores/as resilientes tienen una mejor percepción de vida. Por otro lado, si nos situamos en otros lugares del mundo como Australia (2017), EEUU (2019) y España (2020), los participantes oscilan de 21 a 283. En estos últimos estudios la resiliencia se conforma como un recurso individual del cuidador/a familiar innata o adquirida que evita la sobrecarga del cuidado sobre todo en la figura de la mujer cuidadora. A continuación se detallan los resultados en la Tabla 3.

Tabla 3. Descripción de los estudios seleccionados.

Autor/fecha/pais	Título del estudio	Tipo de estudio	Muestra	Objetivo	Tipo de intervención	Resultados
Trapp, S. K., Perrin, P.B., Aggarwal, R., Peralta, S. V., Stolfi, M. E., Morelli, E., Peña Obeso, L. A., & Arango-Lasprilla, J.C., en 2015. Argentina y México.	Fortalezas personales y calidad de vida relacionada con la salud en los cuidadores de demencia de América	Estudio trasversal descriptivo.	Muestreo aleatorio de 130 cuidadores/as familiares entre ambos países.	Examinar si las fortalezas personales, incluyendo la resiliencia, el optimismo y el sentido de coherencia, estaban asociadas con la calidad de vida relacionada con la salud mental y física (HRQOL) de los cuidadores de demencia en México y Argentina	-Encuesta de salud de forma corta (SF-36), evalúa funcionamiento físico, social, limitaciones de roles físicos y emocionales, salud general, mental, dolor y vitalidad.-Escala de resiliencia para adultos (RSA): valora competencia personal y social, coherencia familiar, apoyo social y estructura personal.-Sentido de la escala de la coherencia (SOC): evalúa el sentido, la comprensión y la capacidad de gestión.-Escala de orientación de la vida revisada(LOT-R): evalúa el optimismo.	Los resultados son: -las fortalezas personales (resiliencia, sentido de la coherencia y optimismo) se asocian en un 58,4% a la calidad de vida mental relacionada con la salud del cuidador/a.- Las fortalezas personales representan un 8,9% de la calidad de vida física del cuidador/A familiar, y el sentido de la coherencia es el que se asocia más significativamente a esta salud.- Todas las fortalezas están interrelacionadas entre sí y correlacionan tanto la calidad de vida relacionada con la salud física y mental del cuidador/a familiar.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.440-452

Autor/fecha/país	Título del estudio	Tipo de estudio	Muestra	Objetivo	Tipo de intervención	Resultados
Pessotti, C., Fonseca, L. C., Tedrus, G., & Laloni, D. T., en 2018. Brasil.	Family caregivers of elderly with dementia Relationship between religiosity, resilience, quality of life and burden	Estudio trasversal.	Muestreo aleatorio de 50 diadas cuidador/a /persona cuidada con demencia.	Evaluar la percepción de la calidad de vida (QoL) de los cuidadores/as familiares, la carga, la resiliencia y la religiosidad y relacionarlos con aspectos cognitivos y la aparición de síntomas neuropsiquiatricos de los ancianos con Demencia.	En la intervención se usaron: - la escala QoL-AD, la versión de los cuidadores,- la entrevista de carga, -la escala de resiliencia, -el inventario de depresión Beck y -el PDUREL	La regresión lineal mostró que la resiliencia está relacionada con QoL mejor percibido (p<0.001), la gravedad de la demencia(p.0.008), la religiosidad intrínseca más alta (IR)(p.0.044) y la menor aparición de síntomas depresivos(p.0.001)
Dias, Rachel, Simões-Neto, José Pedro, Santos, Raquel Luiza, Sousa, Maria Fernanda Barroso de, Baptista, Maria Alice Tourinho, Lacerda, Isabel Barbeito, Kimura, Nathalia Ramos Santos, & Dourado, Marcia Cristina Nascimento, en 2016. Brasil.	La resiliencia de los cuidadores es independiente de los síntomas clínicos de la demencia	Diseño trasversal.	Muestreo aleatorio de 58 diadas cuidador/a /persona cuidada con demencia, de acuerdo a la derivación de sus médicos de referencia.	Investigar la relación entre la resiliencia de los cuidadores y los factores sociodemográficos y clínicos de las personas con demencia	Los datos sociodemográficos de pacientes y cuidadores se recopilaron mediante un cuestionario estructurado. Utilizamos la adaptación brasileña de todos los instrumentos clínicos.	Los cuidadores informaron niveles moderados a más altos de resiliencia, niveles más bajos de ansiedad y síntomas depresivos y niveles moderados de carga. La resiliencia no se relacionó con el género del cuidador (p = 0,883), ni problemas clínicos (p = 0,807) o emocionales (p = 0,420). La regresión mostró que la resiliencia estaba relacionada con la calidad de vida del cuidador (p <0,01) e inversamente asociada con sus síntomas depresivos (p <0,01). No hubo relación entre la resiliencia de los cuidadores y las características sociodemográficas y clínicas de las personas con demencia. Podemos asumir que la resiliencia es una característica individual.
Elnasseh, A. G., Trujillo, M. A., Peralta, S. V., Stolfi, M. E., Morelli, E., Perrin, P. B., & Arango-Lasprilla, J. C. en 2016. Argentina.	Family Dynamics and Personal Strengths among Dementia Caregivers	Estudio trasversal.	En este estudio participaron cuidadores de personas con demencia (N = 105) de Argentina.	Examinar si las dinámicas familiares más saludables estaban asociadas con mayores fortalezas personales de resiliencia, sentido de coherencia y optimismo entre los cuidadores de personas con demencia en Argentina.	Se creó un cuestionario para recopilar información demográfica de los cuidadores. Las fortalezas personales del cuidador y la dinámica familiar se evaluaron mediante una serie de cuestionarios durante una visita al neurólogo.	Como resultados se resaltó que: la dinámica familiar explicó el 32% de la variación en la resiliencia y el 39% de la variación en el sentido de coherencia. Una mayor empatía familiar y una disminución de los problemas familiares se asociaron de forma única con una mayor capacidad de recuperación. Una mayor comunicación y una disminución de los problemas familiares se asociaron de forma única con un mayor sentido de coherencia.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.440-452

Autor/fecha/pais	Titulo del estudio	Tipo de estudio	Muestra	Objetivo	Tipo de intervención	Resultados
Han S, Chi NC, Han C, Oliver DP, Washington K, Demiris G. en 2019. EEUU.	Adapting the Resilience Framework for Family Caregivers of Hospice Patients With Dementia.	Estudio trasversal.	Se estudiaron 39 cuidadores (30 mujeres; 9 hombres con una edad media de 62 años [desviación estándar, DE: 7,4]).	Identificar los desafíos y las posibles soluciones que son recursos para la resiliencia y las consecuencias esperadas desde la perspectiva de los cuidadores familiares de pacientes de hospicio con demencia.	Los desafíos son: dificultades en la comunicación, la prestación de atención y la toma de decisiones, la falta de conocimiento y como desafíos emocionales: la preocupación por la selección del centro de atención, la muerte con dignidad y la falta de conciencia pública. Los recursos de resiliencia se identificaron a nivel individual, comunitario y social. Los beneficios son: la capacidad de brindar una mejor atención y tener una mejor calidad de vida tanto para los pacientes como para los cuidadores.	Nuestros hallazgos muestran que varios cuidadores resilientes han encontrado y utilizado recursos que pueden ser informativos y útiles para otros cuidadores. Su experiencia puede informar las intervenciones y crear conciencia sobre la importancia de proporcionar recursos de resiliencia en múltiples niveles.
O'Dwyer, S. T., Moyle, W., Taylor, T., Creese, J., & Zimmer-Gembeck, M., en 2017. Australia.	In Their Own Words: How Family Carers of People with Dementia Understand Resilience	Estudio trasversal descriptivo.	Muestreo de conveniencia de 61 cuidadores/as familiares con una elección final de 21 participantes.	Explorar las definiciones de resiliencia de los cuidadores y sus opiniones sobre los factores asociados con la resiliencia.	-Encuesta trasversal con entrevistas semiestructuradas centradas en la resiliencia, el apoyo, los sentimientos de suicidio y de homicidio asociados al cuidado.	Los resultados se diferencian por temáticas: 1. La presencia de la resiliencia: la mayoría de la muestra evidencia su existencia. 2. El camino a la resiliencia: La mitad de la muestra refiere que la resiliencia es adquirida y una necesidad. Una cuarta parte subraya que es innata y refiere que las normas culturales y de género influyen en las relaciones de cuidado y la resiliencia. Por otro lado, la suerte, el alto status económico o los apoyos prácticos y emocionales conllevan un refuerzo de la resiliencia y un sentimiento de agrado para sobrevivir. 3. Se evidencia que la falta de algunas características clave dificulta la labor del cuidado.
Cerquera Córdoba, A. M., Pabón, D. K., & Ruíz, A. L en 2017. Colombia.	Implementación del programa de intervención psicológica en resiliencia para cuidadores informales de pacientes con demencia tipo Alzheimer PIRCA	Se diseñó un estudio experimental transversal descriptivo comparativo, tipo pre-test/ post-test.	Participaron 10 cuidadores informales, que no recibían remuneración, sin capacitación y convivían con el paciente.	El objetivo de este estudio es la implementación del programa PIRCA (Programa de Intervención en Resiliencia para Cuidadores Informales de pacientes con Alzheimer) para observar los cambios presentados en los sujetos después de haber participado en el programa.	En la intervención se usaron: programa PIRCA (Programa de Intervención en Resiliencia para Cuidadores Informales de pacientes con Alzheimer)	Los resultados indicaron que los puntajes de las variables con mayor variabilidad fueron depresión estado, eutimia estado, sobrecarga, y estrategias de afrontamiento como búsqueda de apoyo social y religión. Con lo que se concluye que intervenir la resiliencia responde a una necesidad básica de los cuidadores ya que está presente en las características de personalidad del cuidador.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.440-452

Autor/fecha/país	Título del estudio	Tipo de estudio	Muestra	Objetivo	Tipo de intervención	Resultados
Mandajano_Jaquez, M., Dominguez.Guedea, M. T. & Gaxiola-Romero J.C. en 2020. Mexico.	Propiedades psicométricas de una escala de resiliencia en cuidadores familiares de adultos mayores	Estudio de tipo transversal, empírico, cuantitativo, instrumental, ya que los datos de los participantes fueron recolectados y analizados en un período de tiempo particular y además se adecuaron y estudiaron las propiedades psicométricas del instrumento	Se recolectaron datos de dos muestras independientes de cuidadores familiares de adultos mayores en la ciudad de Hermosillo, México: 125 cuidadores de 19 a 73 años (*M edad* = 47.8, *DT* = 12) para realizar análisis factoriales exploratorios y 160 cuidadores de 19 a 82 años (*M edad* = 48,7, *DE* = 13) para realizar análisis factoriales confirmatorios.	El objetivo de este estudio fue probar la validez de constructo de un inventario de resiliencia empleando procedimientos exploratorios y confirmatorios. .	En la intervención se usaron: en el RESI con 12 ítems: resiliencia instrumental y resiliencia emocional	Los análisis revelaron dos dimensiones claras y estadísticamente robustas en el RESI con 12 ítems: resiliencia instrumental y resiliencia emocional. Este estudio muestra que RESI es un instrumento válido para evaluar la resiliencia en una población mexicana de cuidadores familiares de adultos mayores
Ruisoto, P., Contador, I., Fernández-Calvo, B., Serra, L., Jenaro, C., Flores, N., Ramos, F., & Rivera-Navarro, J. en 2020. España.	Efecto mediador del apoyo social en la relación entre resiliencia y sobrecarga en cuidadores de personas con demencia	Estudio trasversal descriptivo.	Se evaluó a un total de 283 cuidadores primarios y familiares en España para valorar las características sociodemográficas, el estado clínico de las PCD y las variables específicas de los cuidadores y cuidadores.	Este estudio examinó diferentes factores predictivos de sobrecarga en una muestra de cuidadores familiares de pacientes con demencia (PWD). En particular, se probó la influencia del apoyo social y la resiliencia sobre la carga, considerando los posibles efectos de la mediación.	-Protocolo estandarizado	Los resultados avalan que el rol de cuidador de personas con discapacidad fue más común en las mujeres, reportando niveles de carga significativamente más altos que los hombres. La resiliencia y el apoyo social explicaron la mayor parte de la variación en la carga. Además, el apoyo social medió parcialmente la relación entre resiliencia y sobrecarga en los cuidadores.

4. Discusión

Lo que se puede extraer de los estudios revisados es que la resiliencia está presente en gran parte de los cuidadores/as familiares de una forma innata o adquirida (O`Dowyer, 2017) como fortaleza personal que aumenta la calidad de vida tanto física como mental del cuidador/a familiar (Trapp, 2015). Además, se asocia a unas características específicas (rasgos, comportamientos, recursos, valores y factores ambientales) intrínsecas en el cuidador/a familiar (O´Dowyer, 2017) evidenciándose que los cuidadores resilientes tienen menores síntomas depresivos, menor carga percibida y mayor calidad de vida (Pessotti, 2018). Por otro lado, se vincula un incremento de la resiliencia del cuidador/a familiar al factor de la suerte, un alto nivel adquisitivo y a las normas culturales y de género que predeterminan la mentalidad de la mujer cuidadora (O´Dowyer, 2017).

5. Conclusiones

El objetivo general de este trabajo fue analizar las consecuencias positivas del cuidado en el cuidador/a informal abordando la resiliencia como factor protector en la salud del mismo, que está al cuidado de personas mayores en situación de dependencia.

En este mismo sentido, la literatura revisada plantea que el cuidador/a informal resiliente aborda el cuidado con positividad y esto le genera bienestar y se plasman unas nociones básicas para abordar el cuidado con resiliencia similares a las características atribuibles al cuidador/a principal valoradas en la revisión sistemática.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.440-452

En definitiva, estas investigaciones son vitales dada la evolución de la población mayor hacia el envejecimiento y la dependencia, ya que los cuidadores/as informales son determinantes en su cuidado y su incremento es emergente. Por esta razón, es importante conocer los factores de protección de los que puede disponer el cuidador/a informal, para incidir sobre su salud y prevenir problemas futuros, además de potenciar unos cuidados de calidad a la población mayor dependiente de forma indirecta.

La investigación cualitativa da lugar a una reflexión sobre la resiliencia en el cuidador/a informal a través de un estudio que consigue los objetivos propuestos empleando teorías junto con unos métodos y técnicas cualitativas. Esta metodología da importancia y coherencia al factor protector de la resiliencia en el cuidador/a informal describiendo un conocimiento sobre la misma a través de dicha investigación.

Agradecimientos

A nuestro grupo de investigación HISAG-EP. Este estudio no ha sido financiado por ninguna entidad y no existen coflictos de intereses entre los autores.

6. Referencias

Araújo, C. L. & Faro, A. C. (2016). Estudio sobre la resiliencia en ancianas del Valle de Paraíba, São Paulo, Brasil. Enfermería Global, 15(42), 63-80. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000200004&lng=es&tlng=es.

Banchero, S. & Mihoff, M. A. (2017). Personas mayores cuidadoras: sobrecarga y dimensión afectiva. Psicología, Conocimiento y Sociedad, 7(1), 7-35. Epub 31 de mayo de 2017. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-70262017000100007&lng=es&tlng=es

Beller, E.M., Glasziou, P.P., Altman, D.G., Hopewell, S., Bastian, H., Chalmers, I., Gøtzsche, P.C., Lasserson, T. & Tovey, (2013). D. PRISMA for abstracts: Reporting systematic reviews in journal and conference abstracts. PLoS Med 10

Cerquera Córdoba, A. M., Pabón, D. K., & Ruíz, A. L. (2017). Implementación del programa de intervención psicológica en resiliencia para cuidadores informales de pacientes con demencia tipo Alzheimer PIRCA. Universitas Psychologica, 16(2), 1-12. https://doi.org/10.11144/Ja veriana.upsy16-2.ipip

Dias, R., Simões-Neto, J. P., Santos, R. L., Sousa, M. F. B. de, Baptista, M. A.T., Lacerda, I. B., Kimura, N. R. S., & Dourado, M. C. N. (2016). Caregivers' resilience is independent from the clinical symptoms of dementia. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, *74*(12), 967-973. https://dx.doi.org/10.1590/0004-282x20160162

Ferreira, A.B.H. (1975). Novo dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Elnasseh, A., Trujillo, M., Peralta, S., Stolfi, M., Morelli, E., Perrin, P. & Arango-Lasprilla, J., (2016). Family Dynamics and Personal Strengths among Dementia Caregivers in Argentina. International Journal of Alzheimer's Disease. 2016. 1-10. 10.1155/2016/2386728.

Gálvez, A. (2004). Un ejemplo pedagógico: Cómo formular preguntas susceptibles de respuesta. Evidentia 2004 ene-abr;1(1). En: http://cuiden.publicaciones.saludcastillayleon.es:80/evidentia/n1/4articulo.php [ISSN: 1697-638X].

Han, S., Chi, N. C., Han, C., Oliver, D. P., Washington, K., & Demiris, G. (2019). Adapting the Resilience Framework for Family Caregivers of Hospice Patients With Dementia. American journal of Alzheimer's disease and other dementias, 34(6), 399–411. https://doi.org/10.1177/1533317519862095

Hedler, H.C., Faleiros, V. P., Santos, M. J. S., & Almeida, M. A. A. (2016). Representación social del cuidador y cuidador familiar de los ancianos. Katálysis Magazine, 19(1), 143-153. doi: https://dx.doi.org/10.1590/1414-49802016.00100015.

Lindström, B. (2001). O significado de resiliencia. Adolescência Latino-Americana. 133-137.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.440-452

Lopes, C.C., Oliveira, G.A., Stigger, F.S. & Lemos, A.T. (2020). Asociación entre la ocurrencia de dolor y sobrecarga en cuidadores primarios y el nivel de independencia del anciano en las actividades de la vida diaria: un estudio transversal. Cad Saúde Colet. https://doi.org/10.1590/1414-462X202028010184.

Machado, D., Silva, G., Bastos, A.E., Nazaré, M., Xavier, C. & Souza, G. A., (2020). Experiencias subjetivas de vida de los cuidadores familiares de adultos mayores dependientes. Biblioteca Científica Electrónica Online. DOI: https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.1258

Maher, C.G., Sherrington, C., Herbert, R.D., Moseley, A.M. & Elkins, M.M. (2003). Reliability of the PEDro scale for rating quality of randomized controlled trials.., 83. Phys Ther, 713-21

Mandujano Jaquez, M.F., Domínguez Guedea, M.T. & Gaxiola Romero, J.C. (2020). Psychometric properties of a resilience scale in family caregivers of older adults. Acta Colombiana de Psicología, 23(2), 63-74. http://www.doi.org/10.14718/ ACP.2020.23.2.4

Martínez-Linares, J. M., Andújar-Afán, F. A., Martínez-Yébenes, R., & López-Entrambasaguas, O. M. (2020). A Qualitative View of Homecare Support Workers on Unmet Health Needs of People with Dependency. International journal of environmental research and public health, 17(9), 3166. https://doi.org/10.3390/ijerph17093166

O'Dowyer, ST, Moyle, W., Taylor, T., Creese, J. y Zimmer-Gembeck, M. (2017). En sus propias palabras: cómo los cuidadores familiares de personas con demencia entienden la resiliencia. Ciencias del comportamiento (Basilea, Suiza) , 7 (3), 57. https://doi.org/10.3390/bs7030057

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Salud de un *vistazo 2015: Indicadores de la OCDE*. París: Publicación de la OCDE. doi: 10.1787/health_glance-2015-en.

Pereira, L. S., & Soares, S. M. (2015). Fatores que influenciam a qualidade de vida do cuidador familiar do idoso com demência [Factors influencing the quality of life of family caregivers of the elderly with dementia]. Ciencia & saude coletiva, 20(12), 3839–3851. https://doi.org/10.1590/1413-812320152012.15632014

Pesce, R. P., Assis, S. G., Avanci, J. Q., Santos, N.C., Malaquias, J. V. & Carvalhaes, R. (2005). Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliencia. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. 430-448.

Pessotti, C., Fonseca, L. C., Tedrus, G., & Laloni, D. T. (2018). Family caregivers of elderly with dementia Relationship between religiosity, resilience, quality of life and burden. Dementia & neuropsychologia, 12(4), 408–414. https://doi.org/10.1590/1980-57642018dn12-040011

Pinheiro, D.P.N. (2004). A resiliência em discussão. Psicologia em estudo, Maringá. 9, 1, 67-75.

Quero A., Briones R., Prieto M.a A., Pascual N., Navarro A. & Guerrero C. Los cuidadores familiares en el Hospital Universitario de Traumatología y Rehabilitación de Granada. Index Enfermería 2005; 48/49:14-17

Ruisoto, P., Contador, I., Fernández-Calvo, B., Serra, L., Jenaro, C., Flores, N., Ramos, F., & Rivera-Navarro, J. (2020). Mediating effect of social support on the relationship between resilience and burden in caregivers of people with dementia. Archives of gerontology and geriatrics, 86, 103952. https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.103952

Santillán, A. (2018). Cómo comenzar la búsqueda bibliográfica desde la pregunta PICO. Enfermería basada en la evidencia [blog]

Schmidt, A. E., Ilinca, S., Schulmann, K., Rodrigues, R., Principi, A., Barbabella, F., Sowa, A. et al., (2016). Fit for caring: factors associated with informal care provision by older caregivers with and without multimorbidity. European Journal of Ageing, 13(2), 103-113. doi: 10.1007/s10433-016-0373-4

Shiwa, S., Costa, L., Moser, A., de Carvalho Aguiar, I. & de Oliveira, L. (2017). PEDro: la base de datos de evidencias en fisioterapia. *Fisioterapia en movimiento, 24* (3). DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0103-51502011000300017

Trapp, S. K., Perrin, P. B., Aggarwal, R., Peralta, S. V., Stolfi, M. E., Morelli, E., Peña, L. A., et al. (2015). Personal strengths and health related quality of life in dementia caregivers from Latin America. Behavioural Neurology, 2015, 1-8. doi: 10.1155/2015/507196

Verhagen, A.P., de Vet, H.C.W., de Bie, R.A., Kessels, A.G.H., Boers, M., Bouter, L.M. & Knipshcild, P.G.(1998) .The Delphi list: a criteria list for quality assessment of randomized clinical trials for conducting systematic reviews developed by Delphi consensus. , 51 J Clin Epidemiol. 1235-41

Whitbourne, S. K. & Whitbourne, S. B. (2012). Demography of Aging. En S. K. Whitbourne & M. J. Sliwinski (Eds.), The Wiley-Blackwell Handbook of 394 Adulthood and Aging. Oxford, England: Wiley-Blackwell. doi:10.1002/9781118392966.ch2

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.440-452

Construção de domínios do Event History Calendar: Elementos metodológicos da Teoria Fundamentada nos Dados construtivista

Jaqueline Silva Santos[1], Jeniffer Stephanie Marques Hilário[2], Raquel Dully Andrade[3] e Débora Falleiros de Mello[2]

[1]Superintendência Regional de Saúde de Passos, Brasil | jaque_fesp@hotmail.com | https://orcid.org/0000-0002-7543-5522

[2]Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo, Brasil | jsmhilario@outlook.com; defmello@eerp.usp.br | https://orcid.org/0000-0001-5541-6546; https://orcid.org/0000-0001-5359-9780

[3]Universidade do Estado de Minas Gerais - Campus Passos, Brasil | radully@gmail.com | https://orcid.org/0000-0002-1515-098X

Resumo: Introdução: O Event History Calendar (EHC) é uma ferramenta de cuidado à saúde, estruturada em colunas e linhas. As linhas refletem os domínios dessa ferramenta e podem ser traduzidas em atividades, comportamentos e/ou eventos de vida do sujeito. **Objetivo:** Apresentar elementos metodológicos envolvidos no processo de construção dos domínios da ferramenta EHC para mães adolescentes. **Métodos:** Trata-se de um estudo qualitativo, realizado em um município brasileiro de médio porte, com 11 mães adolescentes que tinham crianças menores de dois anos de idade. O processo de coleta dos dados e a construção dos domínios da ferramenta EHC foi pautado em elementos da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) vertente construtivista. Na coleta de dados, foi utilizada a técnica do snowball associada à amostragem teórica. Foram construídas seis cadeias de referência e três grupos amostrais de mães adolescentes. Nesse processo analítico foram utilizadas a codificação inicial linha a linha, a codificação focalizada, o método comparativo constante, a redação de memorandos, a elaboração de diagramas e a amostragem teórica. Foram construídas cinco categorias centrais e vinte subcategorias. **Resultados:** Na elaboração da proposta de ferramenta, os domínios do EHC foram construídos por meio da análise das falas das mães adolescentes que apontaram aspectos sobre o cuidado de si e o cuidado da criança, bem como os fatores envolvidos nos processos de cuidado, com destaque para a rede de apoio, as vulnerabilidades, as situações e emoções vivenciadas. **Conclusões:** Elementos metodológicos da TFD construtivista forneceram alicerces para a construção dos domínios da ferramenta EHC para mães adolescentes.

Palavras-chave: Saúde da Criança; Saúde do Adolescente; Cuidados de Enfermagem; Pesquisa Qualitativa; Teoria Fundamentada.

Building Event History Calendar Domains: Methodological Elements of Constructivist Grounded Theory

Abstract: Introduction: Event History Calendar (EHC) is a healthcare tool, arranged in columns and rows; the latter reflect the domains of this tool and can be translated into activities, behaviors, and/or events in peoples' lives. **Goal:** To present methodological elements involved in the process of building EHC domains for adolescent mothers. **Methods:** This is a qualitative study conducted in a medium-sized Brazilian municipality with eleven adolescent mothers of children under two years of age. Data collection and EHC domain building were based on elements of the constructivist Grounded Theory (GT). Data collection used the snowball technique associated with theoretical sampling. Six reference chains and three sample groups of adolescent mothers were constructed. This analytical process used initial line-by-line coding, focused coding, constant comparison, memo writing, diagram making, and theoretical sampling. Five core categories and 20 subcategories were built. **Results:** When designing the tool proposal, we built the EHC domains by analyzing the adolescent mothers' speeches that revealed aspects about the care of the self and the care of the child, as well as factors involved in the care processes, especially support network, vulnerabilities, experienced situations and emotions. **Conclusion:** Methodological elements of constructivist GT provided a foundation to build EHC domains for adolescent mothers.

Keywords: Child Health; Adolescent Health; Nursing Care; Qualitative Research; Grounded Theory.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.453-459

1. Introdução

O cuidado voltado a promoção da saúde da adolescente pode aparecer como um desafio para o profissional enfermeiro (Santos et al., 2020), principalmente quando a adolescente se torna mãe, o que aponta a necessidade de ferramentas que apoiam o estabelecimento do processo comunicativo (Munro-Kramer et al., 2017).

Nesse cenário, emerge as potencialidades do *Event History Calendar* (EHC), ferramenta para a coleta de dados retrospectivos referentes à ocorrência e sequência de eventos, relacionados a períodos curtos e longos (Martyn & Belli, 2002). Na estrutura do EHC, as colunas denotam as unidades temporais e as linhas apresentam os domínios, que podem ser traduzidos em eventos, comportamentos ou atividades (Martyn & Belli, 2002).

Nos momentos de cuidado, os enfermeiros podem utilizar o EHC para auxiliar no processo comunicativo com o adolescente e apoiar o levantamento de histórias contextualizadas (Martyn et al., 2012). Ao trazer possíveis contribuições para o processo dialógico contextualizado, a utilização do EHC pode ampliar a atuação do enfermeiro com a mãe adolescente (Santos et al., 2021).

Assim, com os domínios do EHC podem ser levantados dados de diferentes dimensões de vida, como comportamentos, atividades realizadas, eventos e transições vivenciados (Martyn & Belli, 2002), em busca de uma abordagem centrada no sujeito (Munro-Kramer et al., 2017). Nesse sentido, emergiu a questão norteadora do estudo: “Quais elementos metodológicos podem ser utilizados para a construção dos domínios da ferramenta EHC?”.

O objetivo do estudo foi apresentar elementos metodológicos envolvidos no processo de construção dos domínios da ferramenta EHC para mães adolescentes.

2. Metodologia

2.1 Tipo de Estudo e Referencial Metodológico

Estudo qualitativo em que o processo de coleta dos dados e construção dos domínios da ferramenta EHC foi pautado em elementos da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), vertente construtivista (Charmaz, 2009).

A TFD apresenta-se como uma linha metodológica que possibilita o estabelecimento de relações entre os fenômenos (Gabatz et al., 2017), abertura ao que ocorre em uma área substantiva, reconhecendo e nomeando os padrões de comportamento por meio de conceitos (Andrews et al., 2017). Os métodos da teoria fundamentada caracterizam-se pela flexibilidade e, na sua vertente construtivista, o entendimento é que a TFD é um modo de aprendizagem sobre os fenômenos estudados e também uma forma de os compreender (Charmaz, 2009).

Na presente pesquisa, os elementos da TFD construtivista utilizados foram: coleta de dados relevantes, buscando material sólido para uma análise significativa, e análise simultânea; codificação linha a linha inicial, que possibilita a análise minuciosa e rigorosa dos fragmentos dos dados, e codificação focalizada, momento em que o material dos códigos iniciais mais significativos ou frequentes é selecionado e contrastado com dados mais amplos; método comparativo constante, que permeia todo o processo analítico sendo a essência da análise da teoria fundamentada, pois a comparação constante dos dados, códigos e categorias possibilita uma compreensão conceitual e uma análise rigorosa, ao definir e abordar as propriedades analíticas das categorias; elaboração de memorandos, anotações analíticas escritas ao longo de toda a pesquisa, e diagramas, representações gráficas que buscam a integração e o estabelecimento da lógica de organização das ideias; e amostragem teórica, estratégia específica e sistemática utilizada para elaborar e refinar as categorias emergentes e para o alcance da variação (Charmaz, 2009).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.453-459

Cabe ressaltar que o objeto deste estudo não se direcionou para a construção de um modelo teórico, mas sim para a elaboração dos domínios de uma ferramenta, o EHC (Santos et al., 2021).

2.2 Campo de Estudo e Participantes

Estudo realizado em um município de médio porte do interior do estado de Minas Gerais, Brasil, com 11 mães adolescentes de crianças menores de dois anos de idade (Santos et al., 2021).

Foram estabelecidos como critérios de inclusão: idade entre 12 e 18 anos, filho(a) menor de dois anos, seguimento da saúde em Unidade de Saúde da Família (USF) e residência no município estudado (Santos et al., 2021). Os critérios de exclusão foram: interrupção do seguimento na USF, mudança de endereço fora das áreas de abrangência das USF do município, não ser encontrada após três tentativas realizadas por contato telefônico e/ou visita domiciliar (Santos et al., 2021).

Para a seleção das participantes e condução da coleta de dados foi utilizada a técnica do *snowball* (Biernacki & Waldorf, 1981) associada à amostragem teórica (Charmaz, 2009). Não houve recusa para participação na pesquisa, as participantes foram denominadas E1, E2, E3...E11 (Santos et al., 2021).

2.3 Coleta e Análise dos dados

Os dados foram coletados de agosto a dezembro de 2017, com a utilização de um roteiro de entrevista com questões amplas e abertas para apreensão de particularidades e experiências das mães adolescentes (Santos et al., 2021). As entrevistas foram gravadas em áudio e tiveram duração média de 40 minutos, sendo realizadas pela primeira autora por meio de visita domiciliária (Santos et al., 2021).

Inicialmente foi realizado contato com integrantes das equipes de Saúde da Família (eSF), buscando auxilio na identificação e localização de mães adolescentes que atendiam os critérios de inclusão do estudo (Santos et al., 2021). As cadeias de referência foram iniciadas em locais com diferentes condições socioeconômicas do município (área central, área periférica e área periférica com condições socioeconômicas vulneráveis) (Santos et al., 2021). Foram construídas seis cadeias de referência e três grupos amostrais de mães adolescentes (Santos et al., 2021).

O *primeiro grupo amostral* foi constituído por três mães adolescentes (E1...E3) (Santos et al., 2021). Por meio dos relatos dessas participantes iniciou-se o processo de construção das categorias, o que possibilitou a realização de indagações sobre o processo de cuidar da criança e a identificação da necessidade de apreender situações do cuidado desempenhado por mães adolescentes em diferentes cenários vivenciados (Santos et al., 2021).

Para o processo de amostragem teórica, emergiu a necessidade de levantar especificidades e apreender experiências vivenciadas em diversas conjunturas, atreladas ao cuidado da criança em diferentes fases do desenvolvimento, ao cuidado de mais de um filho, a situações envolvendo a rede de apoio (fortalecida ou fragilizada). Assim, as cadeias de referências eram iniciadas para atender as questões que emergiam após realização e codificação de cada entrevista, tendo em vista a necessidade de continuidade no processo de desenvolvimento das propriedades das categorias e a busca por variação. O *segundo grupo amostral* foi constituído por seis mães adolescentes (E4... E9) e permitiu o levantamento das particularidades envolvidas no processo autocuidado da adolescente mãe e de cuidado da criança, em diferentes contextos vivenciados, com destaque para a presença e/ou ausência de uma rede de apoio e suas repercussões nas trajetórias de cuidado (Santos et al., 2021).

Em continuidade ao processo de refinamento das categorias, percebeu-se a necessidade de apreender duas situações: o planejamento da gestação e a participação em movimentos sociais.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.453-459

O *terceiro grupo amostral* foi constituído por duas mães adolescentes (E10 e E11) e apresentou os elementos necessários para o alcance da saturação teórica (Santos et al., 2021).

Os dados eram coletados e analisados de forma concomitante (Santos et al., 2021). Nesse processo analítico realizado pela primeira autora, foram utilizadas a codificação inicial linha a linha, a codificação focalizada, o método comparativo constante, a redação de memorandos, a elaboração diagramas e a amostragem teórica (Charmaz, 2009). No processo de codificação foram usadas palavras para denotar sentido de ação (Charmaz, 2009), pois o entendimento é que a adoção do gerúndio traduz a ideia de dinamicidade (Santos et al., 2016).

A Tabela 1 apresenta exemplos da codificação dos dados e construção de uma categoria (Santos, 2018).

Tabela 1. Exemplos da codificação dos dados e construção de uma categoria. Passos-MG, 2018.

Exemplos de códigos	Subcategorias	Categoria
Saindo para divertir-se. Gostando de estudar. Praticando esportes.	Usufruindo a adolescência antes da gestação.	**Eventos para cuidar de si: gerando formas de enfrentamento**
Mudando tudo na vida. Realizando adaptações na rotina.	Descobrindo a rotina e as adaptações de cuidados.	
Desejando um futuro promissor para o filho. Almejando o ingresso no nível superior. Planejando ingresso/retorno ao trabalho.	Almejando planos para o futuro.	

Assim, as categorias foram construídas e refinadas, buscando o alcance da variação (Santos et al., 2021). Esses foram necessários para o processo de amostragem teórica e alcance da saturação das categorias, que ocorre quando novos dados coletados não são traduzidos em novas propriedades das categorias centrais ou *insights* teóricos (Charmaz, 2009). Foram construídas cinco categorias centrais e vinte subcategorias. Não foi utilizado software para gerenciamento dos dados (Santos et al., 2021).

2.4 Aspectos Éticos do Estudo

A presente investigação obteve anuência prévia do gestor municipal de saúde do município estudado e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, no ano de 2017, parecer 2.069.288, protocolo CAAE: 66287317.0.0000.5393.

Seguindo diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, utilizou-se um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os representantes legais e um Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) para as adolescentes menores de dezoito anos, e, para as adolescentes com dezoito anos de idade utilizou-se um TCLE (Santos et al., 2021).

Na condução das entrevistas, foi realizado um convite para a participação das mães adolescentes, com explicitação dos objetivos da pesquisa para elas e para os seus representantes legais (Santos et al., 2021). Nos casos em que a adolescente com idade inferior a 18 anos não convivia com os pais, antes da realização da entrevista a primeira autora realizou contato com eles buscando o consentimento, e, na impossibilidade de localização desse representante legal, a entrevista não foi realizada (Santos et al., 2021).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.453-459

3. Resultados

Após a análise do material qualitativo, iniciou-se o processo de elaboração da proposta de ferramenta EHC. As categorias centrais construídas no processo de análise foram utilizadas para a elaboração dos domínios do EHC, sendo: *Eventos para cuidar de si: gerando formas de enfrentamento*; *Eventos para cuidar do outro: aprendendo com o cotidiano*; *Eventos da rede de cuidados: constituindo e fortalecendo diversos apoios*; *Eventos vulneráveis: enfrentando lacunas e fragilidades na atenção à saúde*; e *Eventos de sentido: suportando diferentes sentimentos e emoções* (Santos et al., 2021).

Na elaboração da proposta de ferramenta, os domínios do EHC foram listados horizontalmente nas linhas e construídos por meio da análise das falas das mães adolescentes que apontaram aspectos sobre o cuidado de si e o cuidado da criança, bem como os fatores envolvidos nos processos de cuidado, com destaque para a rede de apoio, as vulnerabilidades, as situações e emoções vivenciadas (Santos et al., 2021).

A proposta de EHC apresenta dez domínios relacionados ao autocuidado da mãe adolescente e cinco domínios referentes ao cuidado da criança. Com relação ao autocuidado, os domínios abarcam aspectos referentes a idade, escolaridade, ocupação, atividades diárias/uso do tempo, relacionamentos, estilo de vida, sentimentos/preocupações, preconceito/discriminação por ser mãe adolescente, cuidados em saúde da mulher e planos para o futuro. Sobre o cuidado da criança, os domínios denotam aspectos concernentes às fontes de cuidado da criança, rotina da criança, crescimento da criança, desenvolvimento da criança e ações preventivas. Assim, os domínios dispostos na proposta de EHC buscam auxiliar o enfermeiro no levantamento de dados retrospectivos da vida da mãe adolescente, referentes aos eventos imbricados no processo do cuidado de si e do outro.

Dando prosseguimento ao processo de elaboração, inicialmente foram listados os domínios sobre o autocuidado, seguidos pelos domínios sobre o cuidado da criança. Na estrutura do EHC*,* para demarcá-los, foi destacada uma linha divisória, tornando-a mais espessa. Estes domínios representam informações consideradas importantes para os objetivos desta proposta de ferramenta, traduzidas em atividades, comportamentos ou eventos (Martyn & Belli, 2002). Os domínios foram listados em uma sequência para facilitar a recordação, conforme recomendado por Martyn e Belli (2002), sendo que os três primeiros domínios incluem idade, escola e ocupação da mãe adolescente. Assim, os domínios foram construídos por meio da identificação e da compreensão de eventos entrelaçados no processo de autocuidado e de cuidado da criança, que permeiam a dinâmica de vida da adolescente mãe (Santos et al., 2021).

4. Discussão

O processo de construção dos domínios da ferramenta EHC para mães adolescentes denotam a utilização de elementos metodológicos da TFD construtivista associados com a técnica do *snowball*, que possibilitaram a identificação de mães adolescentes que vivenciavam diferentes cenários e a compreensão aprofundada de eventos e experiências relacionados à maternidade nessa fase da vida.

O entendimento é que a TFD se encontra aberta ao que ocorre em uma área substantiva, reconhecendo e nomeando os padrões de comportamento por meio de conceitos (Andrews et al., 2017). Para a TFD, os resultados não são imutáveis (Andrade et al., 2015) e o processo embasado nela não busca ser conclusivo, estando aberto a novas reformulações (Gabatz et al., 2017).

No processo de análise, os dados coletados foram submetidos a questionamentos constantes, conduzindo a produção de novos dados (Santos et al., 2018). Na presente pesquisa, foram constituídos três grupos amostrais, compostos por participantes diferentes que apresentavam experiências e vivências relevantes para compreensão do objeto de estudo (Santos et al., 2018). A composição de grupos amostrais apareceu como uma das estratégias para o alcance da amostragem teórica (Santos et al., 2018).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.453-459

A codificação possibilitou a separação e a conceituação dos dados (Santos et al., 2018). Por meio da codificação inicial linha a linha e da codificação focalizada, os dados oriundos das entrevistas com as mães adolescentes foram organizados e analisados de uma forma detalhada, em um constante movimento de questionamento e comparação. Esse movimento do pensar comparativamente (Solano et al., 2018) possibilitou reflexões, indagações, reconhecimentos de interligações e aprendizados.

No processo de análise também foram elaborados memorandos e construídos diagramas. Os memorandos, ao traduzirem as reflexões do pesquisador oriundas da análise e comparação constante dos dados coletados, favorecem a ilustração do processo de desenvolvimento de ideias e códigos (Santos et al., 2018). E os diagramas, ao apoiar o estabelecimento de relações conceituais, contribuem na construção de conceitos e hipóteses (Santos et al., 2016).

Assim, na pesquisa qualitativa em enfermagem, a TFD aparece como recurso metodológico que pode instigar a construção do conhecimento (Solano et al., 2018). Ademais, a utilização de elementos da TFD pode oferecer caminhos para a construção de ferramentas para apoiar o cuidado de enfermagem contextualizado, como o EHC.

5. Considerações Finais

Este estudo qualitativo apresentou os elementos metodológicos da TFD construtivista que forneceram alicerces para a construção dos domínios da ferramenta EHC para mães adolescentes.

A ferramenta EHC para mães adolescentes pode apoiar o processo de cuidado do profissional enfermeiro, ao possibilitar um olhar ampliado e particularizado para a vivência da maternidade na adolescência, buscando a promoção da qualidade de vida da adolescente mãe e da criança.

Considerando que diferentes fatores culturais e sociais influenciam o ato de maternar na adolescência, o presente estudo apresenta limitações pela realização em uma realidade contextualizada. Outras pesquisas são interessantes para a validação da ferramenta com mães adolescentes e enfermeiros e para a avaliação de sua aplicabilidade nos serviços de saúde de APS.

Agradecimentos

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil, processo no. 309762/2019-7.

6. Referências

Andrade, P. R., Ohara, C. V. S., Borba, R. I. H., & Ribeiro, C. A. (2015). Facing the difficult experience even with support: the underage adolescent experiencing motherhood. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36, 111-118. https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56751

Andrews, T., Mariano, G. J. S., Santos, J. L. G., Koerber-Timmons, K., & Silva, F. H. (2017). The methodology of classic grounded theory: considerations on its application in nursing research. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26, e1560017. http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720170001560017

Biernacki, P., & Waldorf, D. (1981). Snowball sampling: problems and techniques of chain referral sampling. *Sociological Methods & Research*, 10, 141-163. https://doi.org/10.1177/004912418101000205

Charmaz, K. (2009). *A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa*. Tradução Joice Elias Costa. Artmed.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.453-459

Gabatz, R. I. B., Schwartz, E., Milbrath, V. M., Zillmer, J. G. V., & Neves, E. T. (2017). Attachment theory, symbolic interactionism and grounded theory: articulating reference frameworks for research. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26, e1940017. https://doi.org/10.1590/0104-07072017001940017

Martyn, K. K., & Belli, R. F. (2002). Retrospective data collection using event history calendars. *Nursing Research*, 51, 270-274. https://doi.org/10.1097/00006199-200207000-00008

Martyn, K. K., Darling-Fisher, C., Pardee, M., Ronis, D. L., Felicetti, I. L., & Saftner, M. A. (2012). Improving sexual risk communication with adolescents using event history calendars. The *Journal of School Nursing*, 28, 108-115. https://doi.org/10.1177/1059840511426577

Munro-Kramer, M. L., Fava, N. M., Banerjee, T., Darling-Fisher, C. S., Pardee, M., Villarruel, A. M., & Martyn, K. K. (2017). The effect of a youth-centered sexual risk event history calendar (SREHC) assessment on sexual risk attitudes, intentions, and behavior. *Journal of Pediatric Health Care*, 31, 302-313. https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2016.09.004

Santos, J. L. G., Cunha, K. S., Adamy, E. K., Backes, M. T. S., Leite, J. L., & Sousa, F. G. M. (2018). Data analysis: comparison between the different methodological perspectives of the Grounded Theory. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52, e03303. https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017021803303

Santos, J. L. G., Erdmann, A. L., Sousa, F. G. M., Lanzoni, G. M. M., Melo, A. L. S. F., & Leite, J. L. (2016). Methodological perspectives in the use of grounded theory in nursing and health research. *Escola Anna Nery*, 20, e20160056. http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160056

Santos, J. S., Andrade, R. D., Silva, M. A. I., & Mello, D. F. (2020). Nurse to adolescent health communication process: approach to Event History Calendar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73, e20180454. http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0454

Santos, J. S., Andrade, R. D., Silva, M. A. I., & Mello, D. F. (2021). Strengthening self-care and child care of adolescent mothers through an event history calendar. *Journal of Pediatric Nursing*, 57, e23-e28. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.09.013

Santos, J. S. (2018). *Desenvolvimento de um Calendário Histórico de Eventos para o fortalecimento do cuidado infantil por mães adolescentes* (Tese de doutorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo).

Solano, L. C., Miranda, F. A. N., Enders, B. C., & Sousa, F. G. M. (2018). By avenue: dialoging about Grounded Theory. *Revista Enfermagem UERJ*, 26, e28047. https://doi.org/10.12957/reuerj.2018.28047

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.453-459

Cuidar da grávida com cancro: Estratégias dos enfermeiros obstetras

Catarina Venâncio[1] e Maria Helena Presado[2]

[1]Enfermeira no Hospital Stª Maria, Lisboa, Portugal. Estudante de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal I catarina.i.g.venancio@gmail.com I https://orcid.org / 0000-0000-0000-0000

[2]Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal I mhpresado@esel.pt I https://orcid.org / 0000-0002-6852-7875

Resumo: Surgem cada vez mais casos de cancro na gravidez, possivelmente pela degeneração celular associada ao aumento da idade materna e/ou pela exposição ambiental a fatores de risco. A simultaneidade do cancro e da gravidez levanta complexos dilemas éticos e terapêuticos. É premente cuidar destas mulheres que vivem duas experiências tão contraditórias, como sejam a gravidez e o cancro. O cuidado multiprofissional pode ser um recurso complementar e fundamental, sendo importante cuidar da equipa para cuidar das grávidas/família a vivenciar este processo. **Objetivo:** Compreender as estratégias do enfermeiro obstetra promotoras do cuidar das mulheres com cancro concomitante com a gravidez/puerpério. **Método:** Desenvolveu-se um estudo descritivo de abordagem qualitativa para responder à questão "Quais as estratégias do enfermeiro obstetra no cuidar da grávida com cancro?" Privilegiou-se a entrevista semidiretiva, como instrumento de colheita de dados e foram realizadas entrevistas a quatro enfermeiros especialistas de saúde materna e obstétrica na região de Lisboa, entre outubro de 2019 e março de 2020, que prestaram cuidados a grávidas com cancro. Os achados foram submetidos a análise de conteúdo suportada por software WebQDA®. **Resultados:** A evidência científica disponível é escassa. Os enfermeiros especialistas consideram como principais estratégias utilizadas para a promoção do comportamento adaptável da grávida com cancro, a comunicação e articulação com outros profissionais. Apresentam ainda algumas limitações no cuidar destas mulheres relacionadas com características pessoais. **Conclusão:** É fundamental investir nas competências dos enfermeiros no cuidar das gravidas com cancro, evidenciam necessidade de um trabalho em equipa multidisciplinar com a realização de reuniões e de se investir na formação e no desenvolvimento de mais investigação.

Palavras-chave: Enfermeiro Obstetra; Estratégias; Cuidar; Grávida; Cancro.

Caring for Pregnant Women with Cancer: Strategies of Obstetric Nurses in a Qualitative Approach

Abstract: Cancer cases during pregnancy are ever more common, possibly due to cellular deterioration associated with maternity at advanced ages and/or exposure to environmental risk factors. When coupled with pregnancy, cancer can raise complex dilemmas, both ethical and therapeutical. It is urgent to attend to women going through these contradictory experiences: pregnancy and cancer. Multidisciplinary care is both a complementary and fundamental resource, with the importance of teamwork at the core of healthcare for women and their respective families when going through this simultaneous experience. **Objective:** Understand nursing strategies to provide speciality care to pregnant women with cancer. **Method:** We developed a descriptive study with a qualitative approach to answer the question "Which strategies should a specialist nurse employ when dealing with pregnant women with cancer?". Semi directive interviews were the primary data collection method, with a total of four interviews being conducted with obstetric specialist nurses from the Lisbon area having previous experience in caring for pregnant cancer patients between October 2019 and March 2020. The results were analysed using the WebQDA® software. **Results:** The scientific evidences in this subject are scarce. When promoting adaptative behavior from pregnant women with cancer, specialist nurses consider as their most relevant strategies the communication and collaboration with other health professionals. Personal care limitations have an impact on how the healthcare is provided, with the need to adapt procedures to each individual patient. **Conclusion:** Investing in nurse training, with specific knowledge on caring with pregnant cancer patients, is a fundamental step towards multidisciplinary teamwork relevance, upheaving the importance of meetings with nurses from different teams and specific research on this topic.

Keywords: Nurse Midwives; Strategies; Caring; Pregnant Women; Cancer.

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.460-468

1. Introdução

A maioria das mulheres vive a gravidez e o parto de forma saudável, estes são eventos marcantes e complexos na vida de uma mulher e caraterizados pela ocorrência de alterações, físicas, psicológicas e hormonais (Castro et al., 2019; Marques, 2016). Porém, existem situações clínicas que sucedem durante a gravidez e que podem ter efeitos prejudiciais para a mulher na vivência da gravidez, prejudiciais na saúde materno-fetal e na sua adaptação ao papel parental. O cuidar da grávida com cancro é um processo desafiante para a equipa de saúde pela complexidade da situação clínica de cada mulher e da particularidade de cada para o enfermeiro obstetra.

Segundo a *International Agency for Results on Cancer* (IARC) da Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê-se que em Portugal em 2030 haja 13 074 mulheres a morrer com cancro e que em 2040 existam 14 543 mulheres. Verifica-se, um aumento significativo a cada 10 anos. Em 2018, 25 724 mulheres tiveram cancro, a IARC prevê que em 2030 este número aumente para 28 061 e que em 2040 para 29 354. Constata-se assim um acréscimo significativo da incidência do cancro.

Atualmente verifica-se um adiamento da maternidade, e consequentemente o desenvolvimento de mais processos oncológicos (Silva & Neves, 2016). A vivência da gravidez e do cancro poderão tornar-se duas experiências contraditórias e marcantes na vida de uma mulher.

Quando uma mulher se depara com um diagnóstico de cancro na gravidez, poderá ter de experienciar uma tomada de decisão complexa. O diagnóstico de cancro na gravidez desperta emoções contraditórias uma vez que a mulher experiencia uma situação de ameaça à própria vida e o desenvolvimento de um ser, que significa a continuidade da vida (Silva & Neves, 2016).

A grávida poderá ser confrontada com a tomada de decisão que a afeta a si, e à morbilidade e mortalidade do seu bebé (Ives, et al. 2012). Verifica-se que, por vezes, a concomitância do cancro e da gravidez levanta dilemas éticos e terapêuticos (Marques, 2017).

Quando a mulher se vê perante o diagnóstico de cancro na gravidez é fundamental que se sinta apoiada, é da competência do enfermeiro obstetra encaminhar para os recursos existentes e estar disponível para a escuta ativa dos seus receios e preocupações (Silva & Neves, 2016).

Confirmamos a preocupação com o controlo dos sintomas e dos efeitos secundários dos tratamentos, nomeadamente da quimioterapia, que por vezes, se podem confundir com desconfortos da gravidez. Os enfermeiros devem estar atentos e proporcionar técnicas e terapêutica para a prevenção e alívio dos sintomas (Lishner et al., 2016).

Devem ser proporcionados à grávida cuidados especializados obstétricos contextualizados no seu processo oncológico. O enfermeiro obstetra preparado para o cuidar holístico centrado nas necessidades da pessoa, utiliza estratégias como o toque, a disponibilidade, o esclarecer de dúvidas em relação à medicação ou outras (Luz et al., 2016). Deverá proporcionar uma oportunidade de comunicação eficaz, de modo a capacitar as mulheres a expressar dúvidas e necessidades à equipa de saúde (Kozu et al., 2020).

Quando a mulher é cuidada por uma equipa multidisciplinar, é fundamental a existência de um elemento de referência, um gestor de caso, que seja um elemento de ligação entre a equipa e mulher/família, minimizando-se o risco que a informação seja disseminada e/ou contraditória (Roberts et al., 2007).

Prestar cuidados à mulher com cancro durante a gravidez, é um verdadeiro desafio para os enfermeiros obstetras, sendo imperioso e urgente o desenvolvimento de estratégias que promovam a adaptação da grávida a estes dois momentos da vida que poderão tornar-se ambíguos e complexos.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.460-468

Neste sentido, com este estudo pretendemos compreender as estratégias do enfermeiro obstetra promotoras do cuidar das mulheres com cancro concomitante com a gravidez/puerpério.

2. Metodologia

Com a finalidade de contribuir para melhorar o cuidar das grávidas com cancro, realizou-se um estudo de abordagem qualitativa, transversal, descritivo e de carater exploratório, que teve como questão de partida: Quais as estratégias do enfermeiro obstetra no cuidar da grávida com cancro? E com o objetivo de compreender as estratégias do enfermeiro obstetra promotoras do cuidar das mulheres com cancro concomitante com a gravidez/puerpério.

Os participantes deste estudo são quatro enfermeiros obstetras da região de Lisboa, Portugal, que prestaram cuidados a mulheres que viveram a experiência do cancro e da gravidez/puerpério simultaneamente.

No que concerne ao conceito estratégias do cuidar considera-se a forma como os enfermeiros obstetras promovem a adaptação e vivência da grávida com cancro a esta realidade "contraditória" da sua vida.

Os participantes foram selecionados intencionalmente e contemplam os enfermeiros obstetras que cuidaram das mulheres que experienciaram a gravidez e o cancro simultaneamente.

A seleção dos participantes foi realizada através da técnica de amostragem por bola de neve, ou seja, um dos participantes recrutados sugeriu, a pedido do investigador, os nomes de outras pessoas que lhe pareceram adequados para participar no estudo e assim sucessivamente. (Fontanella, 2021). Neste sentido, após o contacto da investigadora com a enfermeira obstetra e primeira participante do estudo, esta indicou outra colega que teria experienciado a prestação de cuidados a grávidas com cancro. Foi realizado um contacto com esta segunda enfermeira obstetra, que se disponibilizou a colaborar na entrevista e que forneceu o contacto de outras colegas e assim sucessivamente.

A opção pela entrevista semidiretiva permite ao investigador explorar o assunto trocando a ordem das questões ou introduzir outras que constam do guião de entrevista previamente elaborado (Magalhães & Paul, 2021), para aplicar aos enfermeiros especialistas que aceitaram colaborar neste estudo e que prestaram cuidados a grávidas com cancro. O contacto direto com os enfermeiros especialistas, permitiu a obtenção de informações sobre a experiência individual de cada um.

Esta abordagem qualitativa proporcionou uma compreensão ampla dos fenómenos sociais no seu contexto, permitindo a sua visualização através de diferentes perspetivas, compreendendo os aspetos mais significativos (Minayo & Costa, 2018).

Um dos aspetos fundamentais para o sucesso da entrevista prende-se com a sua preparação, nomeadamente o local, o horário e o tempo de realização, considerando que a entrevista é um ato de comunicação, devem ser evitadas barreiras comunicacionais como as interrupções e o cansaço do entrevistador e do participante (Magalhães & Paul, 2021).

Neste contexto foram agendadas com cada participante o local e hora, por forma a que não fossem no final do dia do participante (privilegiando-se o dia de folga) nem em sobrecarga do entrevistador. As entrevistas foram realizadas no período compreendido entre outubro de 2019 e março de 2020, não se prolongando no tempo por indisponibilidade dos profissionais face à pandemia.

Mediante autorização prévia em consentimento informado, foi realizado um registo áudio no decorrer da entrevista, de forma a posteriormente transcrever e analisar o discurso dos participantes. Seguidamente procedeu-se à análise de conteúdo com base em Bardin (2016) que, sucintamente, prevê que esta seja realizada em 3 fases distintas.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.460-468

Numa primeira fase realizou-se a pré-análise, que consiste na organização das ideias iniciais com base na escolha dos documentos a serem analisados, na formulação das hipóteses e objetivos e na criação de indicadores que sustentem a interpretação final. Seguiu-se a exploração do material que consiste fundamentalmente na realização de operações de codificação, decomposição ou enumeração, com base em regras previamente formuladas (Bardin, 2016).

Com base no enquadramento conceptual, foram previamente criadas categorias e subcategorias de codificação. No entanto, após a leitura detalhada do registo das entrevistas emergiram outros indicadores que foram também integrados na análise de dados.

Por último, o tratamento dos resultados obtidos e interpretação dos mesmos consiste no tratamento dos dados de forma a serem relevantes para o estudo (Bardin, 2016).

Para facilitar a análise de dados recorreu-se ao *software Web Qualitative Data Analysis (WebQda®*) Neste foram introduzidas as entrevistas previamente transcritas e posteriormente codificados os achados relevantes nas respetivas categorias de significação, subcategorias e indicadores correspondentes (Costa & Amado, 2018).

A sistematização dos resultados pode ser visualizada na codificação em código de arvore (Figura 1) que resume a informação e permite uma análise clara dos dados que emergem das entrevistas.

Os resultados encontram-se agrupados em duas Categorias: Promoção de comportamento adaptável e Caraterísticas pessoais do enfermeiro obstetra.

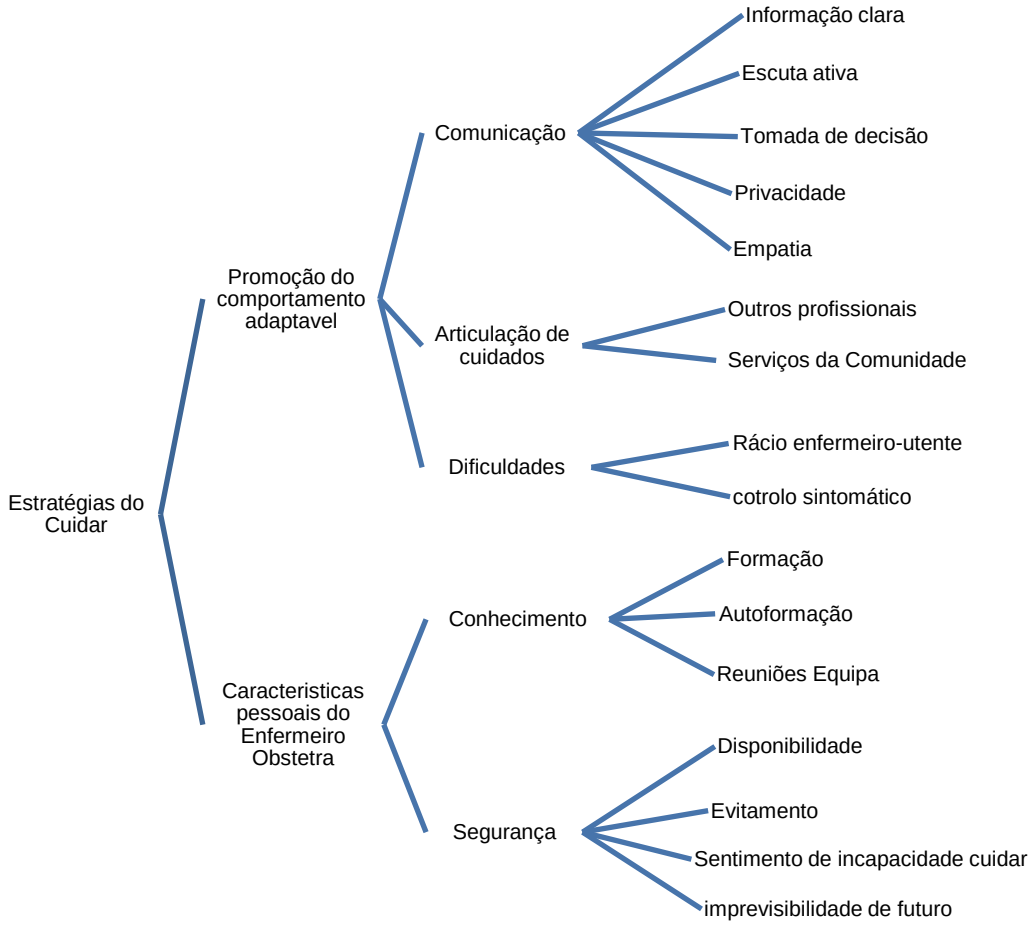


Fig. 1. Código de árvore das Estratégias do Cuidar

CC BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.460-468

Os participantes deram o seu consentimento livre e esclarecido e foi agendada e realizada a entrevista com gravação áudio. De forma a salvaguardar a confidencialidade e anonimato dos participantes do estudo foi atribuído um código (E), e realizada a transcrição da entrevista, estando garantida a proteção no tratamento de dados pessoais e a livre circulação dos mesmos com base na Lei n.º 58/2019.

Foi garantida a aprovação da Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa a 13 de fevereiro de 2020, através do processo nº 07/2019/CE.

3. Resultados e Discussão

Foram realizadas entrevistas a quatro enfermeiros obstetras com o objetivo de compreender as estratégias que os enfermeiros utilizam no cuidar da grávida com cancro.

Os participantes têm idades compreendidas entre os 32 e 42 anos (média 37,25 anos), experiência profissional como enfermeiros entre 8 e 17 anos (média 13,75 anos) e como enfermeiros especialistas entre 4 e 11 anos (média 8 anos).

Relativamente à sua formação académica, verifica-se que apenas um é detentor de grau de mestre e três realizaram o Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Na análise das estratégias do cuidar, recomendadas na análise de conteúdo (Bardin, 2016), o webQDA® revelou-se uma ferramenta essencial em todo o processo de tratamento e análise dos dados que emergem das entrevistas (Costa & Amado, 2018), cuja codificação em códigos de árvore, sintetiza a informação e permite uma análise clara.

Apresentamos os nossos achados agrupados nas duas categorias de análise referentes às estratégias do enfermeiro obstetra no cuidar da grávida com cancro: 1) Promoção de comportamento adaptável com quatro subcategorias e respetivos indicadores (tabela1); 2) Caraterísticas pessoais do enfermeiro obstetra com duas subcategorias e respetivos indicadores (tabela 2).

A categoria "**Promoção do Comportamento Adaptável"** centrada no cuidar do enfermeiro obstetra, nomeadamente nas estratégias que contribuem para a promoção da saúde e na adaptação da mulher ao seu papel de grávida/mãe/puérpera concomitantemente com a vivência do cancro nesta etapa de vida.

Tabela 1. Promoção do Comportamento Adaptável,

Categorias	Subcategorias	Indicadores	Fontes (N4)	Referências	
Promoção de Comportamento Adaptável	Comunicação	Informação clara	3	7	7.06%
		Escuta ativa	2	2	1,17%
		Tomada de decisão	1	4	3,26%
		Privacidade	1	5	1,74%
		Empatia	4	7	2,66%
	Articulação de Cuidados	Com outros profissionais de saúde	3	9	4,45%
		Com Serviços na Comunidade	1	1	0,41%
	Dificuldades	Rácio enfermeiro-utente	1	3	1,61%
		Controlo sintomático	2	8	3,28%

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.460-468

Salientamos a "Comunicação", onde confirmamos que os enfermeiros especialistas valorizam diferentes formas/estratégias do cuidar.

Todos os participantes fazem referência a aspetos relacionados com a empatia, como a compreensão e valorização da mulher, o desenvolvimento de uma relação empática, como se pode constatar nas expressões: *"tentar compreender a sua história e valorizar"* (E2); *"uma relação de empatia, terapêutica no sentido de permanecer"* (E4). Sendo este indicador e a informação clara os mais referidos pelos entrevistados, pois 3 dos enfermeiros acreditam que é fundamental a transmissão de informação clara, detalhada e percetível à grávida, como por exemplo: *"naquela senhora era tudo falado passo a passo"* (E1); "*o esclarecimento dentro daquilo que nos é possível (…) e temos que nos adequar a essa mesma informação*" (E3).

A tomada de decisão e a privacidade foram indicadores mencionados apenas por um dos enfermeiros, porém com relevância ao serem referidos 4 e 5 vezes respetivamente.

Estes achados estão em consonância com Roberts et al. (2007), quando defendem que: a comunicação é o pilar essencial do cuidar; a equipa deve manter-se em consonância; a informação deve ser transmitida de forma clara; o enfermeiro obstetra tem um papel crucial no apoio/suporte à família quando esta se depara com sentimentos de incerteza como a descoberta do cancro e o nascimento de um filho; e ainda que, a equipa multidisciplinar deve envolver a grávida e a família na tomada de decisão.

A presença da família, está sempre implícito aos cuidados que a equipa presta à grávida (Roberts et al., 2007) uma vez que a partilha dos seus pensamentos, ideias e sentimentos com a família, nomeadamente marido, faz com que grávidas se sintam apoiadas na tomada de decisão(Kozu et al., 2019).

Relativamente à subcategoria "Articulação de Cuidados", a maioria dos entrevistados considera importante a articulação com outros profissionais de saúde como o oncologista, obstetra, psicólogo e/ou assistente social. Conforme as elocuções: "*podia ter tido o apoio da nossa assistente social, podia ter tido o apoio da nossa psicologia ou da nossa psiquiatria, podia ter tido (…) o suporte para a dor, um controlo diferente*" (E1); "*porque havia um diagnóstico e um acompanhamento da parte da oncologia*" (E1); "*se calhar criarmos um plano estratégico e estas mulheres com estas situações assim, assim são acompanhadas também por nós ou referenciadas para o Centro de Saúde…*" (E2).

O que corrobora outros autores que verificaram a articulação entre os diferentes profissionais nomeadamente oncologista e ginecologista (Roberts et al., 2007) e quando referem que, a decisão da grávida em realizar tratamento para o cancro é difícil e que esta deve ser apoiada por uma equipa multidisciplinar com oncologista, obstetra, neonatologia, psicólogo, assistente social e enfermeiros (Kozu et al., 2019).

No que concerne à subcategoria "Dificuldades", apenas um participante refere como principal dificuldade o rácio enfermeiro-utente, considerando uma barreira ao cuidar da grávida com cancro: "*não é muito fácil delinear estas estratégias porque o rácio que temos é muito díspar, portanto, tão depressa tu consegues ter um rácio minimamente aceitável ali como tens dez mulheres*" (E2).

Um participante não identifica dificuldades e dois mencionam dificuldades no controlo de sintomas por se poderem confundir com os desconfortos da gravidez. Efetivamente, é fundamental que o enfermeiro obstetra esteja desperto para possíveis efeitos secundários da quimioterapia e não os desvalorizar como possíveis desconfortos da gravidez (Lishner et al., 2016).

O conhecimento e o sentimento de segurança, são duas subcategorias da categoria "**Caraterísticas do Enfermeiro Obstetra**".

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.460-468

Tabela 2. Caraterísticas do Enfermeiro Obstetra

Categorias	Subcategorias	Indicadores	Fontes (N4)	Referências	
Caraterísticas Pessoais do Enfermeiro Especialista	Conhecimento	Formação	4	11	5,42%
		Autoformação	2	6	3,05%
		Reunião de equipa	2	4	2,39%
	Segurança	Disponibilidade	3	11	8,4%
		Imprevisibilidade de futuro	3	9	4,16%
		Sentimento de incapacidade em cuidar	1	4	2,45%
		Evitamento	2	3	0,64%

O "Conhecimento" pode ser suportado em momentos de reunião de equipa, através da procura de informação, ou seja, a autoformação, ou através da realização de formação.

Todos os entrevistados manifestaram não possuir conhecimentos suficientes para cuidar da grávida com cancro, consideram importante realizar formação e que esta é escassa ou inexistente. Como se pode confirmar nos exemplos: "*acho que isto, se calhar uma formação pronto, como é que eu posso perspetivar o futuro, claro que de uma forma consciente, com estas mulheres*" (E1); "*era uma coisa muito importante a pensar (…) investir numa formação sobre isso*" (E2); *"uma vez que não temos formação específica nesta área, nunca é uma coisa muito ah… feita by the book"* (E3); *"Há muito pouca coisa (…) não encontrei para esta área específica*" (E4).

Dois entrevistados revelam ter procurado literatura quando se deparam com uma situação de uma grávida com cancro: *"eu como enfermeira especialista tive a necessidade de procurar mais coisas, de ler, ah… de ler livros e situações porque eu própria não tinha a ideia"* (E4).

Referiram ainda que é fundamental a realização de reuniões de equipa para a discussão dos casos: "*era isso que era importante, para toda a equipa falar a mesma linguagem*" (E3). Indo ao encontro do referido por Robert set al. (2007) ao alertarem para a importância do envolvimento da equipa multidisciplinar, na ajuda da grávida na tomada de decisão informada. As reuniões de equipa, através da partilha de experiências, contribuem para o desenvolvimento pessoal e profissional (Luz et al., 2016).

O sentimento de segurança relaciona-se com a perceção pessoal de cuidar, com o seu *EU* intrínseco, que o pode levar a demonstrar comportamentos de evitamento ou disponibilidade que correspondem aos indicadores definidos para esta subcategoria. A "Segurança", alia a capacidade e a disponibilidade pessoal do enfermeiro obstetra para cuidar da grávida com cancro.

A maioria dos entrevistados manifesta que a disponibilidade é uma estratégia essencial para ajudar a grávida com cancro e referem metaforicamente: "*estamos na fase de descer uma montanha, mas depois havemos de subi-la outra vez, e a descida, para que aquilo não seja uma queda tento acompanhá-las, durante as consultas, com o meu apoio e com o meu telefone*" … (E3); "*mas eu acho que isso é uma das coisas mais importantes… (…) deixar um suporte, uma porta aberta, para a pessoa recorrer se sentir dificuldade e pedir ajuda… não, não fechar… não terminar a intervenção (…) ter essa porta aberta e mostrar disponibilidade sincera e genuína para a pessoa pedir ajuda quando efetivamente sente necessidade*" (E4).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.460-468

A disponibilidade do enfermeiro obstetra, ao permitir que a mulher expresse os sentimentos, dúvidas e preocupações assim como uma comunicação eficaz, proporcionam um processo oncológico menos aterrorizador e penoso (Bianchini et al., 2016).

Não obstante, dois entrevistados referem que existe a estratégia de evitamento face a estas grávidas "*nós reservamo-nos um bocadinho*" (E1); "*E eu acho que a tendência dos profissionais é fugir um bocadinho destas situações (…) Porque se calhar também não sabemos lidar com elas*" (E4).

Um dos mecanismos de defesa para conviver com o sofrimento é manter a distância do utente e evitar o envolvimento, gerando um sentimento de incapacidade em lidar com a carga emocional, as reuniões de equipa que permitam aos participantes falar dos seus sentimentos e emoções permitem o alívio do stress (Luz et al., 2016).

Um participante demonstrou um sentimento de incapacidade em cuidar destas mulheres. E três entrevistados que referem, que a imprevisibilidade de futuro é um fator que causa insegurança no cuidar da grávida com cancro: "*a mim custou-me muito perceber que podia não haver perspetiva de futuro, para ela, como mãe*" (E1); "*temos que levá-las nas palminhas das mãos porque são situações que se podem tornar muito graves… podem colmatar com o fim de vida…*" (E3); "*deve ser mais difícil para as mulheres quando não têm a certeza da cura, não é? De ficarem… de verem o filho crescer…ah… se calhar vai tornar ainda o nosso papel enquanto enfermeiros, mais difícil*!" (E4).

Efetivamente, quando uma pessoa se depara com o diagnóstico de cancro, o futuro torna-se imediatamente uma incerteza, surgindo o estigma da morte iminente (Luz et al.,2016), sendo esta imprevisibilidade um desafio tanto para as grávidas como para os profissionais.

4. Conclusões

A evidência demonstra que a incidência do cancro na gravidez tem vindo a aumentar, pelo que se torna premente os enfermeiros obstetras desenvolverem estratégias para um cuidar efetivo destas mulheres.

Emerge a necessidade de uma comunicação eficaz com informação clara e pertinente à grávida/família; de demonstrar disponibilidade para apoiar a mulher em que, simultaneamente, vive um dos momentos mais felizes da sua vida assombrado pelo tratamento e vivência do cancro, promovendo a tomada de decisão de forma esclarecida e informada.

Os enfermeiros consideram importante a articulação com outros profissionais e em equipa multidisciplinar. Consideram que se trabalharem em conjunto (obstetrícia, oncologia, neonatologia, psicologia, serviço social e enfermagem) de forma dinâmica, a adaptação da grávida a este momento será verdadeiramente facilitada.

Verifica-se a necessidade de formação na área da oncologia na gravidez. A literatura alerta para alguns sintomas que se sobrepõem à sintomatologia habitual da gravidez, é fundamental atender às queixas, e realizar educação para a saúde.

O cuidado a estas mulheres poderá ser condicionado pela história pessoal de vida dos profissionais, sendo difícil para os enfermeiros cuidar, da imprevisibilidade de futuro, quando existe a perspetiva de vida a nascer. Constata-se a importância em cuidar das equipas para que estejam disponíveis também a cuidar destas mulheres.

Foram identificados aspetos cruciais ao desenvolvimento de cuidados de elevada qualidade assistencial. Impulsionando a discussão da realidade vivenciada pelos enfermeiros e outros profissionais permitindo planear intervenções conjuntas promotoras da adaptação da grávida.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.460-468

Este é um estudo preliminar, que apresenta algumas limitações. A situação de pandemia SARVS-CoV-2, não permitiu aumentar o número de participantes, na medida em que os profissionais de saúde se encontram esgotados e sobrecarregados para mais este esforço. Mais participantes resultariam em achados que poderiam trazer contributos importantes.

Consideramos que este estudo apresenta desafios para a prática clínica, para a formação e para a investigação. O recurso à abordagem qualitativa e ao software *WebQda*®, foram fundamentais na compreensão da temática bem como este trabalho contribui para o incremento e desenvolvimento da investigação qualitativa.

5. Referências

Bardin, L. (2016). Análise de conteúdo (1ªed.). Edições 70.

Castro, A. S. V. P., Germano, I. L. & Ferreira, T. H. (2019). Os aspectos psicológicos da mulher: da gravidez ao puerpério. CES Revista, 33 (2), 202-218. https://seer.cesjf.br/index.php/cesRevista/article/view/2286

Bianchini, D., Peuker, A. C., Romeiro, F. B. & Castro, E. K. (2016). Comunicação em oncologia: uma análise qualitativa sob o enfoque psicanalítico. Psicologia em Estudo, 21(2), 349-358. https://doi.org/10.4025/psicolestud.v21i2.29707

Costa, A. P., & Amado, J. (2018). Análise de conteúdo suportada por software (1ª ed.). Ludomedia.

Fontanella, B.J.B. (2021). Participantes em Investigação Qualitativa. In S.P. Gonçalves, J.P. Gonçalves & C. G. Marques (Eds.), Manual de Investigação Qualitativa: conceção, análise e aplicações (1ª ed., pp.27-40). Pactor.

Gil, A.C. (2019). Métodos e Técnicas de Pesquisa Social (7ªed.). Atlas.

Gonçalves, S. P., Gonçalves, J.P. & Marques, C.G. (2021). Manual de Investigação Qualitativa: conceção, análise e aplicações (1ª ed.). Pactor.

International Agency for Results on Cancer (2020). Cancer Tomorrow. https://gco.iarc.fr/tomorrow/home

Ives, A. Musiello, T. & Saunders, C. (2012). The experience of pregnancy and early motherhood in women diagnosed with gestational breast cancer. Psycho-Oncology. 21(7), 754–761. http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=c2a4bebe-e8d0-43f9-b4dd-e4e4d3f0b6c9%40sdc-v-sessmgr02

Kozu, M., Masujima, M., Majima, T. (2019). Experience of japanese pregnant women with cancer in decision-making regarding cancer treatment and obstetric care. Japan Academy of Nursing Science. 17, 1-10. https://orcid.org/0000-0001-8100-887X

Lishner, M., Avivi, I., Apperley, J. F., Dierickx, D., Evens, A. M., Fumagalli, M. … Amant, F. (2015). Hematologic malignancies in pregnancy: Management guidelines from an international consensus meeting. Journal of Clinical Oncology. 34 (5), 501-508. DOI: 10.1200/JCO.2015.62.4445

Luz, K. R., Vargas, M. A. O., Barlem, E. L. D., Schmitt, P. H., Ramos, F. R. S. & Meirelles, B. H. S. (2016). Estratégias de enfrentamento por enfermeiros da oncologia na alta complexidade. Revista Brasileira de Enfermagem. 69(1), 67-71. http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690109i

Magalhães,J. & Paul,V. (2021). Entrevista. In S.P. Gonçalves, J.P. Gonçalves & C. G. Marques (Eds.), Manual de Investigação Qualitativa: conceção, análise e aplicações (1ª ed., pp.65-85). Pactor.

Marques, T. P. (2016). Aceitação e vivência da gravidez no casal. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (pp. 70-72). Lisboa: Lidel.

Minayo, M. C. S. & Costa, A. P. (2018). Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa. Revista Lusófona de Educação. 40, 139-153.

Roberts, K., Rezai, N. & Edmondson, R. (2007). Cervical cancer in pregnancy: an assault on family and fertility. British Journal of Midwifery. 15 (3). (pp.132-136). http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=c2a4bebe-e8d0-43f9-b4dd-e4e4d3f0b6c9%40sdc-v-sessmgr02

Silva, M. & Neves, J. (2016). Gravidez e Oncologia. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (Eds.), Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (pp. 298-303). Lidel.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.460-468

A influência da arte do palhaço na formação acadêmica do profissional de saúde

Fabiane de Amorim Almeida[1] e Caroline Ribeiro Louro[2]

[1] Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, Brasil | fabi.almeida17@outlook.com | https://orcid.org/0000-0002-8062-3579

[2] União das instituições de Serviço, Ensino e Pesquisa LTDA- Faculdade Peruíbe, Brasil | crl1990@gmail.com | http://orcid.org/0000-0001-8692-7859

Resumo: Introdução: Profissionais de saúde estão em contato constante com pessoas e a maneira como se relacionam com elas delineia-se a partir da sua formação acadêmica. Um ensino fundamentado nos princípios da humanização e na empatia pode influenciar significativamente nos relacionamentos interpessoais construídos pelo graduando no futuro. Para algumas instituições de ensino, o uso da linguagem do palhaço é uma forma de proporcionar ao estudante da área da saúde o desenvolvimento de habilidades socioemocionais, muitas vezes subestimadas na educação tradicional em saúde. **Objetivo**: Compreender o significado da vivência dos profissionais de saúde ao participar de um projeto de extensão sobre a arte do palhaço enquanto graduando. **Métodos:** Estudo descritivo, de abordagem qualitativa, realizado com 19 profissionais de saúde que participaram do projeto de extensão denominado “Narizes de Plantão” durante a graduação. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas gravadas em vídeo, sendo analisados a partir da Análise Qualitativa do Conteúdo, utilizando-se o Interacionismo Simbólico como referencial teórico. **Resultados:** Ao relatarem a vivência da arte do palhaço, os participantes expressaram o impacto positivo, transformador e auto terapêutico do projeto durante a graduação, incluindo o desenvolvimento de habilidades socioemocionais em suas vidas acadêmicas. **Conclusão:** A arte do palhaço mostrou-se uma poderosa ferramenta transformacional e educacional, auxiliando na formação de profissionais de saúde mais empáticos e humanizados. A investigação qualitativa, dada a sua natureza, possibilitou explorar esta realidade em suas diferentes nuances.

Palavras-chave: Educação Superior; Pessoal de Saúde; Terapia do Riso; Jogos e brinquedos; Humanização da Assistência.

The influence of clown art on the academic training of health professionals

Abstract: Introduction: Health professionals are in constant contact with people and the way they relate to them is outlined from their academic background. Teaching based on the principles of humanization and empathy can significantly influence the interpersonal relationships built by the student in the future. For some educational institutions, the use of clown language is a way to provide health students with the development of socio-emotional skills, often underestimated in traditional health education. **Objective**: To understand the meaning of the experience of health professionals when participating in an extension project on the art of the clown while graduating. **Methods**: Descriptive study, with a qualitative approach, carried out with 19 health professionals who participated in the extension project called “Nose on Duty” during graduation. The data were collected through semi-structured interviews recorded on video, being analyzed from the Qualitative Content Analysis, using Symbolic Interactionism as a theoretical framework. **Results**: When reporting the experience of the clown's art, the participants expressed the positive, transformative and self-therapeutic impact of the project, during graduation, including the development of socio-emotional skills in their academic lives. **Conclusion**: The art of the clown proved to be a powerful transformational and educational tool, helping to train more empathetic and humanized health professionals. Qualitative research, given its nature, made it possible to explore this reality in its different nuances.

Keywords: Higher Education; Health Personnel; Laughter Therapy; Play and Plaything; Humanization of Assistance.

1. Introdução

Em diversos países do mundo, incluindo o Brasil, a linguagem do palhaço tem sido introduzida em cursos de graduação, com a finalidade de estimular o desenvolvimento de habilidades cognitivas e sociais nos futuros profissionais (Nogueira-Martins, Lima-Costa, Nogueira-Martins, & Nogueira-Martins, 2014).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.469-477

Durante a formação acadêmica do aluno na área da saúde, o seu desenvolvimento pleno deveria ser estimulado, como forma de assegurar seu fortalecimento emocional, uma vez que é exposto a várias situações geradoras de ansiedade e medo no cotidiano de trabalho (Cardozo, & Munari, 2005).

Projetos universitários de extensão envolvendo “palhaços hospitalares” têm se revelado uma importante estratégia pedagógica, favorecendo o desenvolvimento do pensar, do sentir e do agir, num contexto mais humanista (Nogueira-Martins, Lima-Costa, Nogueira-Martins, & Nogueira-Martins, 2014).

Professores, estudantes e profissionais da saúde que tenham a oportunidade de colocar em prática os conhecimentos obtidos por meio da vivência com a arte do palhaço, estarão colaborando consideravelmente para formação de novos modelos no ensino do cuidado humanizado (Rolim, Campos, Cardoso, & Silva, 2004).

No Brasil, o site dos “Doutores da Alegria” apresenta 1.155 iniciativas cadastradas que utilizam a linguagem do palhaço em ambiente hospitalar, contabilizando 17.633 participantes, dentre eles, estudantes e profissionais de saúde. Esse grupo, que se caracteriza como uma organização sem fins lucrativos, faz uso da arte do palhaço para intervir junto a pessoas em situações de fragilidade e apuro social, em hospitais e outros ambientes (Doutores da alegria, 2020).

Faz-se necessário implementar modificações curriculares nos cursos de graduação da área da saúde, para que o olhar humanístico não fique apenas na teoria e consiga transcender para a prática profissional (Cardozo, & Munari, 2005; Nunes, Silva, & Pires, 2011)

Diante disso, este estudo busca compreender o significado da vivência dos profissionais de saúde ao participar de um projeto de extensão sobre a arte do palhaço durante o curso de graduação.

2. Metodologia

Estudo descritivo, qualitativo, realizado com 19 profissionais de saúde que participaram do projeto de extensão, denominado “Narizes de Plantão”, como graduandos ou funcionários de uma universidade privada do estado de São Paulo, Brasil. A amostra constituiu-se dos profissionais que foram contactados, por meio do cadastro fornecido pelo coordenador do projeto, e aceitaram o convite para fazer parte do estudo. Neste projeto, os participantes entram em contato com a maneira de se comunicar do palhaço e a utilizam no hospital com o objetivo de modificar o ambiente hospitalar (Narizes de Plantão, 2019).

A idade dos participantes variou entre 23 e 54 anos (média = 29 anos), sendo a maioria do sexo feminino (15; 79%). O tempo de participação no projeto “Narizes de Plantão” variou entre seis a 60 meses e apenas dois participantes ainda continuam vinculados ao projeto. Quanto à categoria profissional, seis eram médicos, cinco biomédicos, quatro nutricionistas, dois fisioterapeutas, um terapeuta ocupacional e um docente de enfermagem.

Para participarem da pesquisa, os profissionais deveriam ter feito pelo menos uma visita em hospital como “palhaço hospitalar” do projeto e estar atuando, no momento da coleta dos dados, como profissional da área da saúde.

Os dados foram coletados entre abril e agosto de 2019, por meio de entrevistas semiestruturadas audiovideogravadas, realizadas via online, por meio do aplicativo Google Hangouts, possibilitando sua transcrição literal. Todas as imagens foram tratadas como confidenciais e utilizadas apenas para os fins da pesquisa. Além disso, os participantes assinaram o termo de autorização da imagem antes do início da entrevista.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.469-477

Utilizou-se um roteiro contendo dados pessoais dos entrevistados e três perguntas norteadoras: “Como foi para você participar do projeto ’Narizes de Plantão’ durante o curso de graduação?”; “O que motivou você a participar do projeto ‘Narizes de Plantão’?”; “Conte-me uma experiência em que você utiliza na prática as técnicas apreendidas durante o projeto ‘Narizes de Plantão’”.

Para análise das entrevistas, utilizou-se a Análise Qualitativa de Conteúdo e o Interacionismo Simbólico (IS), como referencial metodológico e teórico, respectivamente.

O IS tem como foco principal a natureza da interação relacionada às experiências humanas (Charon, 2004). Possui três ideias centrais: o ser humano age em relação ao mundo a partir dos significados que oferece para ele; os significados decorrem da interação social que o indivíduo mantém com as demais pessoas; e os significados surgem de um processo interpretativo, utilizado pelo indivíduo ao se relacionar com objetos ou pessoas (Blumer, 1969).

Para compreender o IS, são apresentados seus conceitos básicos:

- **Símbolo:** considerado um objeto social (o que vemos e interpretamos) cujo significado é definido na interação do indivíduo consigo e com os outros. Permite a comunicação, a socialização e a interpretação individual e coletiva, ressaltando que toda comunicação humana é simbólica;
- **Linguagem:** um tipo de símbolo cultural, social e sistematicamente estabelecido para expressar aos outros e a nós mesmos o que pensamos, observamos e imaginamos;
- **Self:** definido como o ambiente interno da própria pessoa, sendo que o indivíduo nasce com ele, entretanto é redefinido socialmente ao interagir com os outros, tornando-se constantemente passível de mudanças;
- **Mente:** ação simbólica para o self, por meio da qual o indivíduo pode manipular os símbolos e se comunicar consigo mesmo por meio dos pensamentos, por exemplo. Surge da interação com os outros;
- **Assumir o papel do outro:** é o conceito central do IS, pois ao assumir o papel do outro, o indivíduo pode entendê-lo e se fazer entendido por ele;
- **Ação humana:** fruto de decisões em relação à interpretação das situações nas quais o indivíduo se encontra, sofre influência da interação com os outros e com o self (Blumer, 1969; Charon, 2004).

Este referencial teórico possibilita ampliar a compreensão de significados e experiências referentes à interação entre indivíduos e uma situação vivenciada (Ribeiro & Pettengill, 2006), motivo pelo qual foi adotado neste estudo, que busca apreender a experiência de interação dos profissionais de saúde com o processo de descoberta do palhaço.

Quanto à Análise Qualitativa do Conteúdo, é vastamente empregada em pesquisas na área de saúde, que buscam investigar sobre um fenômeno específico e ampliar o seu conhecimento, sem prejudicar o rigor científico. Possui três modalidades, dirigida, somatória e convencional, sendo que todas propõem-se a interpretar o conteúdo do discurso. Diferenciam-se, contudo, pela forma de organização dos esquemas de codificação dos dados e pelo tratamento das unidades de significado (Hsieh, & Shannon, 2005).

A análise dirigida é indicada quando já existe uma pesquisa primária em relação ao assunto proposto, objetivando legitimar ou amplificar um conceito teórico. Já a análise somatória busca compreender o uso contextual das palavras, envolvendo a identificação, a comparação e a quantificação de palavra-chave ou conteúdo para interpretar um contexto associado com o uso de palavra ou frase. A análise convencional, por sua vez, objetiva a codificação de categorias derivadas diretamente dos dados que emergem do próprio discurso do participante, sem impor teorias ou categorias preconcebidas, sendo esta a modalidade utilizada no estudo (Hsieh, & Shannon, 2005).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.469-477

Os dados foram analisados seguindo os passos de codificação dos dados, categorização, integração das categorias e descrição, sendo validado por pares. A codificação ocorreu a partir de leituras exaustivas que possibilitaram a familiarização com palavras e frases destacadas dos discursos dos participantes. Foram destacados trechos que possibilitaram compreender o todo e identificar os códigos, preservando as palavras usadas pelo participante, para captar os pensamentos e conceitos-chave (Hsieh, & Shannon, 2005).

Na categorização, agrupou-se os trechos previamente codificados em categorias e subcategorias, fazendo-se marcações e anotações pertinentes. Na fase de integração das categorias, buscou-se encontrar as relações e semelhanças entre as categorias, atentando-se para os significados recorrentes nos dados e as considerações a serem obtidas. Na fase de descrição dos dados, procedeu-se a integração e relação dos dados categorizados com as anotações realizadas durante a análise e demais materiais referentes à pesquisa (Hsieh, & Shannon, 2005).

A pesquisa respeitou a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012), sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sob o parecer de nº 3.182.231 (CAAE: 07493019.7.0000.0071). Após serem informados sobre a pesquisa e concordarem em participar, os profissionais selecionados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os discursos revelaram que o primeiro contato do profissional com o projeto “Narizes de Plantão” ocorreu, na maioria das vezes, durante a graduação. A análise dessas vivências possibilitou elaborar seis categorias temáticas, apresentadas a seguir. Os relatos dos participantes foram identificados com letra C (conversa) e o número correspondente à entrevista, como forma de garantir o sigilo das identidades dos profissionais.

3. Resultados

3.1 Sentindo-se Motivado para Participar do Projeto

Nesta categoria, evidenciam-se os fatores que motivaram o profissional a participar do projeto “Narizes de Plantão”, passando a tomar conhecimento deste tipo de atividade por meio de outros alunos que eram membros do projeto.

> *[...] eu sabia só o que eles me contavam [os amigos que já participavam do projeto] [...]. Eles pareciam outra pessoa [após participar do projeto]. E aí, eu falei: “ah, eu acho que eu vou tentar fazer isso aí” [participar do projeto]. C5.*

Conhecer previamente o coordenador do projeto “Narizes de plantão”, que também era docente na instituição, foi outro fator que motivou o profissional a participar do projeto. Sua atuação era percebida como diferenciada na condução das aulas em relação aos demais docentes.

> *[...] E, assim, a gente sentia que ele era uma pessoa diferente... um professor diferente dos outros. Todos os outros eram “ok”… eram bons também. E ele também era bom, mas era diferente [...] Ele sempre foi um professor que tinha uma didática diferente dos outros, sabe? [...] C17.*

Outro fator que motivou a participação no projeto foi a curiosidade em saber como era a experiência de ser palhaço. Participar de uma oficina experimental como o primeiro contato com o projeto também parece ter contribuído para que o profissional decidisse continuar em algumas situações.

> *[...]eu tinha muita curiosidade também, de como... o que era usar a máscara do palhaço dentro de um hospital. Eu tinha muita essa curiosidade [...]. C9*

> *Então, nós tivemos uma oficina experimental e, a partir daquela oficina, o pessoal que quis participar, participou. Foi assim que aconteceu. Eu gostei da oficina, da proposta e foi assim... Falei sim. C4.*

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.469-477

3.2 Sendo Difícil Entender em que Consistia o Projeto Antes de Participar dele

Para o profissional interessado em participar do projeto, era difícil entender do que se tratava apenas pelas informações fornecidas pelos colegas que já faziam parte dele. Segundo ele, só é possível compreender o que acontece durante essas atividades, quando passa a participar delas.

> *[...] olhando hoje, eu falo: "Caraca, eu não tinha noção de nada". Porque acho que só participando, a gente sabe o que você vivencia ali... o que você aprende e o quanto você cresce, né? C6.*

3.3 Temendo a Exposição ao Participar do Projeto

O profissional que tinha um perfil mais introvertido surpreendia-se ao se interessar pelo projeto, reconhecendo como um desafio o fato de ter que se expor ao assumir o papel de palhaço.

> *Sempre fiquei curioso [em relação ao projeto], mas meio receoso, porque eu sou um cara um pouco mais tímido em algumas situações...outras vezes, sou bem extrovertido. Então, eu não sabia como lidar, né? Como que é ser palhaço... assim, se expor e estar tão exposto para todo mundo... para tudo. Fiquei bem receoso. C2.*

3.4 Entendendo o Palhaço como uma Possibilidade de Ser, Independentemente do seu Perfil Pessoal

Após superada a barreira em relação ao receio de se expor, o profissional passa a reconhecer a figura do palhaço como uma possibilidade de ser independentemente do seu perfil pessoal, mais ou menos extrovertido. Essa experiência parece ter favorecido o autoconhecimento e o desenvolvimento da autoconfiança.

> *[...] eu nunca fui o palhaço engraçado... Eu tinha as minhas limitações, eu era muito mais o "Branco" [figura de palhaço mais sério] […] C7.*

> *[...] e tem lugar para todos, né? Isso que eu gostei. Você não tem que ter o perfil "x", sei lá…do Didi Mocó, para ser considerado um palhaço. Você não tem que ser o Chaves. Você não tem que ser, sei lá, o Mister Bean. Você pode ser você e daí [...] C8.*

3.5 Descobrindo uma Maneira Diferente de Atuar como Profissional

Tornar-se palhaço permitiu ao entrevistado vislumbrar, enquanto estudante, possibilidades de atuação no futuro que vão muito além do que ele esperava para a profissão, com ênfase para uma abordagem mais humana na assistência ao paciente. Constituiu-se em uma oportunidade genuína de se perceber como profissional, segundo sua perspectiva de vida, a partir desta nova vivência que o projeto lhe propiciou.

> *E eu sempre achei que tinha mais por trás do cuidado com o paciente que só saber a parte técnica. E nos primeiros dois anos da faculdade, eu lutei muito para não sair [do curso]. Porque eu ficava assim: "gente, não é o que eu quero fazer... Não dá". E aí, surgiu o palhaço. [...] Existe campo para pessoas que pensam de maneira diferente e aí, eu comecei a me identificar um pouco mais e me achei assim: "ah, eu posso ser eu e ser médico". E aí, foi quando eu vi que dava para fazer medicina de outra maneira, sabe? C8.*

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.469-477

3.6 Sendo o Projeto uma Válvula de Escape para Aliviar o Estresse Vivido na Graduação

O projeto também representou um momento de alívio e relaxamento para o entrevistado enquanto graduando, frente às demandas acadêmicas do curso e seus inúmeros desafios.

> *Quando eu estava nos "Narizes de Plantão", eu acho que era nossa fuga... de todo mundo que participava, né? [...] Podia ser um dia super cansativo, mas aí, no fim do dia, a gente falava assim: "Puts, hoje tem oficina… hoje é um dia que a gente consegue se soltar e relaxar, curtir e aproveitar" C11.*

E apesar de todas as atividades acadêmicas a serem cumpridas no curso de graduação, o profissional que fazia parte do projeto enquanto aluno, empenhava-se em continuar a participar, mesmo diante das dificuldades enfrentadas, por ser algo prazeroso.

> *[...] não me arrependo um segundo. Eu ia virado de plantão para as oficinas [de palhaço] ... Melhor coisa do mundo. C2.*
>
> *[...] apesar do sofrimento... que tinha uma questão muito de… além de eu trabalhar e fazer os estágios obrigatórios da faculdade, então eu tinha um turno duplo. E ainda tinham as oficinas, né? Às vezes, eu ia duas vezes no Ipiranga [unidade onde aconteciam as oficinas de palhaço] no mesmo dia... Eu moro em Taboão da Serra… dá uma hora e meia. C7.*

4. Discussão

Os resultados revelaram que, para o profissional de saúde, ter participado do projeto "Narizes de Plantão" durante a graduação propiciou-lhe um olhar diferenciado sobre a humanização do cuidado e o desenvolvimento de habilidades socioemocionais importantes para o exercício da profissão.

Um estudo realizado acerca da atuação dos "palhaços hospitalares" evidenciou, dentre os inumeros benefícios advindos desta vivência, o enriquecimento da relação estabelecida entre profissionais e estudantes com os pacientes (Sato, Ramos, Silva, & Gameiro, 2016).

Quando adentra no ambiente hospitalar, o palhaço busca estabelecer uma ligação com os pacientes, familiares e profissionais de saúde capaz de criar uma relação de confiança mútua, possibilitando a todos os envolvidos desenvolver suas potencialidades por meio das artes cênicas. A partir da lógica do palhaço profissional, em consonância com as situações do contexto hospitalar, delineiam-se cenas teatrais em tempos e espaços reais (Brum, & Porpino, 2017).

No presente estudo, um dos fatores que motivou o profissional a participar do projeto foram as conversas com pessoas que já faziam parte desta iniciativa. Esses achados corroboram com os resultados de dois estudos, realizados com acadêmicos e egressos do curso de medicina da Universidade Federal de Goiás, que cursaram uma disciplina abordando esta temática. A influência destes alunos atuou como força motivadora para o envolvimento de outras pessoas da comunidade acadêmica (Oliveira, 2014; Paiva, 2013).

No caso do projeto "Narizes de Plantão", apesar das conversas com alunos que já participavam do projeto, isso parecia não ser suficiente para que novos interessados entendessem de fato o que realmente acontecia nas oficinas de palhaços. Ocorre que o processo de formação do palhaço é puramente prático e vivencial, tornando-se difícil descrevê-lo para pessoas que ainda não o experienciaram (Masetti, 1998).

Na perspectiva do participante do presente estudo, o contato com a arte do palhaço na graduação permitiu-lhe vislumbrar uma maneira diferente de exercer a profissão, constituindo-se em uma oportunidade genuína de se perceber como profissional, a partir da vivência de autoconhecimento propiciada pelo projeto.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.469-477

Essa descoberta das novas possibilidades de atuação na profissão pelo graduando, sob a ótica do processo interpretativo proposto por Blumer, significa que o sujeito primeiramente exibe a si mesmo as coisas que têm sentido, num processo interno de comunicação e interpretação consigo mesmo. Após essa etapa de autoconhecimento, ele interpreta e atribui significados à essa interação, fazendo a seleção, a checagem, o reagrupamento e a transformação desses significados, vislumbrando uma nova concepção para atuar na vida profissional (Haguette, 2010).

De acordo com o IS, o significado que o profissional atribui à experiência de interagir com o seu próprio palhaço é construído a partir da interação que ele estabelece consigo mesmo, com os colegas de turma, pacientes, equipe multiprofissional e sociedade. E ao redefinir o self (ambiente interno da própria pessoa, segundo o IS) e assumir o papel do outro, o profissional-palhaço age e interage com diversas situações que passam a ser ressignificadas a medida em que avalia o momento presente, atribuindo, assim, um novo olhar para sua experiência.

A inserção da arte do palhaço no processo de humanização do profissional em formação, leva o acadêmico a reelaborar a própria maneira de avaliar a postura profissional em relação ao paciente, passando a percebê-lo além da sua doença (Oliveira, 2014).

Alunos que tiveram contato com a arte do palhaço durante a formação acadêmica demonstraram maior capacidade de enxergar o mundo pelos “olhos do outro”, aceitando pontos de vista diferentes dos seus, levando a outra pessoa a se sentir compreendida e acolhida (Silva, Sampaio, & Santos, 2019).

O desenvolvimento de habilidades não técnicas, como a capacidade de escuta, de contato visual, de lidar com falhas, de compreender o outro e de compartilhar momentos de dor e sofrimento é um ponto positivo resultante da participação dos estudantes de saúde em projetos universitários relacionados a vivências com palhaços hospitalares (Lanzieri, Claro, Bragança, Montezano, & Silva, 2011; Nogueira-Martins, Lima-Costa, Nogueira-Martins, & Nogueira-Martins, 2014).

Além de proporcionar o desenvolvimento de competências profissionais que contribuem para tornar o atendimento mais humanizado, o projeto "Narizes de Plantão" também constituiu-se, para os participantes, em uma válvula de escape para enfrentar o estresse durante a graduação, representando um momento de alívio e relaxamento frente às demandas acadêmicas.

Em uma pesquisa realizada no Reino Unido com estudantes de medicina de um programa abrangendo conteúdos relacionados às artes, os estudantes encontraram um espaço para equilíbrio, reflexão e compreensão em meio às demandas de uma vida profissional intensa. Eles reconheceram, ainda, a contribuição dessa experiência no desenvolvimento de habilidades importantes para fortalecer a prática, levando-os a se comunicarem de maneira mais eficaz e a melhorarem a autoconfiança (Croix, Rose, Wildig, & Willson, 2011).

Outro achado interessante do presente estudo é o fato do profissional enquanto graduando se sentir mais confiante após superar o medo da exposição ao participar das aulas de palhaço. Em um dos estudos anteriormente citado, alunos da Universidade Federal de Goiás que vivenciaram a arte do palhaço relataram sentir medo e ansiedade nas primeiras visitas dos acadêmicos como palhaços dentro do ambiente hospitalar e não durante as atividades teóricas desenvolvidas em sala de aulas sobre essa temática (Oliveira, 2014).

Esse processo desafiador de exposição e revelação do próprio palhaço também abre espaço para o acolhimento e a aceitação, possibilitando aos participantes do projeto "Narizes de Plantão" reconhecerem a figura do palhaço como algo a ser apropriado por qualquer pessoa, seja ela mais ou menos extrovertida. A literatura aponta que alunos mais tímidos que participaram de atividades sobre a arte do palhaço conseguiram superar sua timidez e, consequentemente, desenvolver habilidades de comunicação (Paiva, 2013).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.469-477

A compreensão da vivência da arte do palhaço para profissionais de saúde durante a graduação levou à reflexão sobre a importância de se implementar estratégias educativas que promovam o autoconhecimento do aluno, sensibilizando-o para as questões relacionadas à humanização do cuidado.

5. Conclusões

Este estudo possibilitou compreender o significado da vivência do profissional de saúde com a arte do palhaço a participar de um um projeto de extensão durante a graduação. Esta estratégia educacional mostrou-se efetiva no desenvolvimento e o aprimoramento de habilidades socioemocionais em estudantes do ensino superior na área da saúde.

Além disso, a experiência no projeto em questão contribuiu para o alívio do estresse durante o período acadêmico, possibilitando ao aluno ampliar as perspectivas futuras para a profissão, vislumbrando uma nova forma de atuação na prática. Enquanto estudante, o profissional revelou encontrar mais sentido no ato de cuidar, indo além do tecnicismo, e passando a valorizar a escutar e o olhar na interação com o paciente.

Este estudo traz subsídios que poderão contribuir para o aperfeiçoamento do conhecimento científico acerca do uso da linguagem do palhaço enquanto tecnologia facilitadora das práticas educacionais e de cuidados em saúde.

A investigação qualitativa revelou-se como uma estratégia exitosa de investigação das questões interacionais entre as pessoas envolvidas no contexto de pesquisa, possibilitando aos pesquisadores aprofundar sua compreensão sobre a influência da arte do palhaço no processo de formação do profissional de saúde.

6. Referências

Blumer, H. (1969). The methodological position of symbolic interactionism. In: H. Blumer. *Symbolic interacionism*: perspective e method. (pp.1-60). University of California.

Brasil. Ministério da Saúde. (2012). Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n. 466*, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília (DF), Seção 1:59.

Brum, D.C.,& Porpino, K.O. (2017). Figuras palhacescas: um percurso até os palcos hospitalares. *Concept*, 6(1)106-23.

Cardozo, E.E., & Munari, D.B. (2005). A formação integral dos profissionais de saúde: possibilidades para a humanização da assistência. *Ciênc Cuid Saúde*,4(2):163 -70.

Charon, J.M. (2004). *Symbolic interactionism*: an introduction, an interpretation, an integration. New Jersey: Prentice Hall.

Croix, A., Rose, C., Wildig, E., & Willson, S. (2011). Arts-based learning in medical education: the students' perspective. *Med Educ*,45(11):1090-100.

Doutores da Alegria. (2020). Conheça. https://doutoresdaalegria.org.br/

Haguette, T.M. (2010). *Metodologias qualitativas na sociologia*. (12a ed.).Vozes.

Hsieh, H.F., & Shannon, S.E.(2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res,* 2005;15(9):1277-88.

Lanzieri, P.G., Claro, L.B., Bragança, F.C., Montezano, V.R., & Silva CS. (2011). "Boa noite, bom dia HUAP!", uma experiência de humanização na formação de profissionais da área de saúde. *Interface Comun Saúde Educ*,15(36):289-98.

Masetti, M. (1998). *Soluções de palhaços*: transformações na realidade hospitalar. Palas Athena.

Narizes de Plantão. (2019). *Muito prazer!* http://narizesdeplantao.com.br/

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.469-477

Nogueira-Martins, M.F., Lima-Costa, D., Nogueira-Martins, L.A., & Nogueira-Martins, MC. (2014). Perceptions of healthcare undergraduate students about a hospital clown training. *Creat Educ,* 5(8):542-51.

Nunes, E.C., Silva, L.W.,& Pires, E.P. (2011). O ensino superior de enfermagem: implicações da formação profissional para o cuidado transpessoal. *Rev Lat Am Enfermagem*,19(2):252-60.

Oliveira, A.S. (2014). *Palhaço no hospital*: percepção da influência do pronto sorriso como instrumento de aprendizagem no ensino da graduação em medicina. [Tese de doutorado, Universidade Federal de Goiás]. 106 p.

Paiva, M.L.(2013). Contribuições do Pronto Sorriso na formação do profissional de saúde. [Tese de doutorado, Universidade Federal de Goiás], 67 f.

Ribeiro, C.A,& Pettengill, M.A. (2006). A abordagem interacionista. In: Matheus MC & Fustinoni SM. (Coord.) *Pesquisa qualitativa em enfermagem*. (pp. 35-4). Livraria Médica Paulista.

Rolim, K.M, Campos, A.C, Cardoso, M.V., & Silva, R.M. (2004). Sensibilizando os discentes para o cuidado humanizado: vivências do ensino-aprendizagem. *Rev RENE*, 5(2):79-85.

Sato, M., Ramos, A., Silva, C.C., Gameiro, G.R, & Scatena, C.M. (2016). Palhaços: uma revisão acerca do uso dessa máscara no ambiente hospitalar. *Interface Comun Saúde Educ*,20(56):123-34.

Silva, M, Sampaio J, &, Santos E. (2019). O nível de empatia de participantes do projeto de extensão universitária sorriso de plantão e sua contribuição para a formação em saúde. *Rev Contexto Saúde*.19(36):79-90.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.469-477

Propondo uma ferramenta tecnológica para comunicação entre enfermeiro e paciente em oncologia

Fabiane de Amorim Almeida[1] e Mahyra Medeiros Vieira[2]

[1] Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, Brasil | fabi.almeida17@outlook.com; https://orcid.org/0000-0002-8062-3579

[2] Hospital Israelita Albert Einstein, Brasil | mahyra.vieira@einstein.br | http://orcid.org/0000-0002-4874-68X

Resumo: Introdução: A presença do enfermeiro navegador nos cenários de cuidado aos pacientes em oncologia tem se tornado uma tendência no Brasil e no mundo, com destaque para o câncer colorretal. Uma das principais estratégias de abordagem utilizadas por estes profissionais é a comunicação, que tem sido facilitada com o uso da tecnologia. **Objetivos:** Compreender as expectativas dos pacientes com tumores colorretais acerca da construção de uma ferramenta tecnológica que facilite a comunicação com o enfermeiro navegador e o acesso à informação; propor a elaboração de uma ferramenta de comunicação e divulgação de conhecimento alinhadas às necessidades dos participantes da pesquisa. **Método:** Estudo descritivo, qualitativo, realizado com pacientes em tratamento para câncer colorretal no Centro de Oncologia de um hospital particular, de São Paulo, Brasil. Os dados foram coletados por meio de pesquisa em prontuário e entrevistas semiestruturadas, utilizando-se a Análise Qualitativa do Conteúdo como referencial metodológico. **Resultados:** Sugestões foram propostas pelos pacientes, para a inserção de ferramentas tecnológicas que atendam melhor às suas necessidades, como o *Whatsapp Business*, para viabilizar a comunicação com os enfermeiros navegadores. Foi criada, também, uma página de *Instagram*, para disponibilizar conteúdo científico e material educacional sobre o câncer colorretal, denominada *Colorretal_News*. **Conclusão:** A tecnologia é percebida pelos pacientes como uma estratégia facilitadora da comunicação com os profissionais de saúde, além de fonte de conhecimento sobre a doença. Acredita-se que a implementação das propostas de intervenção tecnológica do presente estudo no serviço de oncologia otimize a comunicação entre pacientes e enfermeiros navegadores e a disponibilização de informações atualizadas e confiáveis sobre as questões relacionadas aos tumores colorretais.

Palavras-chave: Enfermagem Oncológica; Navegação de Pacientes; Aplicativos Móveis; Neoplasias Colorretais; Cuidados de Enfermagem.

Proposing a Technological Tool for Communication between Nurses and Patients in Oncology

Abstract: Introduction: The presence of the navigator nurse in the oncology patient care scenarios has become a trend in Brazil and in the world, with an emphasis on colorectal cancer. One of the main approach strategies used by these professionals is communication, which has been facilitated with the use of technology. **Objectives:** To understand the expectations of patients with colorectal tumors regarding the construction of a technological tool that facilitates communication with the nurse navigator and access to information; propose the development of a communication and knowledge dissemination tool in line with the needs of research participants. **Method:** Descriptive, qualitative study conducted with patients undergoing treatment for colorectal cancer at the Oncology Center of a private hospital, in São Paulo, Brazil. Data were collected through medical record research and semi-structured interviews, using Qualitative Content Analysis as a methodological framework. **Results:** Suggestions were proposed by patients, for the insertion of technological tools that better meet their needs, such as Whatsapp Business, to enable communication with nurse navigators. An Instagram page was also created to provide scientific content and educational material on colorectal cancer, called Colorretal_News**. Conclusion:** Technology is perceived by patients as a strategy to facilitate communication with health professionals, as well as a source of knowledge about the disease. It is believed that the implementation of the technological intervention proposals of the present study in the oncology service optimizes communication between patients and nurse navigators and the provision of updated and reliable information on issues related to colorectal tumors.

Keywords: Oncology Nursing; Patient Navigation; Mobile Applications; Colorectal Neoplasms; Nursing Care.

CC BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.478-486

1. Introdução

O enfermeiro navegador em oncologia é o profissional que possui conhecimento e habilidades avançados na área, desempenha funções de práticas avançadas, fornece assistência individualizada e possibilita ao paciente ultrapassar as barreiras dos sistemas de saúde (Oncology Nursing Society, 2017).

Além da presença do enfermeiro navegador, outra tendência no desenvolvimento da assistência à saúde é o emprego da tecnologia. A utilização de aplicativos móveis e outras ferramentas de comunicação online traz grandes avanços à prática da enfermagem (Chang, Zhao, Qiao, Yao, Wang, Li, et al, 2018; DeLemos, 2017; Chuang, Liu, Fu, Liu, Chien, Lin et al, 2015; Boston-Fleischhauer, 2017).

A tecnologia transformou o modo como nos comunicamos e acessamos informações. A utilização de aplicativos e redes sociais permite acesso instantâneo às necessidades, através de operações simples (Oncology Nursing Society. 2017; Deen, Terna, Kim, Leahy, & Fedder, 2018). Isso é comprovado por estudos que demonstraram diminuição no tempo de acesso dos pacientes aos enfermeiros e facilidades no reconhecimento, pelo enfermeiro, do paciente em necessidade (Chang, Zhao, Qiao, Yao, Wang, Li, et al, 2018; Chuang, Liu, Fu, Liu, Chien, Lin et al, 2015).

Ainda sobre os benefícios dos avanços da tecnologia na saúde e da presença do enfermeiro navegador no atendimento aos pacientes oncológicos, destacam-se os benefícios em prol dos pacientes acometidos por tumores de cólon e reto. Esta população de pacientes está frequentemente exposta a diversas modalidades de tratamento e, muitas vezes, tem o tratamento estendido ao domicílio – no caso da quimioterapia via oral e dos infusores de quimioterapia portáteis (Manual de Oncologia Clínica do Brasil, 2018; Bonassa, & Gato, 2012).

Diante disso, a seguinte questão norteou a realização deste estudo: “Quais seriam as sugestões dos pacientes com tumores colorretais acerca da construção de uma ferramenta tecnológica que facilitasse a comunicação com o enfermeiro navegador e o acesso à informação?”.

Desta forma, este artigo tem o objetivo de: compreender as expectativas dos pacientes com tumores colorretais acerca do uso de uma ferramenta tecnológica que facilite a comunicação com o enfermeiro navegador e o acesso à informação; e propor a elaboração de uma ferramenta de comunicação e divulgação de conhecimento para enfermeiros e pacientes, conforme as necessidades dos participantes da pesquisa.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, realizado no Centro de Oncologia de um hospital particular de nível quaternário, do município de São Paulo, Brasil.

Dez pacientes com câncer colorretal em tratamento na referida instituição, foram convidados a participar do estudo durante a coleta de dados, entretanto quatro recusaram a participação. Assim, a amostra constituiu-se de seis pacientes, entre 47 e 77 anos de vida (média=60 anos), sendo quatro homens e duas mulheres. Quanto ao grau de instrução, Quanto ao grau de formação, três participantes possuíam nível superior, dois eram pós graduados e um possuía nível técnico. Cinco participantes possuíam tumor de cólon e um deles o tumor de reto e, em relação ao tempo decorrido desde o diagnóstico, a média foi de 18 meses, variando de um a 53 meses.

O número de participantes foi definido por inclusão progressiva, encerrando-se a coleta de dados quando as informações obtidas permitiram às pesquisadoras compreender a situação estudada. Não foram incluídos na amostra aqueles que apresentaram barreiras físicas, como impossibilidade de fala e dificuldades com o idioma e/ou cognitivas, que dificultassem a compreensão do conteúdo da entrevista.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.478-486

Os dados foram coletados em 2020 e na primeira etapa obteve-se informações sobre o perfil epidemiológico dos participantes por meio de pesquisa em prontuário eletrônico. Utilizou-se um instrumento elaborado pelas autoras, contendo informações como idade, gênero, nível de instrução, diagnóstico médico e tempo de evolução da doença.

Na segunda etapa, os pacientes participaram de uma entrevista semiestruturada, conduzida a partir das seguintes questões norteadoras: De que forma você considera que o uso da tecnologia pode ajudar na comunicação com o seu enfermeiro navegador? Se você tivesse acesso a um aplicativo para a comunicação com o enfermeiro navegador, em que situações você o utilizaria? Em relação ao conteúdo, o que você gostaria de encontrar nesse aplicativo?

As entrevistas foram gravadas em dispositivo de áudio, previamente autorizadas pelos participantes, e duraram em média 20 minutos, sendo realizadas individualmente em um consultório do ambulatório de oncologia e agendadas conforme a disponibilidade dos participantes.

O projeto foi avaliado pelo Sistema Gerenciador de Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Israelita Albert Einstein, em cumprimento à Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovado sob o parecer nº 3.420.827 (CAAE: 14469919.4.0000.0071). Após serem informados sobre a pesquisa e concordarem em participar, os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As entrevistas foram transcritas literalmente e analisadas por meio da Análise Qualitativa do Conteúdo, um método que propõe classificações sistemáticas pela identificação de temas ou padrões, possibilitando a interpretação subjetiva do conteúdo. Amplamente utilizada na área da saúde, abrange duas fronteiras: a tradicional ou linguística e a hermenêutica, relacionada a interpretação do sentido das palavras (Franco, 2007; Campos, 2004).

Esta estratégia metodológica permite descrever um determinado fenômeno, ampliando o seu conhecimento sem a perda do rigor científico e possui três modalidades: dirigida, somatória e convencional (Franco, 2007).

A modalidade dirigida é utilizada em pesquisas iniciais ou quando há uma teoria ou pesquisa prévia sobre um fenômeno considerada incompleta ou que pode se beneficiar de um maior detalhamento (Franco, 2007; Hsieh, & Shannon, 2005).

A modalidade somatória caracteriza-se pela criação de códigos, identificados a partir de palavras-chave, contadas e comparadas entre si, de modo que os dados são analisados pela quantidade de vezes que estas se repetem no material analisado. Como a abordagem qualitativa de análise dos dados vai além da contagem de palavras, procede-se, em seguida, a análise do conteúdo latente, buscando-se compreender o uso contextual destas palavras e descobrir seus significados (Franco, 2007; Hsieh, & Shannon, 2005).

A modalidade convencional, utilizada no presente estudo, mostra-se apropriada quando a teoria existente relacionada à pesquisa é escassa ou limitada, privilegiando-se o uso de entrevistas não estruturadas, com perguntas abertas para a obtenção dos dados (Franco, 2007; Hsieh, & Shannon, 2005).

Nesta modalidade, os pesquisadores evitam usar categorias pré-concebidas, de modo que é a partir do discurso dos participantes que se derivam as categorias e os códigos para análise dos dados, como ocorreu neste estudo. Para orientar este processo, um diagrama com a organização das categorias e das subcategorias em uma estrutura hierárquica pode ser empregado (Hsieh, & Shannon, 2005).

Quatro etapas compõem a análise qualitativa de conteúdo convencional:

- Codificação dos dados, realizada por meio de leituras repetidas e menos aprofundadas do material, de modo a promover a imersão do pesquisador no conteúdo e obter um sentido do todo. São feitas marcações e anotações, respeitando-se as palavras e expressões utilizadas pelos participantes da pesquisa que devem ser mantidas, para que possam ser captadas as palavras-chave;

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.478-486

• Categorização dos dados, quando são agrupados os trechos com significado semelhante ou outras similaridades, derivando as categorias e subcategorias;

• Integração das categorias, quando o pesquisador observa relações entre as categorias encontradas e analisa os significados recorrentes;

• Descrição dos dados que, após categorizados, são relacionados às anotações feitas durante o processo e ao material encontrado na literatura ou utilizado na pesquisa (Campos, 2004; Hsieh, & Shannon, 2005).

Os dados foram analisados seguindo os passos de codificação dos dados, categorização, integração das categorias e descrição, sendo validado por pares.

Os discursos evidenciaram duas categorias temáticas: “Dando voz aos pacientes com câncer colorretal sobre o uso de tecnologia na comunicação com o profissional”, constituído pelas subcategorias “Comunicação assertiva com o enfermeiro navegador”, “Considerando a tecnologia como um meio de obter informações seguras” e “Simplicidade, disponibilidade, atualidade e comunicação assertiva”; e “Propondo ferramentas tecnológicas que otimizem a comunicação entre enfermeiro e paciente”. Prezando pelo sigilo dos participantes, os trechos dos discursos foram identificados com a letra E (entrevistado) e o número correspondente à entrevista realizada.

3. Resultados

3.1 Dando Voz aos Pacientes com Câncer Colorretal sobre o Uso de Tecnologia na Comunicação com o Profissional

3.1.1 Comunicação Assertiva com o Enfermeiro Navegador

A tecnologia é considerada, pelos entrevistados, uma forma atual e eficaz na comunicação com o enfermeiro navegador. Eles acreditam que as ferramentas tecnológicas podem tornar a comunicação com os profissionais quase instantânea, possibilitando a troca de informações visuais, como vídeos e fotografias.

> *Olha, eu acho que só vem a somar, não é mesmo? Esses Apps da vida, que permitem uma comunicação quase que instantânea (E3).*

> *Então, eu precisei ligar para eles (os profissionais), acho que duas vezes nesse tempo todo, né? e me atenderam de pronto, né? Só que esse telefone, por algumas razões, eles não habilitaram o Whatsapp. Então, você tem que ligar mesmo, entendeu? [...] Não é tão legal quanto você poder mandar uma foto, poder mandar um vídeo... ou então, tá aqui minha temperatura... entendeu? (E2).*

Sobre a ferramenta tecnológica citada por quase todos os entrevistados, o *Whatsapp* é reconhecido por sua eficácia, agilidade e possibilidade de condensar informações. Além disso, os pacientes consideram a troca de mensagens por *Whatsapp* menos invasiva.

> *Quando você usa o Whatsapp, até pela maneira de você se comunicar, é uma coisa mais...você concentra mais o assunto que quer colocar, e as pessoas estão mais ligadas o tempo todo com o Whatsapp. É mais imediato o contato (E1).*

> *Então, eu acho que o mais legal, para poder falar diretamente, seria um Whatsapp. Todo mundo prefere passar texto atualmente, é menos invasivo e tudo mais (E2).*

Os participantes referem que, se tivessem disponível uma ferramenta tecnológica para se comunicar com o enfermeiro navegador, a utilizariam em situações pontuais, principalmente na vigência de algum efeito colateral fora do esperado.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.478-486

> *Por exemplo, se surgisse alguma coisa nova da minha parte... uma anomalia não prevista, eu comunico rapidamente, né? Por exemplo, né, uma coisa que fosse fora do esperado (referindo-se a efeitos colaterais). (E3).*
>
> *Uma vez ou outra, para tirar dúvidas emergenciais, para tirar dúvidas pontuais. Uma vez ou outra, só. Não há mais, tirando essas razões, demandas pra encher o saco de ninguém (E5).*

Para um dos participantes, o uso da tecnologia em saúde não é livre de riscos, entendendo que o profissional nem sempre consegue documentar as informações transmitidas aos pacientes:

> *Então eu falo, posso te ligar? Estou com dor de barriga... Então, eu ligo no ramal. Não é gravado, né? Você vai ter que se virar nos 30, daí. Então, é assim, você tem soluções de comunicação e se você não tem tudo documentado, o cara te põe no pau dois anos depois. Você que tem que ter as evidências de que o serviço foi certo. [...] Então, tem que tomar muito cuidado, prestar muita atenção. É muita informação contida ali, né? (E5).*

3.1.2 Considerando a Tecnologia como um Meio de Obter Informações Seguras

A busca de informações por meio de conteúdo digital de confiança pareceu ser uma grande preocupação para os entrevistados. Os relatos dos pacientes apontam para o interesse em procurar informações que pareçam fidedignas e sérias junto a sites científicos.

> *De uma forma geral estou muito bem informado, em literatura científica. Então, são "papers", são estudos, coisas serias. Ou seja, estudos que tem toda parte estatística. Eu sou matemático, cientista da computação. Então, toda parte estatística, eu posso ver a seriedade dos estudos que são feitos... (E2).*
>
> *Sensacional! Eu obtinha todas as respostas. Eu sempre podia procurar pelas dúvidas que eu tinha. Recebia todos os materiais e sempre tudo muito completo, de fontes. Porque nem tudo que "tá" online é verdade, então tem muitas fontes fidedignas. (E5).*

Ainda em relação à fidedignidade das informações, alguns pacientes preferem não utilizar a internet para esse fim, preferindo confiar nas informações oferecidas pelo médico.

> *Não! Para mim é que nem o médico fala: agora, você vai ter que confiar em mim. Você tem que confiar na minha palavra. Então, não procuro (informações na internet) por não querer mesmo. Porque quanto mais você procura, muitas vezes, você vai interpretar uma coisa que é "desse tamaninho" (gesticula com as mãos referindo-se a algo pequeno) e é "desse tamanho" (gesticula com as mãos referindo-se a algo grande). (E4).*

3.1.3 Simplicidade, Disponibilidade, Atualidade e Comunicação Assertiva

Em relação à disponibilização de conteúdo, os participantes acreditam que o emprego de ferramentas tecnológicas na comunicação e na troca de informações é muito relevante, não apenas para o paciente, mas também para o profissional de saúde.

> *Não (se utiliza a tecnologia para obter informações), mas se tivesse alguma tecnologia, sempre é melhor! A tecnologia é sempre para facilitar para o paciente e facilitar, também, para a pessoa que está trabalhando, os enfermeiros. (E6).*

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.478-486

Os discursos evidenciam também que para os participantes do estudo, o conteúdo abordado na ferramenta tecnológica deveria contemplar esclarecimentos e informações sobre as patologias oncológicas, seu estadiamento e o tratamento proposto, além das novas possibilidades e avanços científicos na área.

> *Então, para cada um desses tipos de tumor e tipo de estadiamento, você vai ser submetido a um tipo de medicação mais agressivo ou menos agressivo... Então, podia ter um tipo de um FAQ (Perguntas mais frequentes). Podia ser assim: O cara tem câncer colorretal, estádio III, os tratamentos vão ser oxaliplatina, não sei o que... Então, estão aqui as 10 ou 15 perguntas mais frequentes. [...] (E2).*

Outra questão destacada pelos entrevistados é barreira que a linguagem científica pode trazer à compreensão, além da limitação idiomática. Desta forma, sugerem o uso de uma linguagem simplificada que facilite a compreensão dos pacientes na elaboração da ferramenta.

> *Acho que poderia ter um resumo de tudo, né? Porque, por exemplo, nem todos os pacientes falam inglês, nem todos entendem a sopa de letras, sopa de siglas. Então, eventualmente, com a estatística também...então, não sabem o que é um hazard ratio, intervalo de confiança. Não sabe nada disso, né? Simplifica para o paciente... Para tirar esse viés científico e tudo... E vocês, que estão focados nisso, vão achar esse conteúdo o tempo todo. (E2).*

Os relatos destacam, também, questões relacionadas à aplicabilidade da ferramenta, no sentido de manter atualizado o conteúdo. Torna-se clara a preocupação com a manutenibilidade da ferramenta, a fim de que não deixe de ser interessante.

> *Aí, vira uma enciclopédia. Só isso! E nada que não vá ser manutenível. A pior coisa que tem é você fazer a coisa mais legal do mundo e depois não conseguir manter atualizado. É mais prejudicial do que não fazer. (E5)*

> *Olha, informação sempre é interessante, mas eu vejo muito pela revista do (cita o nome do laboratório). Antes, era mensal mas, cara, não tem informação suficiente pra você atualizar uma revista com conteúdo de qualidade mensal! Então, eu acho que tem que fazer uma atualização bimestral, trimestral ou quando algo importante e relevante surgir e ser cumulativo. (E2).*

3.2 Propondo Ferramentas Tecnológicas que Otimizem a Comunicação entre Enfermeiro e Paciente

A partir das sugestões contidas nos discursos dos pacientes, considerou-se o uso do *Whatsapp Business*, que permite comunicação instantânea, troca de mensagens de texto e de voz, além do envio de documentos (Whatsapp, 2020). Ressalta-se, ainda, que o aplicativo permite o envio de mensagens automáticas, recurso que poderia ser utilizado para informar os pacientes sobre o horário de funcionamento do serviço.

Em relação à troca de informações entre enfermeiros e pacientes, foi criada uma página no *Instragram*, direcionada àqueles com tumores colorretais. O *Instagram* é uma ferramenta para criação e compartilhamento de conteúdo e, assim como o *Whatsapp*, tem a opção da construção de perfil *business* (Instagram, 2020), opção escolhida para a criação da referida página.

A página, intitulada *"Colorretal News*", com usuário *"colorretal_news*", foi inserida na categoria "saúde/beleza". No momento, a página encontra-se em criação de conteúdo. As informações atualizadas sobre câncer colorretal estão sendo publicadas com a inclusão de imagens e *links* de acesso à referência do periódico ou local de onde foram extraídas. Os recursos de publicação de vídeos e do *Instagram Stories* também serão utilizados, com a participação de especialistas. Abaixo de cada publicação, será disponibilizado um resumo simplificado a respeito do conteúdo.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.478-486

Ressalta-se que todas as informações disponibilizadas nessa ferramenta terão rigoroso embasamento científico, sendo validadas por um segundo enfermeiro e um médico oncologista, antes da sua publicação.

4. Discussão

Em relação à primeira categoria, “Comunicação assertiva com o enfermeiro navegador”, apesar de reconhecerem a eficácia das ferramentas tecnológicas na comunicação com o profissional, atualmente, os pacientes contam com a comunicação por meio de e-mail e de ligações telefônicas, disponibilizadas pela instituição. Aqueles que se comunicam com o enfermeiro por meio de *Whatsapp*, o fazem pelo aplicativo pessoal do profissional.

A atuação do enfermeiro navegador mediada por ligações telefônicas é uma prática ainda pouco explorada na literatura, porém pode ser observada em outros serviços e aparenta trazer benefícios aos pacientes, como maior adesão aos tratamentos e menos faltas às consultas e aos procedimentos (Johnson, 2016).

Segundo os participantes do presente estudo, eles utilizam as ferramentas tecnológicas para buscar informações sobre a doença e consideram que a tecnologia é o meio mais eficaz de se comunicar com o enfermeiro navegador e obter informações individualizadas. No tocante à comunicação, a principal ferramenta abordada pelos participantes foi o *Whatsapp.*

Além disso, os entrevistados demonstraram preocupação com a fidedignidade das informações encontradas no acesso à internet e consideraram o enfermeiro navegador como um profissional capaz de transmiti-las com segurança aos pacientes.

Dados de um ensaio clínico randomizado demonstraram ganhos de eficácia na transmissão de informações online a pacientes e na implementação da navegação por pares. Os pacientes que receberam as intervenções apresentaram melhores índices de conhecimento e eficácia na realização dos cuidado (Casillas, Schwartz, Crespi, Ganz, Kahn, Stuber, et al, 2019).

A literatura reforça, portanto, que, por meio da disponibilização de informações online, o enfermeiro tem possibilidade de contribuir para a maior autonomia do paciente e sua conscientização, principalmente nos cuidados preventivos (Denecke, Kyburz, Gfeller, Deng, & Bürkle, 2018).

Porém, em contrapartida, um trabalho que buscou avaliar a opinião dos pacientes sobre um aplicativo móvel de comunicação com o enfermeiro navegador demonstrou que, em alguns casos, o interesse pelo seu uso não foi significativo. As razões para esta atitude relacionaram-se principalmente ao meio que a ferramenta foi disponibilizada, ao cansaço do cotidiano e à falta de tempo (Gehrke, Lee, Hilton, Ganster, Trupp, McCullough, et al, 2018).

Um dos participantes da presente pesquisa demonstrou preocupação sobre a proteção dos dados na troca de informações com os pacientes. Segundo ele, os dados transmitidos por ligações telefônicas muitas vezes não são gravados, podendo trazer implicações futuras para o profissional, uma vez que não há como registrar as orientações oferecidas.

Em concordância com o discurso deste paciente, apesar de ser uma tendência global o uso de dispositivos móveis na saúde representa algumas preocupações sobre regulamentação e vigilância. Assim, em 2018, o Conselho Federal de Medicina publicou a Resolução nº 2178/2018, para oferecer apoio e segurança aos pacientes e profissionais que utilizam este tipo de atendimento, no caso, os aplicativos que oferecem consulta médica em domicílio (Conselho Federal de Medicina, 2018).

Já, em relação à segunda categoria do presente estudo, “Simplicidade, disponibilidade, atualidade e comunicação assertiva...”, os participantes enfatizaram a importância de se privilegiar conteúdos mais atualizados e individualizados. Sugeriram, também, a disponibilização de um “FAQ” que contemplasse as dúvidas mais frequentes dos pacientes sobre determinado assunto.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.478-486

A respeito do conteúdo, os participantes também destacaram a importância de que a ferramenta seja manutenível. A literatura corrobora esta observação dos pacientes, uma vez que há relatos sobre o risco do excesso de informações que este tipo de ferramenta pode trazer, o que faz com que não seja utilizada ou não pareça relevante (Gehrke, Lee, Hilton, Ganster, Trupp, McCullough, et al, 2018).

Assim, em relação à terceira categoria, "A criação da ferramenta tecnológica", o *Whatsapp web* foi proposto para mediar a comunicação entre pacientes e enfermeiros navegadores, bem como uma conta de Instagram, para disponibilização de conteúdo, denominada "*colorretal_news*", levando-se em consideração as necessidades, as sugestões e os desejos dos participantes do estudo.

Por fim, a literatura mostra que o uso das ferramentas tecnológicas no trabalho da enfermagem pode constituir-se em mais uma ferramenta efetiva para o atendimento, com o benefício de conceder ao paciente maior autonomia para administrar suas condições crônicas de saúde (Samples, Zhao, & Shaw, 2014).

5. Conclusões

Os pacientes demonstraram grande interesse pela comunicação com os profissionais e pela busca de informações online sobre seu estado de saúde, preocupando-se com a fidedignidade e a facilidade de compreensão das informações, bem como acesso a dados atuais e individualizados.

Dentre as sugestões propostas para a construção de uma ferramenta tecnológica que viabilize a comunicação com a equipe do setor de oncologia, o uso do *Whatsapp Busines* mostrou-se mais apropriado para esse fim. E para atender às necessidades de informação científica sobre a doença, foi criada uma página no *Instagram*, dedicada à divulgação de conteúdos relacionados aos tumores colorretais.

Considerando os achados do estudo, sugere-se a realização de novos estudos com pacientes atendidos na rede pública de saúde e em outras regiões do Brasil, tendo em vista as discrepâncias na qualidade do atendimento recebido e as limitações de acesso aos meios tecnológicos por questões geográficas e socioeconômicas.

A investigação qualitativa traz significativas contribuições para estudos deste tipo em que se busca dar voz aos usuários de produtos resultantes de pesquisa para atender às suas demandas cotidianas, como ferramentas tecnológicas entre outros, de modo a alinhá-los às reais necessidades da clientela que o utilizará.

6. Referências

Bonassa, E.M., & Gato, M.I. (2012). Terapêutica oncológica para enfermeiros e farmacêuticos. (4a ed.) São Paulo: Atheneu.

Boston-Fleischhauer, C. (2017). The Explosion of Virtual Nursing Care. J Nurs Adm.,47(2):85-7.

Campos, C.J. (2004). Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. Rev Bras Enferm., 57(5):611-4.

Casillas, J.N., Schwartz, L.F., Crespi, C.M., Ganz, P.A., Kahn, K.L., Stuber, M.L, et al. (2019). The use of mobile technology and peer navigation to promote adolescent and young adult (AYA) cancer survivorship care: results of a randomized controlled trial. J Cancer Surviv.,13(4):580-92.

Chang, H., Zhao, J., Qiao, Y., Yao, H., Wang, X., Li, J, et al. (2018). Mobile phone application for self-assessment of acute stroke patients: A tool for extended care and follow-up. Medicine.,97(26):e11263.

Chuang, S.T., Liu, YF, Fu ZX, Liu KC, Chien SH, Lin CL, et al. (2015). Application of a smartphone nurse call system for nursing care. Telemed J E Health.,21(2),105-9.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.478-486

Conselho Federal de Medicina. (2018). Resolução CFM. n. 2.178/2017, de 14 de dezembro de 2017. Regulamenta o funcionamento de aplicativos que oferecem consulta médica em domicílio. Diário Oficial da União.; Seção 1:138.

Deen, T., Terna, T, Kim, E., Leahy B, & Fedder W. (2018). The impact of stroke nurse navigation on patient compliance post discharge. Rehabil Nurs, 43(2): 65-72.

DeLemos, C.D. (2017). Developing a Mobile App for Neuroscience Nurses. J Nurs Adm.,47(9): 413-4.

Denecke, K., Kyburz, P, Gfeller, S, Deng, Y,& Bürkle,T. (2018). A Concept for Improving Cross-Sector Care by a Mobile Patient Navigator App. Stud Health Technol Inform.,255: 160-4.

Franco, M.L. (2007). Análise de conteúdo (2a ed.). Brasília (DF): Líber Livro.

Gehrke, A., Lee, S.S, Hilton, K., Ganster, B, Trupp, R., McCullough, C., et al. (2018). Development of the Cancer Survivor Profile-Breast Cancer (CSPro-BC) app: patient and nurse perspectives on a new navigation tool. J Cancer Surviv.,12(3), 291-305.

Hsieh, H.F.,& Shannon, S.E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. Qual Health Res.,15(9),1277-88.

Instagram.(2020). Sobre o instagram. https://about.instagram.com/

Johnson, F. (2016). The Process of Oncology Nurse Practitioner Patient Navigation: A Pilot Study. Clin J Oncol Nurs., 20(2), 207-10.

Manual de Oncologia Clínica do Brasil. (2018). Câncer gastrintestinal: cólon. https://mocbrasil.com

Oncology Nursing Society. (2017). Oncology Nurse Navigator Core Competencies. https://www.ons.org/sites/default/files/201705/2017_Oncology_Nurse_Navigator_Competencies.pdf

Samples, C., Zhao, N,,& Shaw, R.J.(2014). Nursing and mHealth. Int J Nurs Sci,1(4), 330-3.

Whatsapp. (2020). Aplicativo Whatsapp business. https://www.whatsapp.com/business/?lang=pt_br

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.478-486

Diálogos sobre a Construção dos Itinerários Terapêuticos por Pessoas que Vivenciam Hanseníase

Fábio Solon Tajra[1], Guilherme de Sousa Lima[2], Eduardo Roesener Vieira[2], Camila Maria Coelho de Moura[2], Viriato Campelo[3]

[1] Departamento de Medicina Comunitária da Universidade Federal do Piauí, Centro de Inteligência em Agravos Tropicais Emergentes e Negligenciados, Brasil | fstajra@hotmail.com | https://orcid.org/0000-0001-7236-5541

[2] Universidade Federal do Piauí, Brasil | guilhermedesl@outlook.com; eroesenerv@gmail.com; camilacoelho0523@gmail.com | https://orcid.org/0000-0002-0986-6797; https://orcid.org/0000-0003-4750-150X; https://orcid.org/0000-0001-5872-2602

[3] Departamento de Parasitologia e Microbiologia da Universidade Federal do Piauí, Brasil | viriato.campelo@bol.com | https://orcidid.org/0000-0001-7236-5541

Resumo: A hanseníase, agravo negligenciado no Brasil, tem constituído um problema de saúde pública. Existe uma tensão para que sejam elaboradas propostas de intervenção para prevenção, controle e minimização dos efeitos ocasionados. Os itinerários terapêuticos construídos pelas pessoas que vivenciam esse agravo contribuem para a identificação de boas práticas, bem como dos pontos a serem melhorados e aperfeiçoados. **Objetivos:** compreender os itinerários terapêuticos da população que vivenciam hanseníase no estado do Piauí, tendo em vista a necessidade de perceber as potencialidades e fragilidades da rede. **Métodos:** Trata-se de um estudo de delineamento qualitativo norteado pelo paradigma interpretativo. Realizamos entrevistas individuais a partir de roteiro semiestruturado com treze pessoas que vivenciavam hanseníase no estado do Piauí. O projeto foi aprovado pelo Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (nº 3.429.590). **Resultados:** as unidades de Atenção Primária à Saúde foram mencionadas como importante referência para o acolhimento dos casos e condução do cuidado em saúde. Contudo, apresentaram fragilidades relacionados ao diagnóstico e preparo dos profissionais diante das condutas apropriadas. **Conclusões:** importante levar em consideração os destaques mencionados neste estudo, à medida em que se propõe o cuidado à saúde de pessoas que vivenciam a hanseníase. Isso inclui a reflexão sobre a atuação dos equipamentos de saúde, bem como a organização e o funcionamento dos serviços em rede, a definição de sistemas de apoio e logística e a adoção de protocolos e fluxos. Desse modo, é possível verificar a efetividade desses equipamentos de saúde na atenção integral ao paciente e propor intervenções que visem a melhoria desse serviço.

Palavras-chave: Hanseníase; Acesso Universal aos Serviços de Saúde; Integralidade; Integralidade em Saúde; Pesquisa Qualitativa; Hermenêutica.

Dialogues on the Construction of Therapeutic Itineraries by People Who Experience Leprosy

Abstract: Leprosy, neglected disease in Brazil, has been a public health problem. There is a tension for the elaboration of intervention proposals for prevention, control and minimization of the effects caused. The therapeutic itineraries built by the people who experience this condition contribute to the identification of good practices, as well as the points to be improved and perfected. **Objetives:** to understand the therapeutic itineraries of the population that experiences leprosy in the state of Piauí, in view of the need to understand the potential and weaknesses of the network. **Methods:** This is a qualitative design study guided by the interpretive paradigm. We conducted individual interviews based on a semi-structured script with thirteen people who were experiencing leprosy in the state of Piauí. The project was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Piauí (number 3,429,590)**. Results:** the Primary Health Care units were mentioned as an important reference for welcoming cases and conducting health care. However, they presented weaknesses related to the diagnosis and preparation of professionals in the face of appropriate conduct. **Conclusions:** it is important to take into account the highlights mentioned in this study, as it proposes health care for people who experience leprosy. This includes reflection on the performance of health equipment, as well as the organization and functioning of network services, the definition of support and logistics systems and the adoption of protocols and flows. In this way, it is possible to verify the effectiveness of these health equipment in comprehensive patient care and to propose interventions aimed at improving this service.

Keywords: Leprosy; Universal Access to Health Care Services; Integrality in Health; Qualitative Research; Hermeneutics.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.487-495

1. Introdução

A hanseníase, agravo negligenciado no Brasil, tem constituído um problema de saúde pública. Sua ocorrência tem sido desproporcional em populações socioeconomicamente desfavorecidas e marginalizadas (Monteiro et al., 2017). Existe uma tensão para que sejam elaboradas propostas de intervenção para a sua prevenção, controle e minimização dos efeitos ocasionados. Contudo, são insuficientes e provocam pouco impacto na saúde coletiva (WHO, 2014).

A hanseníase constitui um agravo de transmissão direta que se relaciona com uma série de determinantes e condicionantes como, por exemplo, contato com o *Mycobacterium leprae* ou bacilo de Hansen associados à baixa renda, escassez alimentar, indisponibilidade de água tratada e coleta de lixo, dificuldade de acesso a programas de transferência de renda e aos serviços sociais de saúde (Monteiro et al, 2017; Silvestre & Lima, 2016).

No Brasil, um dos países endêmicos, foi registrado, em 2020, uma taxa de detecção de 6,51/100.000 habitantes, além de uma taxa de detecção de incapacidade de grau 2 (IG2) de 5,23 por milhão de habitantes. Houve uma considerável queda da taxa de detecção em relação ao ano de 2019 (11,23 por 100.000 habitantes). Contudo, essa situação constitui um reflexo das barreiras impostas pela pandemia de COVID-19 (Coronavírus Disease) na detecção desses casos (Silva, 2021).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu uma meta global de redução da detecção de IG2 para menos do que 1 por milhão de habitantes, o qual não foi atingido pelo Brasil até a presente data (World Health Organization, 2016). Aqui, faz-se necessário reunir esforços e aglutinar recursos de forma mais enérgica, tendo em vista a priorização do cuidado à saúde de pessoas que vivenciam a hanseníase.

Vale ressaltar que a hanseníase pode ocasionar efeitos diversos que exigem abordagem multiprofissional e práticas de saúde interdisciplinares. Isso tenciona para práticas plurais, aliada a articulação e integração dos serviços em redes. Aqui, as unidades de atenção primária à saúde (APS), conhecidas no país como Unidades Básicas de Saúde, tem papel decisivo na promoção, proteção e recuperação de saúde diante desse tipo de agravo. É porta de entrada e coordenadora do cuidado no sistema de saúde brasileiro. Contudo, são anunciados alguns problemas diante da perspectiva de cuidado em saúde (Sousa et al., 2017).

A partir disso, problematizamos: como se dão os itinerários terapêuticos de pessoas que vivenciam hanseníase? Quais equipamentos de saúde são acessados? Assim, o objetivo deste estudo é compreender os itinerários terapêuticos da população que vivencia hanseníase no estado do Piauí, tendo em vista a necessidade de perceber as potencialidades e fragilidades da rede.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo de delineamento qualitativo norteado pelo paradigma interpretativo. Optamos por esse tipo de estudo por privilegiar os sentidos e os afetos dos movimentos de uma comunidade (Bosi; Mercado & Martínez, 2004). No que diz respeito ao paradigma interpretativo, entendemos que as representações observadas até aquele momento foram construídas historicamente e são produto de um processo de interação entre os sujeitos. Nesse caso, a ênfase é dirigida ao processo e inclui a compreensão sobre as percepções e o significado que os fenômenos têm para cada um deles.

Vale mencionar que a escolha desse tipo de estudo esteve relacionada com a pergunta disparadora do estudo, aliada ao objetivo que pretendíamos responder e ao olhar curioso construído pelos pesquisadores. Essa tríade parece sustentar a escolha do método e técnica a ser utilizada (Bosi, Mercado & Martínez, 2004).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.487-495

Para garantir a transparência e completude desta produção, seguimos a proposta do Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR) que inclui itens referentes ao título, resumo, formulação do problema e pergunta de pesquisa, delineamento e métodos de coleta e análise de dados, resultados, interpretação, discussão e integração, bem como outras informações (Patias & Hohendorff, 2019). Assim, partimos para a descrição de todos os aspectos metodológicos e justificativa de nossas escolhas. Vale mencionar que a adoção desses critérios não esteve restrita à fase de produção textual. Utilizamos esse referencial, também, para as fases de planejamento e programação da pesquisa.

Realizamos entrevistas individuais a partir de roteiro semiestruturado com treze pessoas que vivenciavam hanseníase no estado do Piauí. Os participantes foram recrutados em dois hospitais de referência de nível terciário para esse agravo no estado do Piauí durante a fase de acolhimento das consultas agendas ou internação. O período de recrutamento dos participantes se deu ainda entre agosto de 2019 e fevereiro de 2020, anteriormente ao registro dos primeiros casos de COVID-19 no Piauí.

No que diz respeito aos critérios de inclusão dos sujeitos, foram considerados os usuários que acessaram os serviços desses hospitais de referência do estado do Piauí para os agravos tropicais emergentes ou negligenciados e ter mais de 18 anos. Foram excluídos adolescentes, pessoas com transtornos psiquiátricos, previamente diagnosticados na tentativa de reduzir qualquer tipo de risco relacionado à pesquisa.

Elaboramos um roteiro com perguntas abertas que tratava dos itinerários terapêuticos construídos por cada um deles. Dentre os questionamentos elaborados, podemos citar: Como foi a sua experiência no acesso aos serviços de saúde? Como chegou até esse serviço de saúde? Qual foi o seu itinerário?

O recrutamento dos participantes se deu por conveniência até a saturação teórica (Fontanella et al., 2011). Isso significa dizer que o ponto de saturação da amostra esteve dependente indiretamente do referencial teórico usado pelos pesquisadores e do recorte do objeto e diretamente dos objetivos definidos para a pesquisa, do nível de profundidade a ser explorado (dependente do referencial teórico) e da homogeneidade da população estudada.

Os dados foram produzidos após imersão prévia dos pesquisadores nesses espaços e acompanhamento dos serviços.

Houve estudo piloto em que os pesquisadores passaram por experimentação do roteiro e desenvolvimento da técnica de entrevista. Um docente e dois discentes do curso de Medicina da Universidade Federal do Piauí conduziram a coleta de dados após fundamentação teórico-conceitual e metodológica oportunizada por meio de encontros semanais durante o primeiro semestre de 2019. Nesses encontros, foi possível identificar as principais necessidades e demandas dos pesquisadores sobre esse tipo de pesquisa, estabelecer um diálogo permanente para o seu desenvolvimento e planejar a pesquisa de campo propriamente dita de forma participativa.

As entrevistas tiveram uma média de trinta minutos de duração, foram gravadas em áudio, transcritas e analisadas em blocos de três. Acreditamos que a análise em blocos possibilita a identificação de boas práticas na condução das entrevistas, assim como os pontos a serem melhorados e aperfeiçoados. Auxilia, ainda, no direcionamento do trabalho e na abordagem dos participantes, tendo em vista a necessidade de responder à pergunta do estudo. A partir disso, é possível também perceber outras temáticas e desdobramentos que merecem destaque em outros estudos.

Os dados foram arquivados em um drive para garantir o acesso a todos os pesquisadores. As transcrições foram compartilhadas com os participantes para comentários e correções.

No que diz respeito aos procedimentos éticos, enquanto projeto de pesquisa, a investigação cumpriu com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil para a obtenção do consentimento informado dos participantes e garantia da preservação da confidencialidade dos dados. O projeto foi encaminhado ao Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, tendo seu parecer aprovado com o número 3.429.590.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.487-495

Os dados foram manipulados e armazenados com vistas a garantir sua segurança e o anonimato dos participantes. Vale ressaltar que não existia relacionamento prévio à pesquisa entre pesquisador/a e pesquisado/a. Aos participantes, foi garantido os processos éticos relevantes na coleta de dados e seu consentimento.

Dentre os procedimentos de análise de dados, adotamos o referencial teórico da hermenêutica de Hans-Georg Gadamer (2015) associada às contribuições de Paul Ricoeur (1976). Aqui, a análise e interpretação das narrativas se deram em três fases: leitura inicial do texto, leitura crítica e apropriação. A leitura inicial do texto teve como objetivo compreendê-lo de maneira superficial, por meio da percepção dos primeiros significados. Foi realizada várias vezes e sem julgamentos, de modo que o pesquisador apreendeu os significados e pode organizá-los. Logo após, foi realizada a leitura crítica com a finalidade de interpretar e compreender os prováveis significados imbuídos no texto. Por fim, a apropriação foi feita com a compreensão e assimilação da mensagem desvelada (Terra et al., 2009).

Dois discentes realizaram as transcrições das entrevistas e a codificação dos dados foi realizada pelo docente orientador. Houve conferência dos dados transcritos com os coletados, tendo em vista a garantia da integridade dos dados. Foi realizada a transcrição total e analisada na íntegra, com o objetivo de identificar as unidades de análise (unidades de significado). O paradigma interpretativo orientou a análise, uma vez que os pesquisadores estudaram as coisas em seus cenários naturais, tentando entender os fenômenos em termos dos significados que as pessoas a eles conferem (Denzin & Lincoln, 2006).

As unidades foram geradas indutivamente sem a utilização de softwares. Os resultados foram discutidos com os coletadores de dados, docente orientador e outros dois integrantes, um discente e um docente com expertise no assunto. Para garantir a credibilidade e fidedignidade da análise de dados, utilizamos a checagem por membros (Patias & Hohendorff, 2019).

Para garantir a confidencialidade dos participantes da pesquisa, utilizamos, para a sua identificação, uma característica marcante de sua narrativa (Tabela 1).

Tabela 1. Perfil dos participantes do estudo, características relacionadas, idade e local de residência.

Participante	Característica	Idade	Local de residência
1	O trabalhador	*sem informação	Zona urbana
2	O paizão	*sem informação	Zona rural
3	O esperançoso	*sem informação	Zona rural
4	O imparável	55 anos	Zona rural
5	A precavida	25 anos	Zona urbana
6	O otimista	36 anos	Zona rural
7	O alegre	62 anos	Zona rural
8	O consciente	44 anos	Zona urbana
9	O paciente	36 anos	*sem informação
10	O honesto	39 anos	Zona rural
11	O dedicado	*sem informação	*sem informação
12	O persistente	45 anos	Zona urbana
13	O sincero	32 anos	Zona urbana

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.487-495

É importante acrescentar que, para a caracterização dos itinerários e identificação dos estabelecimentos de saúde mencionados pelos participantes, optamos por apresentar os dados a partir de uma figura com ênfase na sua notificação. Utilizamos o *software Microsoft Excel*® para construção do modelo de gráfico de polaridade apresentado.

3. Apresentação e discussão dos resultados

A experiência das pessoas é indispensável para a produção dos discursos científicos diante da busca pelo significado das ações nas relações entre interpretante e interpretado (Geanellos, 2000). Essa experiência é a base da abordagem hermenêutica (Caprara, 2003). Aqui, buscamos o contato com as pessoas que vivenciavam hanseníase para compreender os caminhos percorridos, bem como as suas emoções, sentimentos e reações.

Diversos itinerários foram descritos pelas pessoas entrevistadas. Foi possível, assim, identificar os tipos de equipamentos acessados e a frequência em que foram citados (Figura 1).

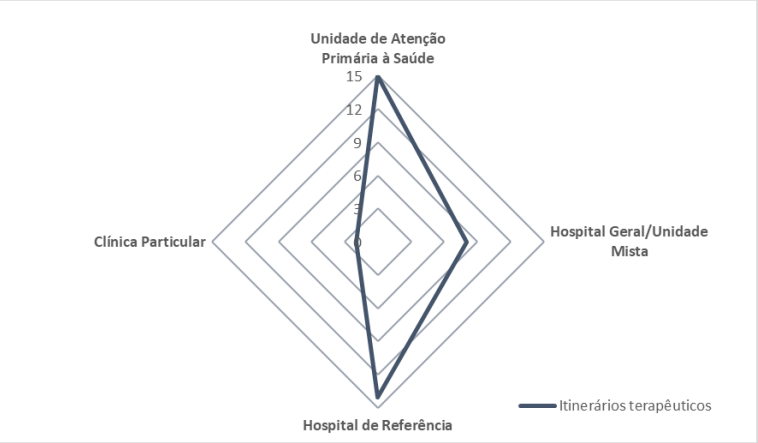


Fig. 1. Itinerários terapêuticos construídos por pessoas que vivenciam hanseníase.

O primeiro equipamento identificado foi a Unidade Básica de Saúde (UBS), responsável pela APS no sistema de saúde brasileiro. Starfield (2002) ressalta que a atenção no primeiro contato é um dos atributos essenciais da APS. É para este equipamento que, em geral, os participantes mencionaram se dirigir, quando perceberam sinais e sintomas sugestivos desse agravo:

> *[...] eu vim com um problema na perna [...] começou um inchaço e muita dormência [...] eu fui ao posto do bairro e a médica de lá analisou [...] ela ficou com a suspeita, porque eu tenho sempre uma manchinha ao redor [...] fez todos os testes que têm que fazer [...] tem o da hanseníase e tudo* (A precavida).

> *[...] comecei com essas manchas no meu corpo [...] já tem seis anos [...] começou a tomar parte do corpo, nas pernas, no rosto [...] dormência [...] com a insistência da família eu fui pesquisar para ver o que era que estava se passando [...] eu fiz uma queimadura aqui [...] que eu não estava sentindo essa área do braço [...] peguei um ferro quente e trisquei [...] foi fundo, mas não senti a pele [...] eu disse: vou fazer o tratamento, porque isso aqui não é [...] normal [...] eu tive que ir no postinho perto de casa* (O trabalhador).

Os profissionais da APS têm um papel importante diante do cuidado à saúde de pessoas que vivenciam hanseníase. Ações como a territorializacão, por exemplo, são fundamentais para o reconhecimento das necessidades e demandas da população.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.487-495

Uma vez reconhecidos casos de hanseníase no território, é possível elaborar um plano de ação específico e apropriado.

Aliado a isso, é preciso investir na promoção da saúde com ênfase em estratégias de educação, a fim de empoderar a população para reconhecer sinais e sintomas de patologias com incidência no território de atuação deste equipamento. Carnut (2017) comenta que a adoção de estratégias apropriadas às demandas da população deriva da relação da população com o território.

É importante que a pessoa reconheça os sinais e sintomas desse agravo pois, ao já apresentar perda de sensibilidade no momento do diagnóstico, a chance de desenvolver comprometimento da função nervosa e mão em garra aumenta em 65% (Croft et al., 2000).

Outros equipamentos identificados foram o Hospital Geral e a Unidade Mista de Saúde, responsáveis por atendimentos de urgência/emergência e em especialidades básicas: *[...] fui para o hospital no meu município e foi feito o exame lá mesmo [...] eu fiz e levei para a médica do postinho [...] lá, já começou o tratamento* (O persistente).

Os serviços de urgência e emergência constituem pontos de atenção à saúde importantes dentro da rede e constituem porta de entrada. Nesse estudo, os participantes apontaram itinerários construídos a partir desses serviços. Aqui, houve articulação com outros setores com a apropriação dos profissionais de saúde da APS.

Em alguns relatos, foram percebidas fragilidades no diagnóstico e condução dos casos na APS e os profissionais buscaram referência para outros serviços especializados: *[...] passei cinco meses com o problema sem tomar o remédio certo [...] depois, fui para o hospital [...] o doutor falou que tinha que ir para Teresina [...] lá tem um médico especialista nesse problema* (O esperançoso).

A ocorrência do diagnóstico apenas pelo especialista, sendo por vezes precedida por diagnósticos equivocados na atenção primária, revela lacunas no atendimento integral ao paciente com hanseníase, além de retardar o diagnóstico do paciente e de aumentar as chances de desenvolver graves complicações. Para Alencar e Ramos (2012), existem lacunas na descentralização do atendimento integral ao portador da hanseníase, além de dificuldades com o acompanhamento durante e após a poliquimioterapia.

O terceiro equipamento de saúde identificado foi o Hospital de Referência. O atendimento dentro deste equipamento foi marcado por agilidade e satisfação do paciente: *[...] (o médico) me encaminhou para cá [...] foi um anjo na minha vida [...] aqui (Hospital Universitário), a médica falou que estava com Hanseníase [...] no mesmo dia, fui diagnosticada e me passou o tratamento* (O paizão); *[...] eu vim em 2006 [...] fiz o exame aqui num dia e no outro dia já recebi o resultado [...] a doutora me falou: pode usar o remédio com fé que você vai ficar bom, mas só que você vai ficar com sequela* (O esperançoso).

Vale mencionar que, nesses casos, as pessoas não obtiveram o diagnóstico na APS e precisaram ser encaminhadas para uma unidade hospitalar para fechar o diagnóstico junto a um especialista. Aqui, tivemos dúvidas quanto ao conhecimento profissional sobre o agravo e aos recursos existentes no município de origem para a elaboração do diagnóstico.

Apenas 9,1% dos municípios brasileiros contam com a assistência do especialista (Schmitt & Miot, 2014). Essa realidade denota um empecilho para o acesso da população ao especialista, visto que a hanseníase é uma doença reconhecidamente associada a condições econômicas, sociais e ambientais desfavoráveis, mais marcantes em locais distantes dos grandes centros urbanos.

Um último equipamento de saúde identificado foram os consultórios e clínicas particulares, sempre associado com alguma lacuna do sistema de saúde, seja ela falta de exames ou do especialista: *[...] fui fazer consulta lá na cidade, em Bom Jesus, e pediram um exame [...] eu fiz exame particular* (O esperançoso).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.487-495

Todos esses itinerários foram atravessados por emoções, sentimentos e reações. Algumas narrativas foram atravessadas por desesperança, preocupação, medo, dúvida, mágoa, sensação de exclusão, sensação de impotência, desamparo, revolta, indignação, angústia e humilhação. Foram gerados a partir do desconhecimento do diagnóstico, da dificuldade de acesso aos serviços de saúde, da demora e da peregrinação. De fato, isso interfere diretamente na experiência de cuidado em saúde: “pensei até em desistir no começo, porque eles demoraram tanto” (O trabalhador).

Quando o acesso se materializou e a relação com o profissional de saúde esteve atravessada pela sensação de acolhimento e amparo, outras emoções e sentimentos foram percebidas: alívio, sensação de tranquilidade, satisfação e contentamento: “uma tranquilidade enorme [...] a doutora me diagnosticou e falou que não é uma doença que, assim, que passa [...] no meu caso [...] não é assim, muito agressivo e não é muito contagiosa, isso me deixa muito aliviado” (O paizão).

Para a perspectiva hermenêutica, as emoções, sentimentos e reações descritas por cada uma dessas pessoas revelam a procura de um novo significado de vida em contraposição aos aspectos que caracterizam a abordagem biomédica. Trata-se de um problema existencial, não somente de uma questão biologicista. A perspectiva de cura não pode ser a única a ser levada em consideração. Estamos tratando do reestabelecimento do bem-estar e da qualidade de vida de cada uma dessas pessoas. A liberdade, por exemplo, é um componente importante a ser levado em consideração. Quando o acesso aos serviços de saúde é limitado ou a pessoa não contribui com a construção do seu plano terapêutico, isso é colocado em questão (Gadamer, 2006).

Na concepção gadameriana, o diálogo é um aspecto que deve ser levado em consideração quando se pretende buscar respostas para as necessidades e demandas de saúde de uma pessoa. Isso deve pautar a relação com o profissional de saúde. Gadamer propõe a experiência de uma medicina “humanista” que extrapola a técnica em si e analisa o ser humano na sua totalidade, o seu “ser no mundo” (Caprara, 2003; Gadamer, 2006).

A verificação dos itinerários terapêuticos é uma importante aliada na avaliação em saúde na perspectiva dos princípios da integralidade e da resolutividade em saúde (Vilela et al., 2019). A possibilidade de transformação das práticas de saúde depende dos encontros oportunizados em cada um dos itinerários terapêuticos. Assim, é indispensável apropriar-se das narrativas das pessoas que vivenciaram esse agravo e construir novas formas de promoção do bem-estar, minimizando os efeitos gerados pela doença e sofrimento.

4. Conclusões

Compreendemos que os itinerários terapêuticos de pessoas que vivenciavam hanseníase estavam atravessados por dificuldades de acesso, peregrinação, fragilidades quanto ao diagnóstico e quanto à elaboração de um plano de cuidados em saúde. Associamos isso à falta de protocolos e linhas de cuidado adotadas no estado do Piauí e à frágil formação e desenvolvimento profissional.

É importante levar em consideração os destaques mencionados neste estudo, à medida em que se propõe o cuidado à saúde de pessoas que vivenciavam hanseníase. Isso inclui a reflexão sobre a atuação dos profissionais de saúde e construção de vínculos, bem como a disponibilidade e acesso aos equipamentos de saúde, a organização e o funcionamento dos serviços em rede, a definição de sistemas de apoio e logística e a adoção de protocolos e fluxos. Desse modo, foi possível verificar efeitos na integralidade em saúde.

Vale mencionar que esse trabalho pode contribuir com a discussão sobre os itinerários terapêuticos de pessoas que vivenciavam hanseníase por meio da abordagem hermenêutica. A perspectiva biomédica, contrária ao entendimento proposto por Gadamer, foi elucidada a partir da experiência de fragmentação do cuidado e da ênfase à cura. Foram desconsiderados aspectos importantes para a promoção do bem-estar de cada uma dessas pessoas.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.487-495

A abordagem hermenêutica nos permitiu explorar as experiências de pessoas que vivenciavam hanseníase e compreender como cada uma delas lidou com as barreiras de acesso aos serviços de saúde e com a peregrinação em busca do cuidado. Possibilitou, ainda, compreender as reações, sentimentos e emoções geradas pelas pessoas na construção da sua jornada.

5. Referências

Alencar, C. H. M., Ramos Júnior, A. N., Sena Neto, S. A., Murto, C., Alencar, M. J. F., Barbosa, J. C., & Heukelbach, J. (2012). Diagnóstico da hanseníase fora do município de residência: uma abordagem espacial, 2001 a 2009. Cadernos de Saúde Pública, 28(9), 1685-1698. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900008

Bosi, M. L. M, & Mercado, F.J. organizadores (2004). Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde. Vozes.

Caprara, A. (2003). Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(4):923-931.

Carnut, L. (2017). Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. Saúde debate, 41(9), 1177-1186. https://doi.org/10.1590/0103-1104201711515

Croft, R. P., Nicholls, P. G., Steyerberg, E. W., Richardus, J. H., Cairns, W., & Smith, S. (2000). A clinical prediction rule for nerve-function impairment in leprosy patients. Lancet (London, England), 355(9215), 1603–1606. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(00)02216-9

Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S (2006). Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. Em N. K. Denzin (Ed.). O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. (pp. 15-41). Porto Alegre, BR: Artmed.

Fontanella, B. J. B., Luchesi, B. M., Saidel, M. G. B., Ricas, J., Turato, E. R., & Melo, D. G. (2011). Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cad. Saúde Pública, 27(2), 388-394. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020

Geanellos, R. (2000). Exploring Ricoeur's hermeneu- tic theory of interpretation as a method of analysing research texts. Nursing Inquiry, 7:112- 119.

Gadamer, H. G. (2015). Verdade e método (15ª ed). Vozes.

Gadamer, H. G. (2006). O caráter oculto da saúde. Petrópolis: Editora Vozes.

Ministério da Saúde. (2021). Banco de dados do Sistema Único de Saúde – SAGE DATASUS. https://sage.saude.gov.br/

Ministério da Saúde. (2021). Banco de dados do Sistema Único de Saúde – TABNET Tipos de estabelecimento. http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo_estabelecimento.htm.

Monteiro, L. D., Mota, R. M. S., Martins-Melo, F. R., Alencar, C. H., & Heukelbach, J. (2017). Social determinants of leprosy in a hyperendemic State in North Brazil. Rev. de Saúde Pública, 51(4), 51-70. https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006655

Patias, N. D., & Hohendorff, J. V. (2019). Critérios de qualidade para artigos de pesquisa qualitativa. Psicol. Estud, 24(2). http://dx.doi.org/10.4025/psicolestud.v24i0.43536

Ricoeur, P. (2009). Teoria da Interpretação. O discurso e o excesso de significação (1ª ed.). Edições 70.

Schmitt, J. V., & Miot, H. A. (2014). Distribution of Brazilian dermatologists according to geographic location, population and HDI of municipalities: an ecological study. Anais Brasileiros de Dermatologia, 89(6), 1013-1015. https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20143276

Silvestre, M. P. S. A., & Lima, L. N. G. C. (2016). Hanseníase: considerações sobre o desenvolvimento e contribuição (institucional) de instrumento diagnóstico para vigilância epidemiológica. Rev Pan-Amaz Saude, 7(esp Ananindeua), 93-98.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.487-495

Sousa, G. S., Silva, R. L. F., & Xavier, M. B. (2017). Hanseníase e Atenção Primária à Saúde: uma avaliação de estrutura do programa. Saúde debate, 41(112), 230-242. http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711219

Starfield, B. (2002). Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 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 paul. enferm., 22(1), 93-99. https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000100016

Vilela, R., Caldas, L., Correia, B., Almeida, A., Silva, M. A., & Santos, S. J. (2019). A integralidade do cuidado em saúde na doença falciforme: uso de itinerário terapêutico no apoio à pesquisa qualitativa avaliativa. Atas – Investigação Qualitativa em Saúde, 2(1), 746-755. https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2146/2073

World Health Organization (2016). Global Leprosy Strategy. https://www.who.int/lep/resources/9789290225096/en/

CC BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.487-495

Ocorrência de erros na administração de medicação - Revisão Integrativa

Célia Sofia Barreiros Samico[1], Adriana Henriques[2], Pedro Lucas[3]

[1] MScN, Nursing School of Lisbon. Lisbon, Portugal | email | https://orcid.org/0000-003-1587-0204

[2] PhD Nursing, Master Epidemiology, RN Coordinator Professor, Department of Community Nursing, Researcher Nursing Research, Innovation and Development Centre of Lisbon (CIDNUR). Nursing School of Lisbon and Institute of Environmental Health, FMUL, Lisboa, Portugal | email | https://orcid.org/0000-0003-0288-6653

[3] PhD, MSc, MScN, RN, Nursing Research, Innovation and Development Centre of Lisbon (CIDNUR). Nursing School of Lisbon. Lisbon, Portugal | prlucas@esel.pt | https://orcid.org/0000-0002-2560-7306

Introdução: A complexidade de cuidados associada ao uso de tecnologia, medicamentos e outros tratamentos é um desafio para as organizações de saúde, e está muitas vezes na base da existência de eventos adversos. A administração de medicação é considerada uma atividade crucial no que concerne a segurança dos doentes. A ocorrência de erros durante o processo de gestão da medicação acarreta importantes custos para os doentes, profissionais e Serviço de Sáude. Nos países europeus 8 a 12% dos doentes internados num hospital apresentaram eventos adversos sobretudo como erros de medicação. A Organização Mundial da Saúde definiu como terceiro Desafio Global de Segurança do Paciente, a Medicação sem danos. **Objetivo:** identificar a evidência científica sobre a ocorrência de erros na administração da medicação. **Métodos:** Revisão integrativa da literatura, com pesquisa nas bases de dados CINAHL, Cochrane, Mediclatina, MEDLINE, CUIDEN e referências bibliográficas dos artigos incluídos. Limitadores: artigos publicados de 2015 a 2020; texto integral e Europa. **Resultados:** Incluídos 9 artigos que descrevem relação entre ocorrência de erros e fatores da organização (Interrupções, recursos humanos insuficientes; ritmos trabalho acelerados, cargas de trabalho e cultura punitiva); fatores do sistema de medicação (sistemas de segurança) e fatores individuais (cansaço, falta de competências, negligência) **Conclusão**: Melhorar o ambiente da prática de enfermagem e garantir a existência de sistemas e rotinas de segurança na administração de medicação, uma cultura organizacional não punitiva e recursos humanos suficientes (treinados e com educação no uso seguro do medicamento), têm impacto na diminuição da ocorrência de erros de medicação e consequentemente, promotores da segurança do doente.

Palavras-chave: Segurança do doente; Erros de medicação; Enfermeiras.

Palavras-chave: Segurança do Doente; Erros de Medicação; Enfermeiras.

Occurrence of Medication Administration Errors - Integrative Review

Abstract: Introduction: The increasing complexity of care associated with a greater use of new technologies, drugs and other treatments, proves to be a challenge for health organizations, and is often the basis for the existence of adverse events. The administration of medication is considered a crucial activity with regard to patient safety. The occurrence of errors during the medication management process entails important costs for patients, professionals and the health service. In regard to Europe, the data indicate that 8 to 12% of patients admitted to a hospital experienced adverse events, such as medication errors, among others. The World Health Organization has defined harmless medication as the third Global Patient Safety Challenge. **Objective:** To examine scientific evidence in medication administration errors. **Methods:** Integrative literature review, based on database searches (CINAHL, Cochrane, Mediclatina, MEDLINE, CUIDEN) and bibliographic references of the articles included Limiters: articles published from 2015 to 2020; full text and Europe. **Results:** Eleven included articles that report a relationship between the occurrence of errors and organizational factors (interruptions, lack of human resources, accelerated work rhythms, workloads, and punitive culture); medication system factors (security systems) and individual factors (tiredness, lack of skills and negligence). **Conclusion:** Improve the nursing practice environment and ensure the existence of safety routines systems in the administration of medication, non-punitive organizational culture and sufficient human resources (trained and educated in the safe use of the medicine) have an impact on reducing the occurrence of medication errors and consequently, promoters of patient safety.

Keywords: Patient Safety; Medication Errors; Nurses.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.496-504

1. Introdução

Os erros de medicação são entendidos como um incidente evitável, decorrentes de má utilização do medicamento que podem levar a situações com impacto muito elevado nas pessoas e sistemas de saúde. Os erros de medicação estão associados a um custo anual, a nível mundial, de cerca de 42 biliões de dólares. Nos cuidados de saúde primários e em ambulatório, 4 em cada 10 doentes são prejudicados por algum evento e nos hospitais de países com economias de baixo ou médio rendimento, ocorrem 134 milhões de eventos adversos contribuindo para 2,6 milhões de mortes anuais (WHO, 2019). Na Europa os dados indicam que 8 a 12% dos doentes internados num hospital apresentaram eventos adversos, como erros de medicação. Dada a relevância foi definido como terceiro Desafio Global de Segurança do Doente a Medicação sem danos (WHO, 2017).

A segurança do doente, nas recomendações do Conselho da União Europeia integra quatro áreas de ação: políticas e programas; capacitação de doentes; notificação de eventos adversos e aprendizagem com os erros e educação e treino dos profissionais de saúde (WHO, 2017).

A World Health Organization (2019), define que para garantir melhorias sustentáveis e significativas ao nível da segurança do doente são necessárias: políticas claras, capacidade de liderança organizacional, profissionais de saúde qualificados, envolvimento efetivo dos doentes nos seus cuidados e dados que permitam promover melhorias na segurança.

Eventos adversos relacionados com o uso de medicamentos estão associados a sistemas de medicação fracos e ou fatores humanos como, fadiga, más condições ambientais ou falta de pessoal. (Alteren, Hermstad, White, & Jordan, 2018; Harkanen, Blignaut, & Vehvilainen-Julkunen, 2018b; Kim & Kim, 2019; WHO, 2017).

Erros de medicação acontecem em várias etapas do ciclo de medicação, envolvendo diferentes profissionais. Os enfermeiros, responsáveis pela preparação e administração da medicação, têm um papel determinante em todo o processo, pelo que é necessário fundamental uma abordagem colaborativa evidenciando o seu o papel (Kavanagh, 2017).

O ambiente de prática de enfermagem (APE) é o fator mais influente e com maior impacto sobre os resultados de enfermagem e nas perceções da qualidade dos cuidados e da segurança do doente (Lucas & Nunes, 2020). Melhorando este ambiente, tornando-o favorável, levará à melhoria dos resultados dos doentes e a um fator essencial para o aumento da satisfação dos enfermeiros (Leone et al., 2015, Shirey, 2006), fundamental para a manutenção de equipas com dotações seguras e nelas reter os enfermeiros (Lake, 2002).

Desenvolver APE favoráveis nos serviços de saúde é a melhor estratégia para garantir a segurança dos doentes (Almeida et al., 2020) e a qualidade dos cuidados de enfermagem (Aiken et al., 2012; Lucas & Nunes, 2020; Wei et al., 2018; Wondmieneh, Alemu, Tadele, & Demis, 2020; Zaghini et al., 2019).

A evidência científica aponta para uma lacuna em intervenções relacionadas com a educação dos enfermeiros no uso seguro da medicação (Morrudo et al., 2019; Millichamp & Johnston, 2020; Wilson, Palmer, Levett-Jones, Giligan, & Outram, 2016), identificando como barreiras aos relatos de erros na administração de medicação a cultura da organização, o sistema de notificação e comportamento da gestão. Destaca-se a necessidade de uma cultura de aprendizagem não punitiva e gestão de suporte para qualificar os enfermeiros para a gestão de erros (Vrbnjak et al., 2016).

O objetivo desta Revisão Integrativa da Literatura (RIL) é analisar a evidência científica acerca da ocorrência de erros na administração da medicação.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.496-504

2. Material e Métodos

Esta RIL integra as seguintes etapas: identificação da pergunta de pesquisa; definição das palavras-chave para pesquisa na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados; apresentação da revisão/síntese do conhecimento (Mendes, Silveira, & Galvão, 2008; Whittemore & Knafl, 2005).

A questão orientadora: Como se carateriza a ocorrência de erros na administração da medicação?

A pesquisa foi realizada nas bases de dados *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) Complete, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Medical Literature Analysis and Retrievel System Online* (MEDLINE) Complete e MedicLatina. Foi ainda consultada a base de dados CUIDEN.Foi igualmente explorada a literatura decorrente das citações dos artigos primários a partir das referências bibliográficas. A pesquisa foi realizada em julho de 2020, com os termos identificados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no *Medical Subjet Heading* (Mesh): *patient safety; medication errors; nurses*. O operador booleano usado foi AND. Foram aplicados como limitadores: artigos disponíveis em texto integral; data publicação: 2015-01-01/2020-12-31 e Europa.

Na inclusão dos estudos foi considerado: foco na ocorrência de erros relacionados com administração de medicação, com a intervenção de enfermeiros; disponíveis em texto integral e publicados em Inglês, Português ou Espanhol, na Europa, nos últimos cinco anos. Excluíram-se resumos de eventos científicos, estudos em que a metodologia não estava claramente definida. Foram identificados 82 artigos. Foram excluídos por leitura de título e duplicação em bases de dados, um total de 34 artigos. Dos 47 artigos restantes, foram excluídos 28 após leitura de resumo. Dos 19 remanescentes: 1 foi excluído sem texto integral; 11 por não responderem à questão ou aos critérios de inclusão. Nesta fase foram incluídos a partir de referências bibliográficas 2 artigos que responderam à pergunta de revisão. Na Figura 1 apresenta-se o processo de seleção *Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) de acordo com Moher, Liberati, Tetzlaff, Atman, & The PRISMA Group (2009).

Para a inclusão dos 9 estudos procedeu-se à avaliação da qualidade metodológica dos artigos. Foram considerados os 7 níveis de evidência, agrupados segundo Melnyk & Fineout-Overholt (2011), evidências fortes, moderadas e fracas. Foram respeitados os aspetos éticos da pesquisa no que concerne a autoria das ideias, assim como os conceitos e definições presentes nos estudos incluídos na RI.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.496-504

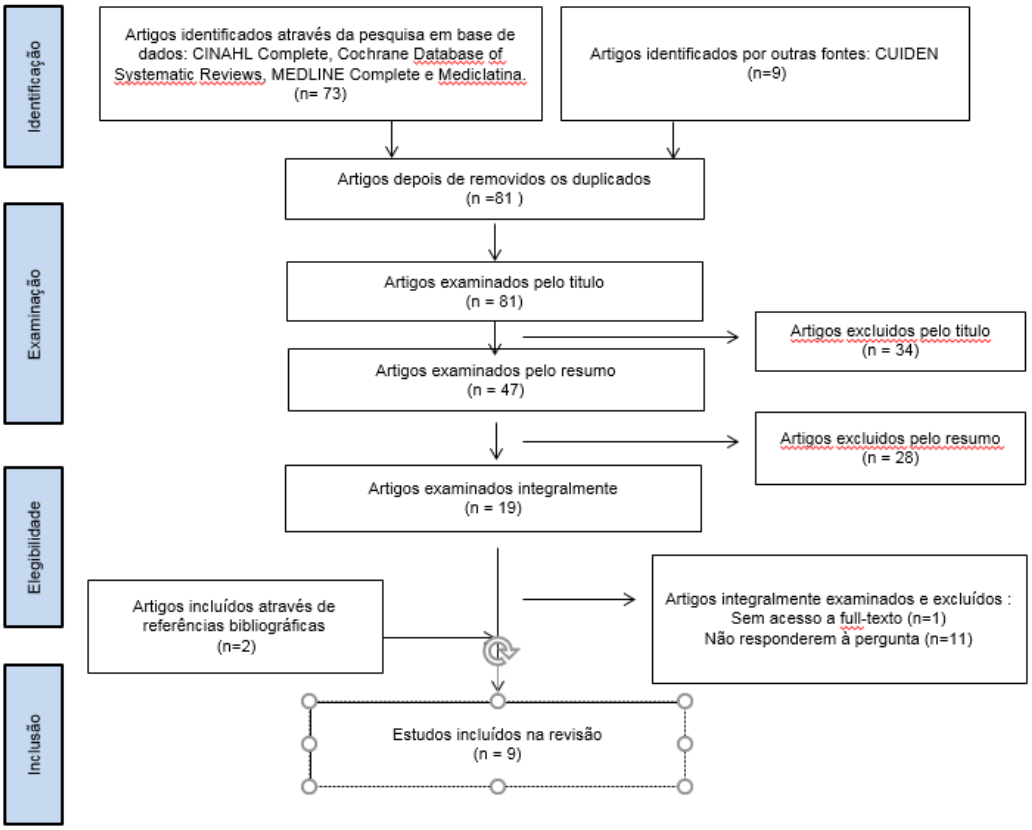


Fig. 1. Fluxograma do processo de identificação, seleção e inclusão dos estudos.

3. Resultados

Os 9 artigos forma analisados, quanto ao ano de publicação, um em 2015; um em 2016; um em 2017;

quatro em 2018 e dois em 2019. Todos foram publicados em revistas científicas e com pelo menos um autor do departamento de enfermagem, à exceção do estudo sueco em que o primeiro autor pertencia ao departamento de neurobiologia. Os estudos foram desenvolvidos, cinco (56%) no Norte da Europa (Finlândia (2), Noruega (1), Suécia (1), e Reino Unido (1); 11% da Europa Central: República Checa (1) e três (33%) no sudoeste da Europa: Itália (1), Turquia (1) e Sérvia (1). Oito (89%) dos estudos apresentam um nível de evidência fraca (estudos descritivos e qualitativos) e um (11%) moderada (estudo quase-experimental). Quanto à população alvo dos estudos, em seis (67%) as amostras eram constituídas por enfermeiros, um (11%) incluíam enfermeiros, farmacêuticos e médicos e em dois (22%) estudos, as amostras eram doentes. Os estudos foram realizados em contexto hospitalar.

Os artigos analisados (síntese no Quadro 1) mencionam que a ocorrência de erros no processo de administração de medicação está relacionada com fatores como: *interrupções durante administração de medicação* (Alteren et al., 2018; Bower, Jackson, & Manning, 2015; Mazzitelli, et al., 2018; Plutínská & Plevová, 2019), *recursos humanos insuficientes* (Alteren et al., 2018; Harkanen et al.,2018a; Svitlica, Simin, & Milutinovic, 2017), *fatores individuais como cansaço, falta de habilidades ou negligência* (Björkstèn et al., 2016; Härkänen, Tianen, & Haatainen, 2018b); *fatores relacionados com o sistema* (Björkstèn et al., 2016; Edeer et al., 2019; Harkanen et al., 2018a; Plutínská & Plevová, 2019), *ambientes da prática de enfermagem* (Alteren et al., 2018; Björkstèn et al., 2016; Harkanen et al., 2018a).

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.496-504

Quadro 1. Síntese dos artigos incluídos na revisão

Estudos Selecionados Autores, Ano	Resultados	Conclusões
Alteren et al., (2018).	Os enfermeiros são interrompidos durante a administração de medicação, por motivos evitáveis, principalmente por colegas e são forçados a priorizar entre o atendimento ao doente e a administração de medicamentos.	Interrupções representam um risco modificável e evitável para a administração segura de medicamentos. A gestão deve garantir que existem outros funcionários disponíveis assegurar as necessidades dos doentes
Björkstèn et al., (2016).	Erros de medicação por negligência resultam da interação complexa entre fatores individuais e do sistema tal como os erros reportados no resto do mundo.	Os locais de trabalho devem trabalhar sistematicamente com as rotinas de segurança do doente e cuidar do bem-estar e da educação contínua dos funcionários.
Bower et al., (2015).	Interrupções têm um impacto negativo na segurança do paciente. Esta revisão da literatura identifica a natureza multidimensional das interrupções e seu impacto na administração de medicamentos e na segurança do doente.	É improvável que uma estratégia única sem foco na segurança do doente seja capaz de melhorar o efeito negativo das interrupções. Necessária educação prática para melhorar as interações da equipa e dotar os enfermeiros com habilidades para gerir as interrupções.
Edeer et al., (2019).	O número médio de medicamentos utilizados antes da admissão no hospital foi quatro. 34,5% dos doentes apresentaram erros nos medicamentos utilizados antes da admissão. Nos medicamentos em que ocorreram erros 25,2% a 32,2% referem-se a antidiabéticos orais, insulinas e medicamentos que atuam no sistema cardiovascular.	Erros de medicação resultaram de histórias clínicas incompletas e imprecisas relativamente aos medicamentos que os doentes tomavam. Devem desenvolver-se estratégias que forneçam informações adequadas e precisas sobre os medicamentos dos doentes usando registos eletrónicos de dados.
Harkanen et al., (2018a).	Os desafios identificados quanto ao processo de administração de medicação foram agrupados em 5 categorias: medicamentos; colaboração entre profissionais de saúde; recursos e ambiente de trabalho; habilidades e educação; e fatores relacionados com o doente.	Para aumentar a segurança e a colaboração eficaz, o sistema de saúde e a administração do hospital devem manter os níveis de pessoal necessários, recursos educacionais contínuos e ambientes de trabalho calmos e sem distrações. A indústria farmacêutica deve facilitar o manuseamento de genéricos e produtos LASA.
Härkänen et al., (2018b).	Incidentes relacionados com identificação incorreta de doentes relacionaram-se com: cansaço, falta de habilidades, negligência, ritmos de trabalho rápidos e carga de trabalho pesada. A importância de identificação correta do doente para reduzir incidentes na administração de medicação, pode não ser completamente compreendida pelos enfermeiros.	Necessário maior suporte do sistema para garantir a educação sobre a importância de processos de identificação e de verificação de medicação. Deve existir maior atenção aos fatores organizacionais, como divisão do trabalho, ritmos acelerados e carga de trabalho. A comunicação verbal e escrita deve ser mais eficaz.
Mazzitelli et al., (2018).	Na coorte experimental as distrações dos enfermeiros e conversas foram menores do que no grupo controle. Distrações como: telefonemas, outros doentes, ruído externo resultaram maiores no grupo experimental. Distrações relacionadas com: médicos, outros funcionários, visitantes e emergências não apresentaram diferenças significativas.	Usar colete de alta visibilidade durante a administração de drogas provou ser muito útil. É importante adotar sinais de "não perturbe" e programas educacionais dirigidos a toda a equipa.
Plutínská & Plevová, (2019).	Estudos avaliaram intervenções como: envolvimento farmacêutico, dispositivos de infusão automatizada, relato de erros de medicação, estratégias para limitar interrupções durante a administração de medicamentos, registos eletrônicos de saúde, assim como sistemas de apoio à tomada de decisão clínica, educação e criação de listas de verificação relativas à administração de medicamentos.	Todos os estudos apresentaram certa redução no erro de medicação. Devido a inúmeras limitações, no entanto, é impossível selecionar e recomendar uma única abordagem.
Svitlica et al., (2017).	O fator dominante para a ocorrência de erros foi o número insuficiente de enfermeiros. Outros fatores dominantes apresentados na literatura não foram reconhecidos neste estudo.	As instituições de saúde devem promover a educação sobre o uso seguro de medicação e programas de educação continua. É importante que os enfermeiros reconheçam o que é um erro, as causas e a importância de os relatar e analisar.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.496-504

4. Discusão

Os estudos de ocorrência de erros na administração de medicação, ao nível Europeu, são maioritariamente estudos descritivos e qualitativos de evidência fraca (Melnyk & Fineout-Overholt, 2011), indicando a necessidade de realização de investigação clínica de forte evidência.

Os fatores relacionados com a ocorrência de erros forma classificados em: fatores do sistema de medicação, fatores do APE e organização e fatores humanos.

4.1 Fatores do Sistema de Medicação

Identifica a ocorrência de erros associados a registos incompletos ou imprecisos, omissão de medicamentos nas histórias clínicas dos doentes; necessidade de formação no manuseamento de produtos genéricos e *Look-alike sound-alike* (LASA), identificação incorreta de doentes e ausência de notificação de erros de medicação (Björkstèn et al., 2016; Edeer et al., 2019; Harkanen et al., 2018 a; Harkanen et al., 2018 b). O estudo de Plutínská & Plevová, (2019), indica que registos eletrónicos de saúde, sistemas de apoio à tomada de decisão e criação de listas de verificação de medicação apresentam redução no erro.

4.2 Fatores do APE e Organização

Fatores relacionados com o ambiente da prática de enfermagem, são os mais mencionados. Sete (64%) estudos referem-se a interrupções (Alteren et al., 2018; Bower et al., 2015; Mazzitelli et al., 2018; Plutínská & Plevová, 2019), a recursos humanos insuficientes (Alteren et al., 2018; Harkanen et al., 2018a; Svitlica et al., 2017), a ritmos de trabalho rápidos e cargas de trabalho pesadas (Härkänen et al., 2018b).

Para o uso seguro de medicação, a necessidade e relevância atribuída a programas de educação contínua dirigida a enfermeiros, é apontada em 73% dos estudos analisados (Björkstèn et al., 2016; Bower et al., 2015; Harkanen et al., 2018a; Härkänen et al., 2018b; Mazzitelli, et al., 2018; Plutínská & Plevová, 2019; Svitlica et al., 2017).

Nos estudos analisados é determinante o papel da gestão para promover recursos humanos, ritmos, cargas de trabalho adequados (Alteren et al., 2018; Harkanen et al., 2018a; Härkänen et al., 2018b; Svitlica et al., 2017); assegurar a existência de rotinas e sistemas de segurança no uso de medicamentos (Björkstèn, et al., 2016; Edeer et al., 2019; Plutínská & Plevová, 2019); promover uma cultura de aprendizagem não punitiva (Svitlica et al., 2017) e implementar programas de educação sobre o uso seguro da medicação (Björkstèn et al., 2016; Bower et al., 2015; Harkanen et al., 2018a; Härkänen et al., 2018b; Mazzitelli, et al., 2018; Plutínská & Plevová, 2019; Svitlica et al., 2017).

4.3 Fatores Humanos

Os fatores humanos surgem associado a fatores do sistema que podem resultar em erros por negligência (Björkstèn et al., 2016). As barreiras pessoais e profissionais como medo, responsabilidade e caracteristicas dos enfermeiros que levam à omissão dos erros. Härkänen et al., (2018b) menciona o cansaço e a falta de habilidades como fatores que levaram a incidentes de administração de medicação a doentes errados.

A análise realizada permitiu identificar a natureza multidimensional da ocorrência de erros na administração de medicação, indo de encontro à evidência científica disponível existente. Revela-se fulcral compreender e investigar este fenómeno para implementar medidas que o tornem seguro, contribuindo para a melhoria contínua dos cuidados e segurança dos doentes.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.496-504

4.4 Limitações da RIL

Utilização de limitadores na pesquisa: textos completos e estudo Europa pode ter levado à omissão de trabalhos relevantes. O fato da maioria dos estudos apresentarem evidência fraca também se constitui como uma limitação.

4.5 Implicações para a Prática

Para evitar a ocorrência de erros de medicação, contribuindo para a segurança do doente é determinante que as organizações adotem uma cultura de aprendizagem não punitiva. É importante que entre a gestão e os enfermeiros se desenvolvam políticas de comunicação abertas e de suporte. A gestão deve assegurar dotações seguras de enfermagem nos serviços e promover educação contínua no âmbito do uso seguro da medicação, como estratégias para garantir a administração segura de medicação. Observa-se escassez de pesquisa de evidência forte, acerca da ocorrência de erros na medicação, na Europa. Esta revisão permitiu identificar a complexidade subjacente a eventos adversos relacionados com o uso de medicação, desempenhando um importante papel no que concerne ao desenvolvimento de práticas baseadas na evidência. Seria importante desenvolver pesquisa no âmbito de intervenções, como programas educativos e implementação de sistemas de medicação que permitam perceber os resultados na segurança dos doentes.

5. Conclusões

Esta RIL permitiu sintetizar evidência relacionada com a ocorrência de erros na administração de medicação. A maioria dos estudos são qualitativos ou descritivos e maioritariamente dirigidos a enfermeiros em contexto hospitalar. O estudo da ocorrência de erros na administração de medicação, a partir da metodologia qualitativa com recurso a diversas fontes de dados permitiu uma compreensão sistematizada mais abrangente e holística do problema. Subjacente à ocorrência de erros identificaram-se os seguintes fatores: fatores do sistema de medicação, fatores organizacionais e fatores individuais.

Para reduzir a ocorrência de erros na administração de medicação, por parte dos enfermeiros é fulcral investir em programas de educação contínua sobre o uso seguro da medicação e adotar uma cultura organizacional não punitiva. A gestão assume um papel primordial competindo-lhe garantir: existência de recursos humanos adequados para evitar cargas de trabalho excessivas e ritmos de trabalho acelerados; promover ambientes de prática de enfermagem favoráveis sem interrupções e implementar sistemas de segurança no uso da medicação.

6. Referências

Aiken, L., Sermeus, W., Van den Heed, K., Sloane, D., Buss, R., McKee, M., & Bruyneel, L. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care:cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *British Medical Journal*, 1-14. doi:10.1136/bmj.e1717.

Almeida, S., Nascimento, A., Lucas, P. B., Jesus, E. & Araújo, B. (2020). RN4CAST Study in Portugal:

Validation of the Portuguese Version of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Aquichan*, 20(3), e2038. doi:10.5294/aqui.2020.20.3.8.

Alteren, J., Hermstad, M., White, J., & Jordan, S. (2018). Conflicting priorities: Observation of medicine administration. *Journal of Clinical Nursing*, 3613-3621. doi:10.1111/jocn.14518.

Björkstèn, K., Bergqvist, M., Andersèn-Karlsson, E., Benson, L., & Ulfvarson, J. (2016). Medication errors as malpractice-a qualitative content analysis of 585 medication errors by nurses in Sweden. *BMC Health Services Research, 16*(1). doi:10.1186/s12913-016-1695-9.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.496-504

Bower, R., Jackson, C., & Manning, J. (2015). Interruptions and medication administration in critical care. *Nursing in Critical Care, 20*(4). doi:10.1111/nicc.12185.

Clendon, J., & Gibbons, V. (2015). 12 h shifts and rates of error among nurses: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies, 52*(7), 1231-1242. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.03.011.

Edeer, A., Serap, K., Evsine, N., Cengis, G., & Apaydin, F. (2019). Medication Errors Related to the Clinical Use of Medications Used by Cardiovascular Surgery Patients before Admission to Hospital: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Caring Sciences, 12*(3), 1332-1339.

Eltaybani, S., Abdelwareth, M., Abou, Z. N., & Ahmed, N. (2020). Recommendations to prevent nursing errors: Content analysis of semi-structured interviews with intensive care unit nurses in a developing country. *Journal of Nursing Management, 28*(3), 690-698. doi:10.1111/jonm.12985.

Harkanen, M., Blignaut, A., & Vehvilainen-Julkunen, K. (2018a). Focus group discussions of registered nurses` perceptions of challenges in the medication administration process. *Nursing & Health Sciences*, 1-7. doi:10.1111/nhs.12432.

Härkänen, M., Tianen, M., & Haatainen, K. (2018b). Wrong-patient incidents during medication administrations. *Journal of Clinical Nursing, 27*(3-4), 715-724. doi:10.1111 / jocn.14021.

Lake, E. T. (2002). Development of the practice environment scale of the nursing work index. *Research Nursing Health*. 25(3):176–88. doi: 10.1002/nur.10032.

Leone, C., Bruyneel, L., Anderson, J. E., Murrells, T., Dussault, G., Jesus, É. H. et al. (2015). Work environment issues and intention-to-leave in Portuguese nurses: a cross-sectional study. *Health Policy*. 119(12):1584–92. doi: 10.1016/j.healthpol.2015.09.006.

Lucas, P. R. M. B., & Nunes, E. M. G. T. (2020). Nursing practice environment in Primary Health Care: a scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(6), e20190479. doi:10.1590/0034-7167-2019-0479.

Kavanagh, C. (2017). Medication governance: preventing errors and promoting patient safety. Br J Nurs, 26(3):159-165. doi:10.12968/bjon.2017.26.3.159

Kim, M., & Kim, C.-H. (2019). Canonical correlations between individual self-efficacy/organizational bottom-up approach and perceived barriers to reporting medication errors: a multicenter study. *BMC Health Services Research, 19*(495). doi:10.1186/s12913-019-4194-y.

Mazzitelli, N., Rocco, G., De Andreis, G., Mauro, L., Montevecchi, A., Stievano, A., & Turci, C. (2018). Reducing drug administration errors using "Do not disturb" tabards and signs. *Professioni infermieristiche, 71*(2), 95-103. http://www.profinf.net/pro3/index.php/IN/article/view/499.

Melnyk, B., & Fineout-Overholt, E. (2011). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Mendes, K. D., Silveira, R. C., & Galvão, C. M. (2008). Revisão Integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 758-764. Retrieved from http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf.

Millichamp, T., & Johnston, A. (2020). Interventions to support safe medication administration by emergency department nurses: An integrative review. *International Emergency Nursing, 49*. doi:10.1016/j.ienj.2019.100811.

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Atman, D., & The PRISMA Group . (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PloS medicine, 6 (7), e1000097*. doi:10.1371/journal.pmed.1000097.

Morrudo, E., Figueiredo, E., Silveira, R., Barlem, J., Oliveira, S., & Ramos , F. (2019). Errors in medicinal therapy and the consequences for nursing. *Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental, 11*(1), 88-96. doi:10.9789/2175-5361.2019.v11i1.88-96.

Plutínská, Z., & Plevová, I. (2019). Measures to Prevent Medication Errors in Intensive Care Units. *Central European Journal of Nursing & Midwifery, 10*(2), 1059-1067. doi:10.15452/CEJNM.2019.10.0014.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.496-504

Poghosyan, L., Shang, J., Poghosyan, H., Liu, N., & Berkowitz, B. (2015). Nurse practitioners as primary care providers: Creating favorable practice environments in New York State and Massachusetts. *Health Care Management Review, 40*(1), pp. 46-55. doi:10.1097/HMR.0000000000000010.

Shirey, M. R. (2006). Authentic Leaders Creating Healthy Work Environments for Nursing Practice. *American Journal of Critical Care*. 15(3):256-67. http://ajcc.aacnjournals.org/content/15/3/256.full.pdf+html.

Svitlica, B., Simin, D., & Milutinovic, D. (2017). Potential causes of medication errors: perceptions of Serbian nurses. 64(3), 421–427. *International Nursing Review, 64*(3), 421-427. doi:10.1111/inr.12355.

Vrbnjak, D., Denieffe, S., Gorman, C., & Pajnkihar, M. (2016). Barriers to reporting medication errors and near misses among nurses. *International Journal of Nursing Studies, 63*, 162-178. doi:10.1016/j.ijnurstu.2016.08.019.

Wei, H., Sewell, A. K., Woody, G., & Rose, A. M. (2018). The state of the science of nurse work environments in the United States: A systematic review. *Journal of Nursing Studies, 5*(3), 287-300. doi:10.1016/j.ijnss.2018.04.010.

Whittemore, R. & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. J*ournal of Advanced Nursing*, 52(5), 546–553. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x.

Wilson, A., Palmer, L., Levett-Jones, T., Giligan, C., & Outram, S. (2016). Interprofessional collaborative practice for medication safety: Nursing, pharmacy, and medical graduates' experiences and perspectives. *Journal of Interprofessional Care, 30*(5), 649-654. doi:10.1080/13561820.2016.1191450.

Wondmieneh, A., Alemu, W., Tadele, N., & Demis, A. (2020). Medication administration errors and contributing factors among nurses: a cross sectional study in tertiary hospitals, Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Nursing, 19*(4). doi:doi.org/10.1186/s12912-020-0397-0

World Health Organization (2017). Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety. Geneva, Switzerland. https://www.who.int/patientsafety/medication-safety/medication-without-harm-brochure/en/

World Health Organization (2019). *Medication Safety in Transitions of Care*. https://www.who.int/patientsafety/en/

Zaghini, F., Fiorini, J., Piredda, M., Fida, R., & Sili, A. (2019). The relationship between nurse managers' leadership style and patients' perception of the quality of the care provided by nurses: Cross sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, *101*, 103446. doi:10.1016/j.ijnurstu.2019.103446.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.496-504

Análise qualitativa mediada pelo software IRaMuTeQ: Interpretações a partir do *ontem* e do *hoje* no Sistema Único de Saúde do Brasil

Marcelo Prado Amaral-Rosa[1] e Angela Enderle Candaten[2]

[1] Escola Politécnica, Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências e Matemática da PUCRS – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS, Brasil | marcelo.pradorosa@gmail.com | https://orcid.org/0000-0002-3294-8141

[2] Escola de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Medicina e Ciências da Saúde da PUCRS - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre/RS, Brasil | angela.candaten@gmail.com | https://orcid.org/0000-0002-6717-8327

Resumo: Introdução: O ponto central é o Sistema Único de Saúde do Brasil, a maior política de inclusão social da história brasileira. Debruça-se sobre as percepções de pessoas que vivenciaram a saúde brasileira antes e após a implantação do sistema. **Objetivo:** O objetivo foi apresentar nuances analíticas da Análise Textual Discursiva apoiada pelo software IRaMuTeQ sobre as vivências de cidadãos brasileiros acerca do *ontem* e do *hoje* do Sistema Único de Saúde. **Método:** É uma pesquisa de abordagem qualitativa. Os participantes são usuários da rede pública de saúde acima de 60 anos de idade (n=39). O instrumento de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada. O método para análise de dados foi a Análise Textual Discursiva, apoiado pelo software IRaMuTeQ. No software, as análises de base realizadas foram a Classificação Hierárquica Descendente e a Análise Fatorial de Correspondência. **Resultados:** O principal resultado foi a emersão de quatro categorias finais: i) *sofrimento com a saúde pública;* ii) *carência associada ao antes e depois do SUS;* iii) *melhoria e perspectivas para o futuro do SUS;* e iv) *os desafios frente ao descaso com a saúde pública*. **Conclusões:** i) para a compreensão com maior rigor frente ao processo de categorização da Análise Textual Discursiva, faz-se necessário interpretação em conjunto dos dados da Classificação Hierárquica Descendente e da Análise Fatorial de Correspondência; ii) as vivências do *ontem,* fase que antecede a implantação do Sistema Único de Saúde brasileiro está diretamente relacionado ao sofrimento do usuário na busca por atendimento na rede pública; e iii) as vivências do *hoje*, são carregadas de desafios, porém, apresentam o lado positivo do Sistema Único de Saúde na vida do usuário.

Palavras-chave: Análise Qualitativa; IRaMuTeQ; Sistema Único de Saúde.

Qualitative analysis mediated by IRaMuTeQ software: Experiences of yesterday and today in the Brazilian Unified Health System

Abstract: Introduction: The central point is the Brazilian Unified Health System, the largest social inclusion policy in Brazilian history. It focuses on the perceptions of people who experienced Brazilian health before and after the implementation of the system. **Objective:** the aim was to present analytical nuances of the textual discursive analysis supported by the IRaMuTeQ software on the experiences of Brazilian citizens about yesterday and today of the Unified Health System. **Method:** it is a qualitative approach research. Participants are public health network users over 60 years of age (n=39). The data collection instrument was the semi-structured interview. The method for data analysis was textual discursive analysis, supported by IRaMuTeQ software. In the software, the basic analyses performed were the descending hierarchical classification and the correspondence Factor Analysis. **Results:** the main result was the emergence of four final categories: i) *suffering with public health*; ii) *deficiency associated with before and after SUS*; iii) *improvement and prospects for the future of SUS*; and iv) *challenges facing neglect with public health*. **Conclusions:** i) the understanding, more precisely in front of the categorization process of the Analysis of Textual Discourse, it is necessary to interpreting all of the data from the Rating of the Hierarchical top-down in the Factor Analysis, correlation, ii) the experiences of *yesterday*, phase that precedes the implementation of the Brazilian unified health system is directly related to the suffering of the user in the search for care in the public network; and iii) the experiences of *today*, are loaded with challenges, however, present the positive side of the Unified Health System in the life of the user.

Keywords: Qualitative Analysis; IRaMuTeQ; Brazilian Unified Health System.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.505-513

1. Introdução

O ponto temático deste texto é o Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil. O sistema foi criado em 1988 e implementado em 1990 (Brasil, 1988; Brasil, 1990). Sustentado pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira na década de 70, o SUS está inserido na Constituição Federal de 1988, na legislação ordinária e em normas técnicas e administrativas (Brasil, 1988). Com o objetivo de garantir o direito universal à saúde aos cidadãos brasileiros, tem enquanto princípios: i) a universalização do acesso às ações e serviços a todas as pessoas; ii) a equidade do atendimento considerando as necessidades específicas e desigualdades existentes em cada população; e iii) a integralidade das ações em saúde, promoção e prevenção de doenças, tratamento e reabilitação da saúde (Paim, 2018).

O SUS é considerado a maior política de inclusão social da história do Brasil (Mendes, 2013). Anteriormente, apenas os portadores da carteirinha do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) tinham direito ao acesso a uma assistência curativa, a medicina simplificada na atenção primária, sendo tratados como indigentes na atenção hospitalar (*Ibid.*). O SUS aboliu tal divisão e fez da saúde um direito de todos e um dever do Estado (Paim, 2018, Mendes, 2013). Isso, incorporou, mais de cinquenta milhões de brasileiros como portadores de direitos à saúde e fez desaparecer, em definitivo, o indigente sanitário (Mendes, 2013).

Logo, para a compreensão desejada sobre os aspectos da saúde pública relacionados às vivências dos usuários a respeito do SUS, recorreu-se ao tratamento de dados por meio da Análise Textual Discursiva (Moraes & Galiazzi, 2016) apoiado pelo software de análise de dados qualitativos IRaMuTeQ (Ramos, Lima & Amaral-Rosa, 2019). Em pesquisas qualitativas (Gray, 2012; Stake, 2011) softwares especializados estão cada vez mais presente nas análises de dados qualitativos (Gray, 2012; Stake, 2011; Mayring, 2014; Costa & Amado, 2018).

Diante disso, declara-se a relevância e o ineditismo deste trabalho. A primeira, decorre que em 2018 o SUS completou 30 anos de sua criação (Paim, 2018) e reflexões críticas sobre as experiências das pessoas é sempre profícuo diante da importância da temática em tempos de pandemia. Já a segunda, é fruto da relação analítica entre método da Análise Textual Discursiva (Moraes & Galiazzi, 2016) apoiada por software (Ramos, Lima & Amaral-Rosa, 2019) na área da Saúde.

Com vistas ao direcionamento do estudo, edificou-se a seguinte questão norteadora: *Quais as vivências dos cidadãos brasileiros acima de 60 anos frente à utilização do SUS no Brasil?* Nesse sentido, o objetivo foi apresentar nuances analíticas da Análise Textual Discursiva apoiada pelo software IRaMuTeQ sobre as vivências de cidadãos brasileiros acerca do *ontem* e do *hoje* do Sistema Único de Saúde.

No que tange à estrutura, este artigo apresenta três seções: i) *procedimentos metodológicos,* na qual o ponto central são as decisões metodológicas assumidas*;* ii) *resultados e discussões,* em que o ponto negrálgico são as categorias emergentes dos dados discutidas com a literatura; e iii) *conclusões,* na qual se retoma a questão central e são expostas as principais representações acerca do *ontem* e do *hoje* dos usuários do SUS brasileiro.

2. Procedimentos Metodológicos

2.1 Objeto e Contexto de Estudo

O objeto do estudo são as interpretações analíticas a partir do método da Análise Textual Discursiva apoiado pelo software IRaMuTeQ (Ramos, Lima & Amaral-Rosa, 2019), tendo por base as vivências (Carvalho et al., 2015; Mussi et al., 2007) de cidadãos brasileiros com mais de 60 anos, usuários do SUS do Brasil (Paim, 2018; Carvalho, 2013; Mendes, 2013).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.505-513

A pesquisa é enraizada na abordagem qualitativa de cunho descritivo-interpretativo (Gray, 2012; Stake, 2011, Amado, 2013), uma vez que a inteção foi captar informações sobre as vivências enquanto usuários da rede pública de saúde em diferentes momentos da vida.

O estudo é consequência de uma atividade didática da disciplina de *Políticas Públicas e o Contexto da Saúde Coletiva,* do curso de graduação em Enfermagem, de um município da região serrana do estado do Rio Grande do Sul, no ano de 2017. A intenção foi aproximar os acadêmicos da realidade contextual que engloba a saúde pública. Logo, cada estudante, entrevistou ao menos um cidadão brasileiro com mais de 60 anos de idade, em geral membro de sua família, a respeito da utilização do SUS em diferentes momentos da vida.

Como não se configura em um trabalho decorrente de projetos de pesquisa ou fomento, e sim de uma prática cotidiana de sala de aula, faz-se desnecessária aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, uma vez que as ações didáticas a serem desenvolvidas é responsabilidade do professor regente. Além disso, o foco aqui são os entendimentos provenientes das análises executadas no software-alvo e não se expõem com riscos, em nenhum momento, os participantes.

2.2 Participantes e *Corpus* de Análise

Os participantes foram usuários do SUS, acima de 60 anos de idade (n=39), com média de 71 anos (Δ 60 a 92), sendo 51% (20) do sexo masculino e 49% (19) do sexo feminino. Para a seleção dos participantes, os critérios de inclusão e exclusão foram: i) *inclusão:* ter 60 anos de idade (mínimo), porque assim, teriam vivências de pré e pós implantação do SUS; e ii) *exclusão:* em caso de profissional da área da saúde. Todos participaram de modo voluntário e consentiram com a utilização dos dados de forma acadêmica. O anonimato é garantido por meio da designação da letra *P* (Participante) com numeração arábica sequencial (P1 a P39).

A versão utilizada do software IRaMuTeQ (Ratinaud, 2014; Camargo & Justo, 2013) é a 0.7 Alpha 2. Todas opções de entrada de dados foram mantidas de acordo com o padrão base do software (Camargo & Justo, [s.d.]). O *corpus* global de análise foi constituído por 286 segmentos de texto (STs), com retenção de 82,87% (237 STs). O total de palavras do *corpus* foi de 10.092, com média de 258 por participante (Δ 72 a 1.310). Os segmentos textuais apresentam, em média, ~35 palavras, sendo 573 de ocorrência única (coeficiente Hapax = 5.68% das ocorrências).

2.3 Instrumento de Coleta e Análise de Dados

A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista semiestruturada (Gray, 2012; Stake, 2011, Amado, 2013; Minayo & Costa, 2018). O instrumento teve quatro perguntas abertas: i) *como era a saúde no Brasil na década de 70, antes da criação do SUS?;* ii) *em sua percepção, como é o SUS?;* iii) *Após a implantação do SUS, como você avalia a saúde pública?; e* iv) *Em sua opinião, quais os avanços e desafios do SUS?*

A entrevista foi aplicada no segundo semestre de 2017. Foram realizadas nas residências dos participantes, com média de ~25 minutos cada. Os participantes foram escolhidos conforme conveniência, sendo, via de regra, familiares ou pessoas com alto grau de proximidade dos estudantes. As informações foram sendo registradas à mão, no momento de ocorrência dos discursos, dispensando gravações de qualquer natureza. O processo analítico considera a Análise Textual Discursiva apoiado pelo software IRaMuTeQ (Ramos, Lima & Amaral-Rosa, 2019). Fez-se a análise do *corpus* (n=39) frente à *Análise Fatorial de Correspondência* (AFC) e *Classificação Hierárquica Descendente* (CHD) (Ratinaud, 2014; Camargo & Justo, 2013). Enfatiza-se que, apesar do alicerce quantitativo do software, a análise ressalta a interpretação dos resultados, direcionando-se para os aprofundamentos pertinentes no que tange, em específico, ao processo de categorização do método da Análise Textual Discursiva (Moraes & Galiazzi, 2016; Lima & Ramos, 2017; Ramos, Lima & Amaral-Rosa, 2019).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.505-513

3. Resultados e Discussões

O *corpus* de análise são as entrevistas dos participantes (n=39). Vale lembrar que foi constituído por ~10 mil palavras (média ~258 por entrevista). Destaca-se que o critério de saturação dos dados (Creswell & Miller, 2000; Barros et al., 2017) foi atingido com base no coeficiente de Hapax (5.68%). Quanto mais elevado o coeficiente de Hapax, maior a peculiaridade dos enunciados, portanto, considera-se o valor satisfatório (Martins et al., 2020).

No procedimento apoiado por software, as etapas da *unitarização* e *categorização* da Análise Textual Discursiva (Moraes & Galiazzi, 2016), ocorrem de modo concomitante (Ramos, Lima & Amaral-Rosa, 2019), com destaque para a formação de *classes*. Sublinha-se que as *classes* formadas consistem em categorias intermediárias no que se refere ao procedimento de categorização da Análise Textual Discursiva (*Ibid.*).

Para a obtenção dos resultados, foram executadas as análises de *Análise Fatorial de Correspondência* (AFC) e *Classificação Hierárquica Descendente* (CHD) (Camargo & Justo, 2013; Veraszto et al., 2018). Na *Análise Fatorial de Correspondência* (AFC) é possível verificar as associações de *dependência* e *independência* entre cada categoria intermediária. O plano cartesiano, permite visualizar o nível de (in)dependência por meio das distâncias ou proximidades entre as variáveis (Veraszto et al., 2018). Logo, as associações de *dependência*, ocorrem em duas situações: i) categorias no mesmo quadrante; e ii) categorias próximas de linhas/colunas. Já as correspondências de *independência*, acontecem quando as categorias estão em quadrantes distintos.

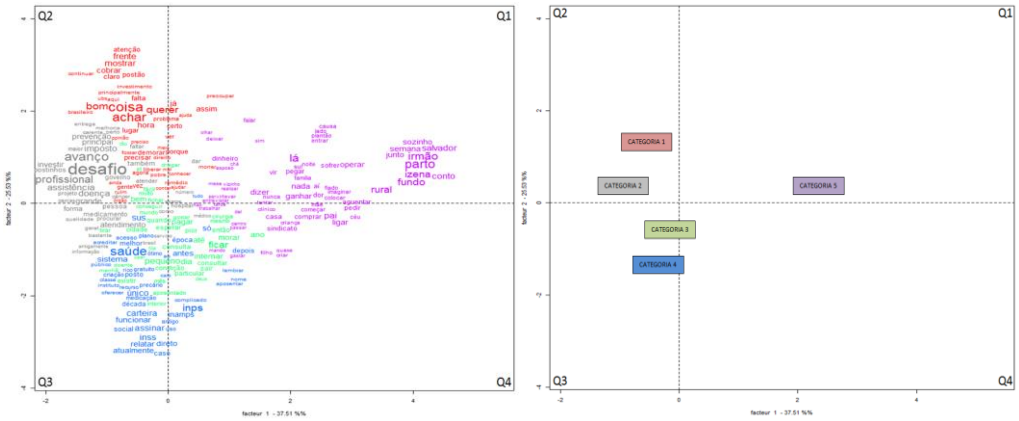


Fig. 1. *AFC das palavras de cada categoria intermediária (esq.) e AFC das categorias intermediárias (dir.)*

Fonte: Dados do IRaMuTeQ.

A *Análise Fatorial de Correspondência* (Fig.1) tem por objetivo demonstrar as possibilidades de associações entre as categorias intermediárias emergentes. O plano cartesiano da esquerda (Fig.1), corresponde à AFC das palavras que compõem cada uma das cinco categorias intermediárias. É possível perceber que as palavras variam o tamanho conforme representatividade em cada categoria, e. g., *bom, achar* e *querer* (vermelho - categoria 1), *avanço, desafio e profissional* (cinza - categoria 2), e *saúde, INSS e INPS* (azul - categoria 4). Essa representação gráfica permite a visualização do imbricamento e da aderência dos termos (Veraszto et al., 2018), favorecendo a interpretação das associações entre as categorias intermediárias.

Já no plano cartesiano direito (Fig.1), é apresentada a representação gráfica da AFC apenas das cinco categorias intermediárias formadas. Conforme a disposição espacial, há 10 formas de associações entre as categorias intermediárias, sendo oito de *dependência* e duas de *independência,* sendo possível apontar três níveis de intensidade para as associações, sendo eles: i) baixo; ii) moderado; e iii) acentuado (Quadro 1).

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.505-513

Quadro 1. Associações de *dependência* e *independência* entre as categorias intermediárias.

N.¤	Conjuntos¤	Categorias·intermediárias¤	Associação¤	Nível·de·intensidade¤
01¤	I¤	Categoria·1·e·Categoria·2¤	Dependência¤	Acentuado¤
02¤		Categoria·3·e·Categoria·4¤		
03¤	II¤	Categoria·2·e·Categoria·3¤		Moderado¤
04¤	III¤	Categoria·1·e·Categoria·3¤		Baixo¤
05¤		Categoria·1·e·Categoria·4¤		
06¤		Categoria·2·e·Categoria·4¤		
07¤		Categoria·2·e·Categoria·5¤		
08¤		Categoria·3·e·Categoria·5¤		
09¤	IV¤	Categoria·1·e·Categoria·5¤	Independência¤	
10¤		Categoria·4·e·Categoria·5¤		

Frente às interpretações para as associações entre as categorias intermediárias (Quadro 1 e Fig. 1) é possível perceber a formação de quatro conjuntos:

i) *Conjunto I*: o caso das associações entre as categorias 1 (*As coisas boas do SUS*) e 2 (*Avanços e desafios do SUS*), pertencentes ao quadrante 2 (Q2) no plano cartesiano; e as categorias 3 (*Saúde pública era ruim*) e 4 (*Antes e depois do SUS*), no quadrante 3 (Q3), as *dependências* são *acentuadas*, pois ambos os pares de categorias estão nos mesmos quadrantes, Q2 e Q3 respectivamente, e com elevadas proximidades;

ii) *Conjunto II*: o caso do pareamento entre as categorias 2 (*Avanços e desafios do SUS*) e 3 (*Saúde pública era ruim*), expõe uma *dependência moderada,* visto que apesar de estarem em quadrantes distintos, encontram-se em extrema proximidade no plano espacial.

iii) *Conjunto III*: o caso das associações entre os três pares: categorias 1 (*As coisas boas do SUS*) e 3 (*Saúde pública era ruim*); categorias 1 (*As coisas boas do SUS*) e 4 (*Antes e depois do SUS*); e 2 (*Avanços e desafios do SUS*) e 4 (*Antes e depois do SUS*), as *dependências* são de *baixa* intensidade, uma vez que as categorias estão em quadrantes distintos, próximas a linha vertical, porém com distância considerável entre si. Já o caso das associações entre a categoria 2 (*Avanços e desafios do SUS*) e 5 (*Sofrimento com a saúde pública*); e entre a categoria 3 (*Saúde pública era ruim*) e 5 (*Sofrimento com a saúde pública*), também apresentam *dependência baixa* entre si porque, mesmo dos quadrantes opostos e proximidade com a linha horizontal, apresentam-se muito distantes.

iv) *Conjunto IV*: o caso das categorias 1 (*As coisas boas do SUS*), 4 (*Antes e depois do SUS*) e 5 (*Sofrimento com a saúde pública*), apresenta associação de total *independência*. Encontram-se, cada uma em um quadrante distinto, Q2, Q3 e Q4 respectivamente, e a distância entre si é demasiada para haver algum nível de dependência.

Na análise de *Classificação Hierárquica Descendente* foi gerado um dendrograma com as cinco *categorias intermediárias* (Fig. 2). A classificação dos *segmentos de texto* (Camargo & Justo, [s.d]) é baseada em testes estatísticos, e. g., o teste de qui-quadrado (Veraszto et al., 2018), o que permite formar categorias intermediárias na configuração mais estável (Camargo & Justo, 2013; Veraszto et al., 2018). Na categorização indutiva, é corriqueiro a nomeação das categorias a partir dos significados comuns presentes nos discursos dos participantes que compõem cada (re)agrupamento (Moraes & Galiazzi, 2016).

O entendimento, do universo dos usuários da rede pública de saúde é relevante já que as políticas de saúde pública desempenham papel importante nas vidas das pessoas, independente da situação social. Além disso, é valoroso compreender a construção social acerca do SUS ao longo dos anos, pelo viés do usuário, uma vez que a saúde pública é alvo constante de críticas quanto a sua eficácia, equidade e universalidade (Paim, 2018; Carvalho, 2013; Mendes, 2013).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.505-513

Assim sendo, os títulos das cinco categorias intermediárias foram gerados, a partir da interpretação dos significados dos 50 *segmentos de texto* de maior *score*[1]: i) *sofrimento com a saúde pública* (categoria 5); ii) *antes e depois do SUS* (categoria 4); iii) *saúde pública defasada* (categoria 3); iv) *as coisas boas do SUS* (categoria 1); e v) *avanços e desafios do SUS* (categoria 2). Quanto maior o valor do *score*, maior a densidade e importância do ST dentro das categorias intermediárias (Ramos, Lima & Amaral-Rosa, 2019).

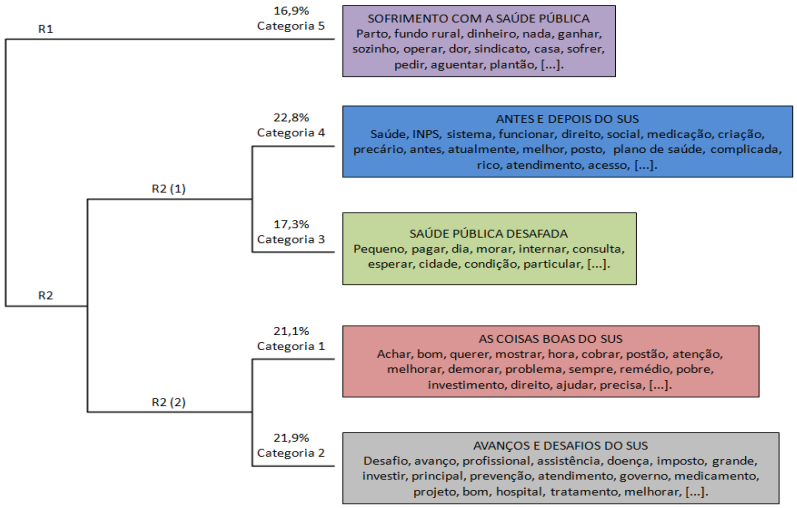


Fig. 2. *Dendrograma de CHD das categorias acerca das vivências dos participantes.*
Fonte: Dados do IRaMuTeQ adaptados.

Constata-se na estrutura mais estável (fig. 2) (Ratinaud, 2014; Camargo & Justo, 2013; Veraszto et al., 2018) duas ramificações: i) ramificação 1 (R1), com a categoria 5 isolada; ii) ramificação 2 (R2), subdividida em R2(1) (categorias 3 e 4) e R2(2) (categorias 1 e 2). Quanto mais próximas às categorias intermediárias, maior a afinidade contextual e os futuros (re)agrupamentos para formação das categorias finais, sob a ótica da Análise Textual Discursiva (Ramos, Lima & Amaral-Rosa, 2019; Moraes & Galiazzi, 2016).

A partir das interpretações baseadas nos preceitos do método da Análise Textual Discursiva (Moraes & Galiazzi, 2016) apoiadas pelas análises no IRaMuTeQ (Ramos, Lima & Amaral-Rosa, 2019), formou-se quatro categorias finais: i) *sofrimento com a saúde pública,* resultante da categoria intermediária solitária 5; ii) *carência associada ao antes e depois do SUS,* derivada do reagrupamento das categorias intermediárias 3 (*Saúde pública defasada*) e 4 (*Antes e depois do SUS*), na ramificação R2(1); iii) *melhoria e perpectivas futuras do SUS,* consequência da união das categorias 1 (*As coisas boas do SUS*) e 2 (*Avanços e desafios do SUS*), na ramificação R2(2); e iv) *os desafios frente ao descaso com a saúde pública,* originada das associações com níveis de intensidade relevantes entre as categorias 2 (*Avanços e desafios do SUS*), 3 (*Saúde pública defasada*) e 5 (*Sofrimento com a saúde pública)*.

Em síntese, as formações interpretativas para cada categoria final, estão relacionadas aos focos temáticos correspondes aos discursos de seus principais representantes entre os participantes. Assim, expõem-se os principais elos formativos e os excertos de destaque, constituintes de cada uma das quatro categorias finais:

[1] Pontuação de score adotada: *Absoluta* (soma dos X^2 de formas marcadas no segmento de texto). Para a inclusão das palavras em cada categoria, a associação da palavra com cada categoria é determinada pelo valor de X^2 igual ou superior a 3.841 (Veraszto et al., 2018; Camargo & Justo, [s.d.]).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.505-513

i) *Sofrimento com a saúde pública:* formou-se do isolamento dos discursos pertencentes da categoria intermediária 5. Ao se posicionarem frente ao SUS, os participantes, discorrem sobre algumas vivências peculiares enquanto usuários da saúde pública no Brasil. Em sua maioria, são relatados momentos ocorridos antes da impantação do SUS e que carregam a mescla de dor, impotência e tristezana busca por atendimentos médicos. O excerto, a seguir, ilustra os discursos da categoria: *"[...] cinco dias depois voltei para consultar e tive que pagar [...], o que tínhamos (dinheiro) foi lá para o hospital [...]"* (P23, *score* 158.38, categoria 5).

ii) *Carência associada ao antes e depois do SUS:* nas categorias intermediárias 3 (*Saúde pública defasada*) e 4 (*Antes e depois do SUS*), o ponto nevrálgico das vivências dos entrevistados são os aspectos negativos relativos à saúde pública no Brasil de modo geral e do SUS. Além disso, são tecidas algumas comparações entre as condições do passado e a situação atual da saúde. As transcrições a seguir, exemplificam a construção desta categoria final: *"[...] sempre com muitas filas [...]"* (P35, *score* 167.53, categoria 4), *"Digamos que mudou pouca coisa [...], o sistema era muito precário [...]"* (P34, *score* 197.61, categoria 4), *"[...] tem cidades que é bem defasada, não tem cirurgias [...]"* (P9, *score* 40.88, categoria 3) e *"[...] o SUS cobre uma massa (pessoas) muito grande e não tem estrutura, não existe o suficiente"* (P26, *score* 39.85, categoria 3).

iii) *Melhoria e perspectivas futuras do SUS:* ambas categorias intermediárias que formam essa categoria final (1 e 2) estão no mesmo quadrante (Q2 - Fig.1) numa relação de proximidade, uma vez que os participantes mencionam que o SUS apresenta boas ações, porém, *"[...] é claro que a gente sempre quer que melhore [...]"* (P35, *score* 186.67, categoria 1), e entre os avanços citados estão *"[...] a entrega de medicamentos de graça para a população e os tratamentos para várias doenças gratuitamente [...]"* (P11, *score* 187.47, categoria 2), aspectos que aparecem de forma indireta relacionados aos desafios que o sistema público de saúde precisa superar para entregar um serviço de qualidade para a população.

iv) *Os desafios frente ao descaso com a saúde pública:* o ponto central dessa categoria final são os obstáculos do progresso do SUS frente à defasagem ao longo dos anos da saúde pública com vistas a evitar o suplício da população ao buscar por atendimento. Desse modo, as vivências dos participantes estão atreladas às diversas dificuldades enquanto usuários do sistema público de saúde, porém ao mesmo passo apresentam consciência frente a melhorias. Os excertos demonstram o cerne dos discursos que constituem a categoria final: *[...] muitas pessoas sofreram, passavam fome, não tinham dinheiro e o governo não ajudava [...]"* (P23, *score* 130.37, categoria 5), *"[...] meu Deus do Céu! Tu não imaginas! Não se tinha nada, nada, nada [...]"* (P26, *score* 37.73, categoria 5), *"[...] o SUS não evolui muito, pois ainda existe muitas pessoas na fila, sem atendimento correto [...]"* (P4, *score* 52.40, categoria 3), *"O SUS veio para ajudar, mas precisa ainda de muitos ajustes para se tornar bom [...]"* (P1, *score* 170.88, categoria 2) e *"[...] agora estamos no céu! não existia médico (na saúde pública)"* (P17, *score* 51.51, categoria 3).

Com o predomínio de uma política neoliberal, implementada pelo governo atual, a importância do SUS em tempos pandêmicos é notória e ímpar na vida dos brasileiros. Apesar da Constituição Federal assegurar o acesso à saúde como direito, vê-se, por parte dos representantes no governo brasileiro, constantes ataques com intenções de depreciar a sustentabilidade dessa política nacional e da qual boa parte dos brasileiros são dependentes (Paim, 2018). Assim, o entendimento de representações de usuários auxilia a formação de estudantes de graduação com a vivência da relevância do SUS dentro de suas casas e na sua comunidade.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.505-513

4. Conclusões

O propósito foi identificar as vivências de cidadãos brasileiros acima de 60 anos acerca do *ontem* e do *hoje* do SUS, com vistas ao entendimento das nuances da saúde pública tendo enquanto ferramenta analítica os preceitos da Análise Textual Discursiva apoiada pelo software IRaMuTeQ. A considerar as análises de dados, expõem-se as seguintes conclusões:

i) *Frente ao procedimento de categorização:* as análises textuais apoiadas pelo IRAMUTEQ permitiram identificar que o procedimento para a formação de categorias finais adequadas, que consideram os preceitos intepretativos da Análise Textual Discursiva, necessitam de análises concomitantes dos dados oriundos tanto da *Análise Fatorial de Correspondência* quanto *Classificação Hierárquica Descendente*. Verificou-se que as análises isoladas não permitem a identificação por completa das associações possíveis entre as categorias intermediárias emergidas. Logo, considera-se que conclusões acerca dos procedimentos metodológicos são importantes, pois continuam a "iluminar a caixa preta" (Ramos, Lima & Amaral-Rosa, 2019) frente às construções de dados qualitativos apoiados por softwares.

ii) *Frente às vivências anteriores ao SUS:* com base nas categorias intermediárias e finais, a fase anterior à implantação do Sistema Único de Saúde é um aspecto que está relacionado diretamente ao sofrimento do usuário na busca por atendimentos na rede pública. Nesse momento, os discursos trazem à tona detalhes de uma época não tão distante da saúde pública brasileira, e em tom de denúncia, evidenciam uma fase de abandono da população por parte do governo brasileiro, deixando aparente a situação da saúde nacional pré implantação do SUS.

iii) *Frente às vivências do ontem e do hoje no SUS:* a análise por meio das categorizações, permitiu identificar que os participantes, com base em suas múltiplas vivências enquanto usuários do SUS, acreditam ser uma ação governamental de extrema necessidade para a população e que melhorias de toda ordem são urgentes para que o serviço seja considerado satisfatório sob a ótica global de funcionamento. Ainda, constatou-se, que os *discursos do ontem* do SUS são mais carregados de pessimismo dentro de uma realidade mais crua e vivencial. Já, por sua vez, os *discursos do hoje,* apresentam o lado positivo do SUS, enunciando que apesar das evidentes melhorias urgentes, o sistema funciona com qualidade satisfatória.

Agradecimentos

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoas de Nível Superior pela concessão de bolsa de estudos de pós-doutoramento para um dos autores.

5. Referências

Amado, J. (2013). *Manual de investigação qualitativa em educação.* Imprensa da Universidade de Coimbra: Coimbra, Portugal.

Barros, N. F., Rodrigues, B. S., Teixeira, R. A. G., Oliveira, E. S. F. & Silva, L. F. (2017). *"Quantas entrevistas são suficientes?": reflexões sobre a técnica da saturação dos dados na pesquisa qualitativa*. In: Oliveira, E. S. F.; Barros, N. F.; Neri de Souza, D. C. D. B. Metodologias qualitativas em diferentes cenários: saúde e educação. Goiânia: Gráfica UFG. pp. 19-33.

Brasil. (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Exército Brasileiro.

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. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Ministério da Saúde do Brasil.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.505-513

Camargo, B. V. & Justo, A. M. (2013). IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia, 21*(2), 513-18.

Camargo, B. V. & Justo, A. M. (S.d.). *Tutorial para uso do software IRAMUTEQ*. Recuperado de: https://goo.gl/22jP4X, acesso em 18-12-2018.

Carvalho, S. O. R. M., BUDÓ, M. L. D., SILVA, M. M., ALBERTI, G. F. & SIMON, B. S. (2015). "Com pouco de cuidado a gente vai em frente": vivências de pessoas com estomia. *Texto Contexto Enferm.,* 24(1), jan./mar., 279-87.

Carvalho, G. (2013). A saúde pública no Brasil. *Estudos Avançados,* 27(78), 7-26.

Creswell, J. & Miller, D. (2000). Determining Validity in Qualitative Inquiry.*Theory Into Practice, 39*(3), 124-130.

Gray, D. (2012). *Pesquisa no mundo real.* Porto Alegre: Penso.

Lima, V. M. R., & Ramos, M. G. (2017). Percepções de interdisciplinaridade de professores de Ciências e Matemática: um exercício de Análise Textual Discursiva. *Revista Lusófona de Educação, 36,* 163-177.

Martins, I. C. S., Lima, V. M. R., Amaral-Rosa, M. P., Moreira, L., & Ramos, M. G. (2020). Handcrafted and Software-Assisted Procedures for Discursive Textual Analysis: Analytical Convergences or Divergences? In Costa, A. Reis, L. Moreira, A. (Eds). *Computer Supported Qualitative Research*. WCQR 2019. Advances in Intelligent Systems and Computing, vol. 1068. Springer, Cham. pp. 189-205.

Mendes, E. V. (2013). 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estudos Avançados,* 27(78), 27-34.

Minayo. M. C., & Costa, A. P. (2018). Fundamentos teóricos das técnicas de investigação qualitativa. *Revista Lusófona de Educação,* 40, p. 139-153.

Moraes, R., & Galiazzi, M. C. (2016). *Análise Textual Discursiva.* Ijuí: Ed. Unijuí.

Mussi, F. C., Passos, L. C. S., Menezes, A., & Caramelli, B. (2007). Entraves no acesso à atenção médica: vivências de pessoas com infarto agudo do miocárdio. *Rev. Assoc. Med. Bras.,* 53(3), 234-9.

Paim, J. S. (2018). Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva,* 23(6), 1723-1728.

Ramos, M. G., Lima, V. M. R., & Amaral-Rosa, M. P. (2019). *IRAMUTEQ Software and Discursive Textual Analysis*: Interpretive Possibilities. In: Costa A., Reis L., Moreira A. (eds) Computer Supported Qualitative Research. WCQR 2018. Advances in Intelligent Systems and Computing, vol 861. Springer, Cham. pp. 58-72.

Ratinaud, P. (2014). *IRAMUTEQ: Interface de R pourlesAnalysesMultidimensionnelles de Textes et de Questionnaires - 0.7 alpha 2*. Recuperado de: http://www.iramuteq.org.

Stake, R. E. (2011). *Pesquisa qualitative: estudando como as coisas funcionam.* Porto Alegre: Penso.

Veraszto, E. V., Camargo, E. P., Camargo, J. T. F., Simon, F. O., & Miranda, N. A. (2018). Evaluation of concepts regarding the construction of scientific knowledge by the congenitally blind: an approach using the correspondence analysis method. *Ciênc. Educ.,* 24(4), 837-857.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.505-513

Percepção de mães de crianças autistas sobre o isolamento social motivado pela pandemia do Covid-19

Leila Maria de Andrade Filgueira [1] e Aline Veras Morais Brilhante[1]

[1] Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza, Brasil | leila_filgueira@hotmail.com; alineveras@unifor.br | https://orcid.org/0000-0002-2210-4498;https://orcid.org/0000-0002-3925-4898

Resumo: Introdução: A pandemia do covid-19 gerou um contexto ansiogênico para pessoas autistas. **Objetivo**: Analisar os efeitos do isolamento social associado ao controle pandêmico sobre a vida de familiares cuidadores de crianças autistas. **Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada no período de abril a maio de 2020, com 14 mães com idades entre 28 e 47 anos e um pai com 34 anos. A coleta dos dados foi realizada por entrevistas semiestruturadas realizadas por meios digitais. Os dados foram analisados segundo a análise temática de conteúdo, partindo do paradigma da Neurodiversidade. **Resultados:** Do processo de análise emergiram três categorias: magnificação das questões de gênero durante a pandemia, anseios relacionados ao processo terapêutico da criança e resiliência e religiosidade. **Conclusão:** Conclui-se que a pandemia potencializou desigualdades de gênero, culminando no desgaste físico, psíquico e emocional dessas mulheres. Atrelada a essas questões, emerge a preocupação com prejuízos no desenvolvimento dos filhos. Esses anseios, amplificam a auto responsabilização dessas mulheres, culminando em um sentimento de culpa que encontra amparo na religiosidade como principal estratégia de enfrentamento.

Palavras-chaves: Covid-19; Autismo; Gênero.

Mother's Perception of Autistic Children on Isolation Motivated by the Pandemic of Covid-19

Abstract: Introduction: The covid-19 pandemic created an anxiogenic context for autistic people. **Objective:** To analyze the effects of social isolation associated with pandemic control on the lives of family caregivers of autistic children. **Method:** This is a qualitative research carried out from April to May 2020, with 14 mothers aged between 28 and 47 years and a father aged 34 years. Data collection was carried out through semi-structured interviews carried out by digital means. Data were analyzed according to thematic content analysis, based on the paradigm of Neurodiversity. **Results:** Three categories emerged from the analysis process: magnification of gender issues during the pandemic, concerns related to the child's therapeutic process, and resilience and religiosity. **Conclusion:** It is concluded that the pandemic potentiated gender inequalities, culminating in the physical, psychological and emotional wear of these women. Linked to these issues, the concern with damage to the development of children emerges. These anxieties amplify the self-responsibility of these women, culminating in a feeling of guilt that finds support in religiosity as the main coping strategy.

Keywords: Covid-19; Autism; Gender.

1. Introdução

O enfrentamento da crise sanitária associada à pandemia do COVID-19 demandou uma série de mudanças comportamentais. Entre estas, o distanciamento social - e, em muitos casos, o isolamento social rígido – vigoraram desde o princípio, assumindo um papel relevante no controle da pandemia, principalmente no período que antecedeu à vacinação em massa (WHO, 2021). Aparte da inquestionável relevância destas medidas, elas culminam em drásticas alterações de rotina, gerando um contexto ansiogênico para pessoas autistas (Colizzi et al., 2020).

Embora o autismo congregue pessoas com diferentes necessidades de suporte, algumas características são comuns à maioria das pessoas no espectro, dentre as quais podemos listar: déficits na interação social, comprometimento da comunicação e da linguagem, padrões de comportamentos repetitivos e rigidez na realização dos hábitos diários (Lord et al., 2018).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.514-520

A manutenção de uma rotina previsível é defendida, tanto por especialistas como por autistas, como uma estratégia importante para controle da ansiedade e desenvolvimento da autonomia (Amorim et al., 2020; Courtenay & Perera, 2020). No entanto, a necessidade do distanciamento e/ou isolamento social rígido, bem como a emergência contínua de novas recomendações de biossegurança, comprometeu a previsibilidade como estratégia comportamental de assistência a pessoas autistas (Amorim et al., 2020). Além disso, essas medidas podem potencializar as dificuldades de socialização e culminar em retrocessos nas interações sociais que porventura tenham sido conquistadas (Amorim et al., 2020; Colizzi et al., 2020).

No Brasil, as questões supramencionadas vêm agravar um contexto crônico de exclusão sistemática e estrutural de pessoas autistas. Apesar da publicação da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista em 2012 (Lei no 12.764, 2012), a inclusão no país ainda é insipiente, restringindo-se à presença do aluno na escola, sem as necessárias adaptações psicopedagógicas, além da ausência de outras medidas de inclusão social-educacional e de uma esparsa rede de assistência terapêutica (Bialer, 2015). Nesse contexto, as consequências sociais da pandemia se sobrepõem a uma estrutura com esparsa rede de apoio tanto para pessoas autistas como para seus familiares (Amorim et al., 2020; Colizzi et al., 2020).

A partir dessas constatações, deu-se início a uma ampla pesquisa sobre os efeitos da pandemia em diferentes aspectos da vida de pessoas autistas (nos diferentes ciclos de vida) e de seus familiares. O artigo aqui apresentado contempla um braço da pesquisa, a saber, os efeitos do contexto pandêmico na vida de cuidadores e familiares de crianças autistas. Essa etapa partiu dos seguintes questionamentos: Quais os efeitos do distanciamento ou isolamento social na vida de cuidadores de crianças autistas? Como cuidadores e familiares percebem os efeitos do distanciamento ou isolamento social na vida de crianças autistas? Quais estratégias e redes de apoio emergiram ou se fortaleceram nesse contexto?

Deste modo, este estudo objetiva analisar os efeitos do isolamento social associado ao controle pandêmico sobre a vida de familiares cuidadores de crianças autistas.

2. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa realizada com familiares de crianças autistas, no período de abril de 2020 a maio de 2020. Os participantes foram recrutados pelo método bola de neve onde o primeiro sujeito indica o segundo e assim sucessivamente (Vinuto, 2014). O recrutamento iniciou-se a partir da presidente de uma associação de familiares de pessoas autistas, que indicou a próxima participante e assim por diante. Antes da indicação, eram esclarecidos os critérios de inclusão. Os convites foram enviados por aplicativos de mensagem. Das pessoas convidadas, três não responderam ou se recusaram a participar da pesquisa. Diante da ausência de resposta ou da recusa, retornávamos ao participante anterior, solicitando uma nova indicação. O recrutamento seguiu desta forma até a saturação dos dados, pormenorizada adiante.

Os critérios de inclusão foram: ter idade maior que 18 anos e ser mãe ou pai de criança autistas com até 12 anos de idade incompletos. Considerou-se critério de exclusão a impossibilidade de realização da entrevista de forma remota, por celular ou computador. Vale ressaltar que a pesquisa ocorreu durante o período de isolamento social rígido no município, o que impossibilitou as entrevistas presenciais. Participaram 14 mães com idades entre 28 e 47 anos e um pai com 34 anos, residentes em municípios integrantes da Região Metropolitana de Fortaleza.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.514-520

A coleta dos dados foi realizada por entrevistas semiestruturadas, cujo roteiro foi composto por quatro perguntas amplas, que buscavam caracterizar os efeitos da pandemia e do isolamento sobre as crianças, da pandemia e do isolamento sobre as famílias, as dificuldades enfrentadas pelos pais durante o período de isolamento social e as estratégias de enfrentamento utilizadas. As entrevistas foram realizadas por videoconferência utilizando-se o aplicativo WhatsApp Messenger.

Após cada entrevista e respectiva transcrição, as duas pesquisadoras imergiram no material, registrando suas análises individuais, que foram então compiladas em temas e pré-categorias. Estas, por sua vez, foram organizadas em tabelas, permitindo a constatação visual da saturação (Fontanella et al., 2011), o que permitiu a interrupção do recrutamento das mães 14ª entrevista. Apenas um pai aceitou participar da pesquisa, tendo-se convidado outros três pais que ou não responderam ou recusaram formalmente. Consideramos essa uma fragilidade deste estudo. Ainda assim, a entrevista deste único participante do gênero masculino permitiu ratificar achados importantes obtidos a partir das entrevistas das mães.

Os dados foram analisados segundo a análise temática de conteúdo (Minayo, 2014), partindo do paradigma da Neurodiversidade como suporte teórico. As entrevistas foram transcritas e o material foi organizado e sistematizado, a fim de se identificar os temas recorrentes. Esses temas foram agrupados em núcleos temáticos e posteriormente em categorias como exposto na tabela 1. A análise e categorização foi realizada por duas pesquisadoras independentes, havendo o pareamento das análises para o processo final de categorização.

Tabela 1. Temas, núcleos temáticos e categorias analíticas.

Temas	Núcleos Temáticos	Categorias
Divisão sexual das atividades domésticas	Sobrecarga materna imposta	Magnificação das questões de gênero durante a pandemia
Agravamento do acúmulo de funções maternas		
Sobrecarga autoimposta	Construções identitárias sobre o “ser mulher” e o “ser mãe”	
Culpa materna		
Conflitos na conciliação entre trabalho e maternagem		
Medo de retrocessos terapêuticos	Receio de retrocessos diante da interrupção dos processos terapêuticos	Anseios relacionados ao processo terapêutico
Medo de retrocessos pedagógicos		
Dificuldades de adaptação escolar no modelo remoto		

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.514-520

Temas	Núcleos Temáticos	Categorias
Acomodação das dificuldades de socialização diante das demandas de isolamento	Receio de acomodação ou agravamento das dificuldades de socialização	
Consolo na fé e na religiosidade	Religiosidade como meio para fortalecimento da resiliência	Religiosidade e resiliência
Busca de esperança na fé e na religiosidade		

A fim de assegurar o anonimato das participantes, estas receberam o pseudônimo de letras alfabéticas seguidas de numeração arábica (A1, A2, A3...). O estudo atendeu à Resolução 510/2016, sobre a Ética na Pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Fortaleza, sob o número 435/2011.

3. Resultados e Discussão

Do processo de análise dos relatos obtidos, emergiram três categorias: Magnificação das questões de gênero durante a pandemia, anseios relacionados ao processo terapêutico da criança e resiliência e religiosidade.

3.1 Magnificação das Questões de Gênero Durante a Pandemia

Dentre os efeitos da pandemia e do isolamento social sobre as famílias, destacou-se a magnificação de questões de gênero já existentes. As participantes, que já acumulavam função de trabalho externo e cuidados domésticos, passaram a ter que integrar essas atividades na mesma ambiência:

> "*Além do trabalho online e do cuidado com as crianças, assumi a rotina da casa [...]. De manhã eu atendo [virtualmente]. À tarde me organizo em relação à casa e às crianças, tendo um momento de fazer as tarefas e cuidar da casa também. É uma sobrecarga enorme" (P2).*

A suspensão das aulas e das terapias das crianças também sobrecarregaram as mães, já que estas se tornaram as responsáveis principais pela condução dessas atividades com a orientação dos profissionais:

> *"Fazer as tarefas de casa nunca foi fácil. Mas agora é pior. Fazer uma criança com dificuldade de concentração ficar parada para assistir aulas remotas é extremamente desgastante" (P6).*
>
> *"A professora manda as tarefas pelo WhatsApp. Está muito difícil. Ela não está entendendo nada, não está acompanhando. [...] E sou eu quem tenho que dar um jeito"*
>
> *"As terapeutas enviam materiais pra que a gente aplique em casa. Mas eu estou física e emocionalmente exausta demais para isso. Não é produtivo"* (P8).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.514-520

A internalização dos papéis de gênero pelas próprias mulheres as leva a perceberem o pai como uma rede de apoio e não como corresponsável pelo cuidado da criança:

> "A única rede de apoio que eu tenho no momento é o meu esposo. Ele só vem pra casa à noite quando consegue me ajudar" (P2).
>
> "A gente está se separando. Então eu sou a única responsável por tudo mesmo. Agora, com esse isolamento, nem as visitas estão acontecendo" (P7).

As falas do único participante do gênero masculino, corrobora essas percepções. Suas respostas foram enfáticas a respeito das dificuldades, mas bastante superficiais acerca das estratégias de enfrentamento, reafirmando sua esposa como a responsável principal pelo cuidado, enquanto também ele se percebe como rede de apoio:

> "A minha esposa é quem conduz essa parte. Eu fico como apoio, mas estou a postos pro que for preciso".

Além disso, ao contrário do observado nas falas femininas, para ele, o trabalho externo não agrega dificuldade, sendo inclusive desejado:

> "O meu principal anseio é voltar ao trabalho, que é o que eu mais gosto"

A introjeção da responsabilidade faz com que as mães se sintam culpadas por não estarem conseguindo exercer na plenitude as funções demandadas, além de gerar adoecimento psíquico:

> "A culpa é terrível. A gente que é mãe se cobra, por que sabe que o desenvolvimento da nossa criança depende principalmente da gente" (P10).
>
> "Eu estou ansiosa, estressada, chorando por tudo. Eu só peço a Deus que tudo passe logo, pois tenho medo de que aconteça algo comigo, pois só tenho ela de filha e ninguém vai cuidar dela como eu" (P3).

As falas reafirmam a estrutura de poder político baseada no gênero e que se disfarça em sistema de diferença natural. Nestes sistemas, a mãe assume a condição identitária de única responsável pelos cuidados com os filhos, enquanto a paternidade, não demanda o mesmo dos homens (Zanello, 2020). Esses fatos foram magnificados durante a pandemia, ampliando a sobrecarga feminina e potencializando adoecimentos (Almeida et al., 2020).

Vale ressaltar que, além de todas as questões sexistas e patriarcais, as participantes convivem com as cobranças sociais que permeiam o exercício da maternagem de uma criança autista. Apesar de as primeiras Teorias Psicogênicas elaboradas sobre o autismo já terem sido descartadas, as construções discursivas que culpabilizam a mãe ainda são frequentes, contribuindo para seu sofrimento psíquico e auto-culpabilização (Lopes, 2019, 2020).

3.2 Anseios Relacionados ao Processo Terapêutico

Todas as mães participantes, bem como o pai, declararam temer retrocessos diante da interrupção das atividades escolares, pedagógicas e terapêuticas, bem como da limitação das atividades sociais:

> *"meu filho teve grande evolução com a terapia, mas agora sem fazer vai atrasar muito, né?"* (P1).
>
> *"ele fala pouco, então a gente tenta estimular ao máximo, mas acaba tendo impacto o fato dele não está socializando"* (P2).

Algumas mães perceberam que os filhos ficaram confortáveis após um tempo de isolamento, o que emergiu como motivo de apreensão:

> *"[o isolamento social] interfere muito [...] porque ele já não gosta de brincar com as crianças, e infelizmente não posso trabalhar isso com ele"*

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.514-520

> *"agora com a pandemia meu filho voltou a ter medo das pessoas, não quer brincar com ninguém"* (P11).
>
> *"tenho medo que ele estranhe ainda mais as pessoas quando isso acabar e que ele sofra mais preconceito por isso"* (P9).
>
> *"meu filho gosta de brincar com as outras crianças e sente falta delas"* (P5).
>
> " *isolamento e a falta das terapias tem deixado ele mais irritado e agitado, por passar o dia todo em casa"* (P15).

Uma das maiores apreensões das mães de crianças autistas é em relação ao estigma social que esses vivenciam diante das dificuldades de socialização, sendo compreensível o receio de retrocessos no atual contexto (Amorim et al., 2020; Colizzi et al., 2020). Vale ressaltar, contudo, que o paradigma da Neurodiversidade compreende o autismo como uma condição diferente de ser/estar no mundo, uma diferença neurológica, e não uma incapacidade (Baron-Cohen, 2017; Ortega, 2009). As dificuldades de socialização, portanto, devem ser trabalhadas a fim de favorecer o desenvolvimento da autonomia e nunca objetivando uma "normalização" (Baron-Cohen, 2017). Neste contexto, chama a atenção que nenhum dos informantes considerou o próprio ambiente familiar como espaço para trabalhar a socialização.

3.3 Resiliência e religiosidade

A pergunta sobre as estratégias desenvolvidas durante o período foi seguida frequentemente de um longo período de silêncio e pela reafirmação dos receios e incertezas anteriormente afirmados. Vale ressaltar que a pesquisa foi conduzida durante a primeira onda da pandemia, quando as informações ainda eram escassas e não havia indícios de que a vacinação estaria disponível em breve. Nesse contexto, a religiosidade foi evidenciada como principal fonte de conforto:

"pra amenizar tudo isso, eu procuro ler alguma coisa e rezo demais pra poder amenizar a angústia no coração. Estou pedindo a Deus bastante paciência e sabedoria. Só mesmo tendo muita fé em Deus pra enfrentar isso" (P1).

"A gente tenta se apegar a Deus, que é nossa maior força." (P6).

"mas isso vai passar em nome de Jesus, eu creio. A gente vai ficar bem" (P3).

O constructo resiliência pode ser compreendido como a capacidade das pessoas para superar, condições adversas que envolvam risco ao seu bem-estar (Amar et al., 2013). Nessa perspectiva, a resiliência de nossas informantes foi fortalecida pela religiosidade, que pode se fortalecer diante do sentimento de desamparo (Chaves & Gil, 2015).

4. Conclusões

Os achados evidenciam que a pandemia e a necessidade de isolamento social rígido potencializaram desigualdades de gênero, culminando no desgaste físico, psíquico e emocional dessas mulheres. Atrelada a essas questões, emerge a preocupação com prejuízos no desenvolvimento dos filhos. Esses anseios, amplificam a auto responsabilização dessas mulheres, culminando em um sentimento de culpa que encontra amparo na religiosidade como principal estratégia de enfrentamento.

Considerando que partimos do paradigma da Neurodiversidade como lente teórica, consideramos como pressuposto que pais e mães podem falar apenas por si memos e não por seus filhos. Deste modo, esse recorte não abordou os efeitos da pandemia sobre pessoas autistas.

A utilização de abordagem qualitativa nesta pesquisa possibilitou uma percepção mais aprofundada da realidade dos participantes. A análise temática de conteúdo, por sua vez, permitiu a compreensão do fenômeno do ponto de vista das mães e do pai entrevistado.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.514-520

Consideramos como fragilidade desse estudo a participação de apenas um colaborador do gênero masculino, além da impossibilidade e um processo de observação não participante preliminar, diante do contexto sanitário vigente.

5. Referências

Almeida, M., Shrestha, A. D., Stojanac, D., & Miller, L. J. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on women's mental health. Archives of Women's Mental Health, 23(6), 741–748. https://doi.org/10.1007/s00737-020-01092-2

Amar, J. A., González, M. M., & Utria, L. U. (2013). Nuevo abordaje de la salud considerando la resiliencia. Revista Salud Uninorte, 29(1), 124–133. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522013000100014

Amorim, R., Catarino, S., Miragaia, P., Ferreras, C., Viana, V., & Guardiano, M. (2020). The impact of COVID-19 on children with autism spectrum disorder. Revista de Neurologia, 71(8), 285–291. https://doi.org/10.33588/RN.7108.2020381

Baron-Cohen, S. (2017). Editorial Perspective: Neurodiversity – a revolutionary concept for autism and psychiatry. In Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines (Vol. 58, Issue 6, pp. 744–747). Blackwell Publishing Ltd. https://doi.org/10.1111/jcpp.12703

Bialer, M. (2015). A inclusão escolar nas autobiografias de autistas. Psicologia Escolar e Educacional, 19(3), 485–492. https://doi.org/10.1590/2175-3539/2015/0193876

Chaves, L. J., & Gil, C. A. (2015). Older people's concepts of spirituality, related to aging and quality of life. Ciência & Saúde Coletiva, 20(12), 3641–3652. https://www.scielosp.org/pdf/csc/v20n12/en_1413-8123-csc-20-12-3641.pdf

Colizzi, M., Sironi, E., Antonini, F., Ciceri, M. L., Bovo, C., & Zoccante, L. (2020). Psychosocial and behavioral impact of COVID-19 in autism spectrum disorder: An online parent survey. Brain Sciences, 10(6). https://doi.org/10.3390/brainsci10060341

Courtenay, K., & Perera, B. (2020). COVID-19 and people with intellectual disability: Impacts of a pandemic. Irish Journal of Psychological Medicine, 37(3), 231–236. https://doi.org/10.1017/ipm.2020.45

Fontanella, B. J. B., Luchesi, B. M., Saidel, M. G. B., Ricas, J., Turato, E. R., & Melo, D. G. (2011). Amostragem em pesquisas qualitativas: Proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cadernos de Saude Publica, 27(2), 389–394. https://doi.org/10.1590/s0102-311x2011000200020

Lopes, B. A. (2019). Não Existe Mãe-Geladeira Uma análise feminista da construção do ativismo de mães de autistas no Brasil [Universidade Estadual de Ponta Grossa]. http://tede2.uepg.br/jspui/handle/prefix/2922

Lopes, B. A. (2020). Autism, maternal narratives and activism from 1970to 2008. In Revista Brasileira de Educacao Especial (Vol. 26, Issue 3, pp. 377–392). Associacao Brasileira de Pesquisadores em Educacao Especial. https://doi.org/10.1590/1980-54702020v26e0169

Lord, C., Elsabbagh, M., Baird, G., & Veenstra-Vanderweele, J. (2018). Autism spectrum disorder. In The Lancet (Vol. 392, Issue 10146, pp. 508–520). Lancet Publishing Group. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31129-2

Minayo, M. C. (2014). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC (1a). Hucitec.

Ortega, F. (2009). Deficiência, autismo e neurodiversidade. Ciência & Saúde Coletiv, 14(1), 67–77. https://scielosp.org/pdf/csc/2009.v14n1/67-77/pt

Lei No 12.764, de 27 de deazembro 2012, (2012) (Presidência da República, Casa Civil, & Subchefia para Assuntos Jurídicos). http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm

Vinuto, J. (2014). A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa. Tematicas, 22(44), 203–220. https://doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.10977

WHO (2021). COVID-19 Strategic Preparedness and Response Plan (SPRP 2021) (World Health Organization, Ed.). World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-WHE-2021.02

Zanello, V. (2020). Saúde Mental, Gênero e Dispositivos: Cultura e Processos de Subjetivação - Valeska Zanello - Google Livros (1a). Editora Appris.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.514-520

Auriculoterapia como terapêutica integrativa na promoção da saúde mental de usuários da Atenção Primária à Saúde: Estudo de métodos mistos

José Henrique da Silva Cunha[1], Franciele Kavafara Pires[2], Francisca Bruna Arruda Aragão[3] e Regina Célia Fiorati[4]

[1]Doutorando do Programa de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto/SP, Brasil | josehenrique_dasilvacunha@hotmail.com | https://orcid.org/0000-0002-4255-6125

[2]Graduada no curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Brasil | francielekavafara@gmail.com | https://orcid.org/0000-0002-6897-2311

[3]Doutoranda do Programa Interunidades da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto/SP, Brasil | aragao_bruna@usp.br | https://orcid.org/0000-0002-1191-0988

[4] Docente no curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Brasil | reginacf@fmrp.usp.br | http://orcid.org/0000-0001-8942-6750

Resumo: Introdução: Auriculoterapia é uma prática da Medicina Tradicional Chinesa que pode ser utilizada para o tratamento de distúrbios psíquicos e mentais com alto valor preventivo e terapêutico. **Objetivos:** analisar os efeitos da Auriculoterapia na promoção da saúde mental em usuários da Atenção Primária à Saúde (APS) de um município do interior da Região do Triângulo Mineiro -MG, Brasil. **Métodos:** Projeto de pesquisa de métodos mistos, sequencial e explanatório, que será realizado em uma unidade matricial de saúde com usuários que apresentam queixas emocionais e/ou psíquicas. Na etapa quantitativa, os dados serão coletados pelo WHOQOL-bref antes de cada uma das 12 sessões de Auriculoterapia. Ao final dessas sessões, o mesmo questionário será reaplicado e os dados passarão por análise estatística descritiva. Na etapa qualitativa, os resultados quantitativos serão utilizados para refinar as questões qualitativas do roteiro de entrevista semiestruturado. Os dados qualitativos serão analisados por meio de análise de conteúdo temática. Ao término da análise dos dados qualitativos será realizada a interpretação dos resultados conectados, que consistirá no resumo da interpretação dos resultados quantitativos e qualitativos para discutir em que extensão e de que maneira os resultados qualitativos ajudam a explicar os resultados quantitativos. **Resultados:** A coleta de dados ainda não foi realizada, pois será iniciada em abril, após exame de qualificação pelo programa de Enfermagem Psiquiátrica da Universidade de São Paulo. **Conclusões:** Essa pesquisa poderá proporcionar conhecimento que sustente a viabilidade da aplicação da Auriculoterapia como auxiliar dos tratamentos de problemas emocionais e psíquicos, com base principalmente em sua ação promotora de saúde mental.

Palavras-chave: Auriculoterapia; Saúde Mental; Atenção Primária à Saúde.

Auriculotherapy as an Integrative Therapy in the Promotion of Mental Health of Users of Primary Health Care: A Study of Mixed Methods

Abstract: Introduction: Auriculotherapy is a Traditional Chinese Medicine practice that can be used for the treatment of mental and mental disorders with high preventive and therapeutic value; **Goals:** to analyze the effects of auriculotherapy on the promotion of mental health in users of Primary Health Care in a city in the interior of the Triângulo Mineiro Region - MG, Brazil. **Methods:** Research project of explanatory sequential mixed methods that will be carried out in a matrix health unit with users who have emotional and / or psychic complaints. In the quantitative stage, data will be collected by WHOQOL-bref before each of the 12 Auriculotherapy sessions. At the end of these sessions, the same questionnaire will be re-applied, and the data will be analyzed by descriptive statistical analysis. In the qualitative stage, the quantitative results will be used to refine the qualitative questions in the semi-structured interview script. Qualitative data will be analyzed by thematic content analysis. At the end of the analysis of the qualitative data, the connected results will be interpreted, which will consist of a summary of the interpretation of the quantitative and qualitative results to discuss to what extent and in what ways the qualitative results help to explain the quantitative results; **Results:** Data collection has not yet been carried out, as it will start in April, after a qualification exam by the Psychiatric Nursing program at the University of São Paulo; **Conclusions:** This research may provide knowledge that supports the viability of the application of Auriculotherapy as an aid in the treatment of emotional and psychological problems, based mainly on its action to promote mental health.

Keywords: Auriculotherapy; Mental Health; Primary Health Care.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.521-527

1. Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) incentiva a inserção das práticas integrativas e complementares (PICS) no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), bem como a realização de estudos científicos a respeito delas (Brasil, 2015). No Brasil, a partir da criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) são ofertadas no âmbito da APS 29 PICS (Tesser et al., 2018) que estão associadas à promoção da saúde por estimularem ou resgatarem a noção de qualidade de vida para além do tratamento dos adoecimentos, apresentando, assim, um potencial de autoconhecimento, ressignificações e aprendizados frente ao adoecimento (Cruz & Sampaio, 2016).

Dentre as práticas, destaca-se a Auriculoterapia, que será objeto de estudo nesta pesquisa. A Auriculoterapia que é parte da Medicina Tradicional Chinesa, utiliza a estimulação de pontos específicos do pavilhão auricular, que enviam sinais para o cérebro e órgãos específicos que regulam/equilibram o desempenho fisiológico do corpo, propiciando sua utilização para tratamento de distúrbios físicos, psíquicos e mentais, com alto valor preventivo e terapêutico (Kwon et al., 2020; Landgren et al., 2019). Estudos corroboram a sua eficácia, e apontam como resultados a melhoria de qualidade de vida e redução de estresse na população participante do estudo (Kurebayashi & Silva, 2015), assim como melhora da qualidade de sono, ansiedade e humor deprimido dos participantes (Chueh et al., 2018).

Dessa forma, é possível considerar a possibilidade de resultados positivos na promoção da saúde mental de usuários da APS que apresentam queixas relacionadas a desordens emocionais e psíquicas. Destaca-se que a saúde mental está relacionada a um estado dinâmico de equilíbrio, que permite a capacidade de reconhecer, expressar e modular as emoções, bem como lidar com eventos adversos da vida; isto é, a saúde mental é indispensável para o bem-estar das pessoas (Galderisi et al., 2015); e está relacionada ao funcionamento emocional, psicológico e social, além de mera ausência de doença ou enfermidade (WHO, 2005).

O presente estudo justifica-se por possibilitar conhecimento em uma área ainda pouco explorada na pesquisa em saúde e por proporcionar conhecimento que sustente a viabilidade da aplicação de Auriculoterapia, como auxiliar nos tratamentos de problemas emocionais e psíquicos, com base em sua ação promotora de saúde mental, além disso, pode gerar conhecimento para sustentar a prática profissional de trabalhadores da saúde. Assim, com o conhecimento produzido poderá sustentar a formulação de políticas públicas e estratégias de ações visando a integralidade da atenção. Essa pesquisa poderá subsidiar estudos futuros que possam ser replicados em outras localidades geográficas, aprofundar novas possibilidades terapêuticas para incrementar a integralidade da atenção em saúde no SUS.

Em face do exposto, questionou-se: Quais os efeitos da Auriculoterapia na promoção da saúde mental e na qualidade de vida em usuários da APS? Esse estudo objetiva analisar os efeitos da Auriculoterapia na promoção da saúde mental em usuários da APS de um município do interior da Região do Triângulo Mineiro. Os objetivos específicos são: 1. identificar as condições de saúde mental autopercebida e queixas relacionadas a sofrimento psíquico relatadas por usuários, prontuários e profissionais do serviço da APS; 2. avaliar a qualidade de vida e a satisfação dos participantes com a sua saúde antes e depois da aplicação da intervenção terapêutica; e 3. analisar as percepções dos participantes sobre os efeitos da Auriculoterapia em sua qualidade de vida e na satisfação com a sua saúde.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.521-527

2. Metodologia

Trata-se de um projeto de pesquisa que se caracteriza como um estudo de métodos mistos que visa a coleta, análise e a mistura de dados quantitativos e qualitativos em um mesmo desenho de pesquisa. Suas características essenciais envolvem a coleta e análise dos dados quantitativos e qualitativos, misturando as duas formas de dados, podendo dar prioridade a uma ou a ambas, a depender do objeto da pesquisa, usando os procedimentos em um único estudo ou em múltiplas fases de um programa de estudo, estruturando esses procedimentos dentro de visões de mundo filosóficas e lentes teóricas, e combinando os procedimentos em projetos de pesquisa específicos que direcionam o plano para a condução da mesma (Creswell & Clark, 2013).

Será utilizado o projeto explanatório sequencial, um projeto de métodos mistos de duas fases, no qual o pesquisador começa com a coleta e a análise de dados quantitativos, seguida da coleta e da análise de dados qualitativos para ajudar a explicar os resultados quantitativos iniciais, ou seja, primeiro o pesquisador coleta e analisa os dados quantitativos. Os dados qualitativos são coletados e analisados em segundo lugar na sequência que ajuda a explicar/elaborar, os resultados obtidos na fase quantitativa. A fase qualitativa, parte da fase quantitativa, e as duas fases são conectadas no estágio intermediário do estudo (Creswell & Clark, 2013).

Há quatro procedimentos: 1) o pesquisador planeja e implementa o elemento quantitativo que inclui a coleta e a análise de dados quantitativos; 2) o pesquisador conecta-se com uma segunda fase identificando os resultados quantitativos específicos que requerem uma explanação adicional e usam esses resultados para guiar o desenvolvimento do elemento qualitativo. O pesquisador desenvolve/aprimora as questões da pesquisa qualitativa, os procedimentos da amostragem e os protocolos de coleta de dados para que eles acompanhem os resultados quantitativos; 3) o pesquisador implementa a fase qualitativa coletando e analisando os dados qualitativos; 4) o pesquisador interpreta em que extensão e de que formas os resultados qualitativos explicam e adicionam insight aos resultados quantitativos. A justificativa desta abordagem é que os dados quantitativos e sua análise proporcionam entendimento geral do problema, enquanto, os dados qualitativos e sua análise refinam e explicam os resultados quantitativos explorando as visões dos participantes do estudo em profundidade (Creswell & Clark, 2013).

Este estudo será realizado na Unidade Matricial de Saúde (UMS) Valdemar Hial Júnior que se localiza no Bairro Tancredo Neves, no município de Uberaba – MG, Brasil, e conta com três equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A população será composta por usuários que apresentem queixas relacionadas a problemas de caráter emocional e/ou psíquicas, os quais serão identificados a partir de consulta em prontuários, e também da indicação pelos profissionais de saúde das três equipes da ESF selecionadas para o estudo. Posteriormente, realizar-se-á um cálculo amostral para averiguar o número de participantes que serão incluídos na fase quantitativa. A qualitativa será conduzida como acompanhamento dos resultados quantitativos, para ajudar explicar os resultados quantitativos participarão todos os incluídos da fase quantitativa que resultará em uma amostra de igual tamanho.

Critérios de inclusão: ter acima de 18 anos; não estar realizando outra terapêutica energética (homeopatia, massagem, reiki, entre outras); apresentar queixa envolvendo problemas de ordem emocional e/ou psíquica. Critérios de exclusão serão: apresentarem infecção, inflamação ou ferimento no pavilhão auricular; fazem uso de piercing na orelha (salvo brinco); estarem em período gestacional; estarem em surto psicótico ou fase aguda de alguma doença; não comparecerem em duas sessões consecutivas; iniciarem tratamento medicamentoso para queixas relacionadas a problemas de caráter emocional e/ou psíquicas ao mesmo tempo da aplicação.

No que se refere aos instrumentos de coleta de dados, a etapa quantitativa será composta pela aplicação do questionário sobre qualidade de vida, o WHOQOL-Bref, desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS, sendo uma versão abreviada do WHOQOL-100 (Fleck et al., 2000; Skevington et al., 2004; The WHOQOL Group, 1998).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.521-527

Este instrumento foi testado em várias culturas, tendo sido validado para o Brasil. Composto por 26 questões, duas questões gerais de qualidade de vida e 24 representando cada uma das facetas do WHOQOL-100 que estão distribuídas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (Fleck et al., 2000). Esse instrumento será utilizado para obter as informações referentes ao objetivo específico 2.

A etapa qualitativa será composta pela aplicação de entrevistas semiestruturadas para se captar a percepção dos participantes sobre o fenômeno estudado, ou seja, captar suas percepções sobre efeitos da Auriculoterapia sobre sua qualidade de vida, explicando modificações nas respostas dadas na etapa quantitativa. A abordagem qualitativa caracteriza-se pela imersão nas subjetividades dessas pessoas, e para tanto, ainda serão utilizadas as técnicas de coletas de dados da observação participante (Minayo, 2014), e diário de campo (Falkembach, 1987). Através desta etapa será possível obter informações qualitativas referentes ao objetivo específico 3.

Por se tratar de um projeto sequencial explanatório (QUAN → qual), o pesquisador começa com a coleta e a análise de dados quantitativos na primeira fase, seguida por coleta e análise de dados qualitativos na segunda fase, que se constrói sobre a primeira fase para explicar os resultados quantitativos (Creswell & Clark, 2013).

Para a seleção dos participantes, o pesquisador se reunirá com os profissionais de saúde das três equipes da ESF da UMS. Discutiremos indicações terapêuticas da Auriculoterapia, potencialidades de cuidado dos usuários e objetivos da pesquisa. Solicitaremos indicação de potenciais usuários, que seguem os critérios de inclusão e, posteriormente, será feita uma consulta nos prontuários sobre condições de saúde mental (queixas de sofrimento psíquico), relacionado ao objetivo específico 1.

Em seguida, os potenciais participantes serão contatados por telefone/pessoalmente, e serão convidados a participarem deste estudo; após aceitação, serão convidados a comparecerem na UMS em horário específico conforme disponibilidade, para que sejam informados a respeito dos objetivos da pesquisa, bem como o método que será utilizado e para assinarem o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Na primeira fase do estudo, a fase quantitativa, os dados serão coletados por meio do questionário WHOQOL-Bref que será aplicado em um local reservado na UMS. Por ser um instrumento autoaplicável, será preenchido individualmente pelo participante, após a leitura e assinatura do TCLE. Caso o participante solicitar/apresentar alguma dificuldade de leitura, o questionário será aplicado pelo pesquisador. Após aplicação do questionário WHOQOL-Bref, iniciará o procedimento da aplicação das sessões de Auriculoterapia que consistirá em 12 sessões, uma vez por semana, duração de 30 minutos cada, realizadas pelo pesquisador responsável com especialização em Acupuntura. Ao final das 12 sessões, o mesmo questionário será re-aplicado e analisado para a obtenção de informações referentes ao objetivo específico 2.

Cabe destacar que na fase quantitativa, após a identificação dos participantes que apresentam queixas envolvendo problemas de ordem emocional e/ou psíquica por meio de prontuários e pela indicação dos profissionais de saúde das três equipes da ESF da UMS será realizado posteriormente um cálculo amostral para averiguar o número de participantes que serão incluídos na fase quantitativa.

A segunda fase, qualitativa, será conduzida como acompanhamento dos resultados quantitativos para ajudar a explicar os resultados quantitativos. Sendo que os resultados quantitativos serão utilizados para refinar as questões qualitativas. Ao término do refinamento das questões qualitativas serão utilizadas entrevistas qualitativas semiestruturadas para entrevistar todos os participantes da fase quantitativa que receberam as 12 sessões de Auriculoterapia, com a finalidade de analisar as percepções dessas pessoas sobre os efeitos da Auriculoterapia em sua qualidade de vida e na satisfação com a sua saúde, referente ao objetivo específico 3.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.521-527

As entrevistas serão gravadas e realizadas individualmente em um local privativo da UMS, terão a duração aproximada de uma hora, realizadas em horários agendados pelos próprios participantes segundo disponibilidade. Após cada sessão de Auriculoterapia, a observação participante será registrada no diário de campo.

Salienta-se que nesse projeto sequencial explanatório, o ponto de conexão dos dados ocorrerá no momento de coleta de dados qualitativos, durante a segunda fase, no qual o pesquisador responsável irá conectar as fases usando os resultados da fase quantitativa para determinar os participantes que serão selecionados para a amostra qualitativa e para refinar as questões da entrevista semiestruturada que será usada na fase qualitativa. Conectar-se-á os resultados durante a interpretação para discutir em que extensão e de que maneiras os resultados qualitativos ajudam a explicar os resultados quantitativos.

Os procedimentos da análise dos dados nesse projeto explanatório envolverão coletar dados quantitativos, analisar os dados e usar os resultados para informar o acompanhamento da coleta de dados qualitativos. Após coletar os dados quantitativos referentes à aplicação e reaplicação do questionário WHOQOL-Bref, eles serão analisados pelo método de análise estatística descritiva no programa Statistical Program for the Social Sciences (SPSS) versão 20. Posteriormente eles serão utilizados para refinar as questões da entrevista semiestruturada.

Após o refinamento das questões da entrevista semiestruturada, as entrevistas serão gravadas por meio de um aparelho celular, para facilitar a obtenção do diálogo dos participantes e evitar a perda de dados significativos, posteriormente serão transcritas na íntegra e checadas duas vezes, por dois pesquisadores co-autores desse estudo, para garantir a fidedignidade da transcrição. Ademais, após a verificação desses pesquisadores, as entrevistas serão enviadas por e-mail e/ou whatsapp a cada participante, de modo a validar o conteúdo das mesmas. Para garantir o anonimato dos participantes, as entrevistas serão codificadas, utilizando-se a letra inicial da palavra entrevista, seguida pelo seu número sequencial.

Os dados qualitativos provenientes das entrevistas, da observação participante, e do registro no diário de campo, serão analisados com o auxílio do software Atlas. ti, versão 7.5.10 para sistematizar e catalogar o material analisado, seguindo as etapas da análise de conteúdo temática: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e interpretação (Bardin, 2011).

Na pré-análise, ocorrerá a organização e a leitura flutuante do material proveniente das entrevistas com o objetivo de haver impregnação desse conteúdo pelo pesquisador. Na exploração do material, os temas serão agrupados conforme seus conteúdos, a partir das unidades de significados originadas do material, até obter a formação de categorias; isto é, procurar-se-á identificar e codificar as repetições de conteúdos presentes nas falas dos participantes para agrupá-los por semelhanças de sentido, utilizando-se o Atlas ti. No tratamento dos resultados obtidos e interpretação, os resultados brutos serão categorizados e tratados de maneira a serem significativamente validados (Bardin, 2011). As categorias temáticas que emergirão do processo de análise serão discutidas com subsídio da literatura sobre o tema.

Após análise dos dados qualitativos será realizada a interpretação dos resultados conectados que consistirá no resumo da interpretação dos resultados quantitativos e qualitativos para discutir em que extensão e de que maneiras os resultados qualitativos ajudam a explicar os resultados quantitativos; a partir dos resultados obtidos na fase quantitativa e qualitativa, realizar-se-á uma análise comparativa dos mesmos por meio da triangulação com a finalidade de identificar consonâncias, divergências, possíveis interfaces para aprofundar os resultados quantitativos a partir da escuta dos participantes (Creswell & Clark, 2013).

Por se tratar de uma investigação envolvendo seres humanos, esse projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, sendo aprovado sob parecer nº 3.781.610 de 2019, CAAE 19928019.1.0000.5393, como preconiza a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.521-527

Com o propósito de atender aos princípios éticos, cada participante envolvido na pesquisa será informado sobre os objetivos e metodologia, garantia de anonimato e sigilo das informações, liberdade de recusar/sair a qualquer momento do estudo sem penalização alguma. Ademais, será entregue um impresso do TCLE a cada participante.

3. Resultados

A coleta de dados ainda não foi realizada, pois a mesma será iniciada em abril, após exame de qualificação pelo programa de Enfermagem Psiquiátrica da Universidade de São Paulo. Entretanto, uma revisão de literatura que objetivou identificar e analisar as evidências existentes na literatura científica sobre a aplicabilidade da Auriculoterapia para o bem-estar emocional em pessoas que apresentam manifestações relacionadas à ansiedade, depressão, e outros problemas de saúde mental e que foi realizada nos meses de agosto e setembro de 2019, com os artigos publicados entre os anos de 2009 e 2019, a partir da bases de dados LILACS, PUBMED, WEB OF SCIENCE, SCOPUS, CINAHL e EMBASE, a qual apresentou resultados que apontam preliminarmente para bons resultados sustentando o objetivo geral desta pesquisa. Constatou-se que a Auriculoterapia é um recurso terapêutico complementar positivo e promissor para o tratamento da ansiedade, depressão, insônia, estresse e nos sintomas decorrentes do abuso de substâncias. Destaca-se que essa revisão está em processo de análise em uma revista científica.

4. Conclusões

Este projeto de pesquisa possibilitará analisar os efeitos da Auriculoterapia na promoção da saúde mental em usuários da APS. Assim, poderá proporcionar conhecimento que sustente a viabilidade da aplicação dessa prática integrativa como auxiliar nos tratamentos de problemas emocionais e psíquicos, com base principalmente em sua ação promotora de saúde mental. Com o conhecimento produzido poderá sustentar a formulação de políticas públicas e estratégias de ações locais visando a integralidade de atenção aos usuários da APS. Ademais, este estudo poderá subsidiar pesquisas futuras que poderão ser replicadas em outras localidades geográficas, além de aprofundar novas possibilidades terapêuticas para incrementar a integralidade de atenção em saúde junto ao SUS.

Destaca-se que a utilização do projeto explanatório sequencial será de suma importância para esse projeto, pois os dados quantitativos e sua análise subsequente poderão proporcionar um entendimento geral do problema da pesquisa; e os dados qualitativos e sua análise poderão refinar e explicar os resultados estatísticos (etapa quantitativa) sendo possível explorar as visões dos participantes em profundidade.

5. Referências

Bardin, L. (2011). Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70.

Brasil, Ministério da Saúde (2015). Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (2ª ed.). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf

Chueh, K. H., Chang, C. C., & Yeh, M. L. (2018). Effects of auricular acupressure on sleep quality, anxiety, and depressed mood in rn-bsn students with sleep disturbance. The Journal of Nursing Research, 26(1), 10–17. doi:10.1097/jnr.0000000000000020

Creswell, J. W., & Clark, V. L. P. (2013). Pesquisa de métodos mistos (2ª ed.). Porto Alegre: Penso.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.521-527

Cruz, P. L. B., & Sampaio, S. F. (2016). As práticas terapêuticas não convencionais nos serviços de saúde: Revisão integrativa. Revista de APS, 19(3), 483-494. Recuperado de https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15685/8215

Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. (1998). Psychological medicine, 28(3), 551–558. doi:10.1017/s0033291798006667

Falkembach, E. M. F. (1987). Diário de campo: um instrumento de reflexão. Revista Contexto & Educação, 7(2), 19-24.

Fleck, M. P., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". Revista de Saúde Pública, 34(2), 178–183. doi:10.1590/S0034-89102000000200012

Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. World Psychiatry, 14(2), 231–233. doi:10.1002/wps.20231

Kurebayashi, L. F. S., & Silva, M. J. P. (2015). Auriculoterapia Chinesa para melhoria de qualidade de vida de equipe de Enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, 68(1), 117–123. doi:10.1590/0034-7167.2015680116p

Kwon, C.Y., Lee, B., & Kim, S. H. (2020). Effectiveness and safety of ear acupuncture for trauma-related mental disorders after large-scale disasters: a prisma-compliant systematic review. Medicine (Baltimore), 99(8), e19342. doi:10.1097/MD.0000000000019342

Landgren, K., Strand, A. S., Ekelin, M., & Ahlström, G. (2019). Ear acupuncture in psychiatric care from the health care professionals' perspective: a phenomenographic analysis. Issues in Mental Health Nursing, 40(2), 166–175.doi:10.1080/01612840.2018.1534908

Minayo, M. C. S. (2014). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde (14ª ed.). São Paulo: Hucitec.

Skevington, S. M., Lotfy, M., O'Connell, K. A., & WHOQOL Group (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation, 13(2), 299–310. doi:10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00

Tesser, C. D., Sousa, I. M. C., & Nascimento, M. C. (2018). Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. Saúde em Debate, 42(spe1), 174–188. doi: 10.1590/0103-11042018s112

World Health Organization – WHO. (2005). Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. Geneva: World Health Organization. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.521-527

Atuação do enfermeiro no gerenciamento dos leitos hospitalares na percepção dos profissionais de enfermagem

Carla Souza Fogaça[1], Lays Adriane Sampaio Braga[1], Elisabete Mesquita Peres de Carvalho[2] e Leila Bernarda Donato Göttems[1,2]

[1]Universidade Católica de Brasília, Brasil | laysadriane01@gmail.com; carlafogaca1@gmail.com | https://orcid.org/0000-0003-0478-7667; https://orcid.org/0000-0002-4707-5638

[2]Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, Brasil | elisabete_mpc@yahoo.com.br, leila.gottems@gmail.com | https://orcid.org/0000-0002-5140-0237; https://orcid.org/0000-0002-2675-8085.

Resumo: Os enfermeiros desempenham um papel importante no gerenciamento em tempo real dos leitos hospitalares disponíveis, de forma a promover seu uso eficiente. **Objetivo:** analisar a percepção dos enfermeiros sobre o processo de trabalho na gestão de leitos. **Método:** estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa. Participaram 17 enfermeiros que atuam na gestão de leitos e na assistência, identificados por meio da técnica de Bola de Neve em Redes Sociais Virtuais, com envio eletrônico do instrumento de coleta de dados, no período de 22 de agosto a 21 de outubro de 2020. A análise dos dados foi feita conforme Bardin: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. **Resultados:** foi possível encontrar três núcleos de sentido que foram divididos em três categorias:1- perfil da equipe da Gestão de Leitos segundo a qualificação e experiência profissional; 2- atuação do enfermeiro na Gestão de Leitos; e 3 - dificuldades e facilidades nos processos de trabalho da Gestão de Leitos. **Conclusão:** foram observadas potencialidades e dificuldades na atuação do enfermeiro na gestão de leitos, configurando-se como uma área em expansão que requer regulamentação e aperfeiçoamento.

Palavras-chave: Gestão em saúde; Leitos hospitalares; Pesquisa Qualitativa.

Nurses' performance in the management of hospital beds in the perception of nursing professionals

Abstract: Nurses play an important role in the real-time management of available hospital beds in order to promote their efficient use. **Objective:** to analyze nurses' perception of the work process in bed management. **Method:** a descriptive, exploratory study with a qualitative approach. Seventeen nurses who work in bed management and assistance participated, identified through the Snowball technique in Virtual Social Networks, with electronic sending of the data collection instrument, from August 22 to October 21, 2020. Data analysis carried out according to Bardin: pre-analysis, material exploration and treatment of results, inference, and interpretation. **Results:** it was possible to find three cores of meaning that were divided into three categories:1- profile of the Bed Management team according to qualification and professional experience; 2- performance of nurses in Bed Management; and 3 - difficulties and facilities in the work processes of Bed Management. **Conclusion:** potentials and difficulties in the nurse's performance in bed management were observed, taking shape in an expanding area that requires regulation and improvement.

Keywords: Health management; Hospital bed capacity; Qualitative Research.

1. Introdução

A atenção hospitalar tem sido, ao longo de décadas, um dos principais temas de debate acerca da assistência no Sistema Único de Saúde (SUS). Na prática, as instituições hospitalares que desenvolvem ações e serviços de saúde no âmbito do SUS agregam uma série de funções que as caracterizam como organizações mais complexas do setor Saúde, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar. Essas organizações são responsáveis pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação (Brasil, 2017; Miranda, Mendes & Silva, 2017).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.528-537

O processo de desenvolvimento das organizações hospitalares em busca de alternativas para a melhoria da qualidade de seus serviços tem sido motivado por um conjunto de fatores, como o aumento da demanda e o número limitado de leitos hospitalares (Wasgen, da Silva Terres & Machado, 2019). A transição demográfica, a tripla carga de doenças e a diminuição do número de leitos hospitalares (Fundação Oswaldo Cruz, 2019) são questões pertinentes no que concerne atualmente à gestão dos serviços de saúde.

Nesse contexto, em dezembro de 2013, foi instituída a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), por meio de Portaria, pelo Ministério da Saúde. De acordo com o Eixo Hospitalar dessa Política, o modelo de atenção contempla um conjunto de dispositivos de cuidado que assegura o acesso, a qualidade da assistência e a segurança do paciente. Dentre esses dispositivos, figura o gerenciamento de leitos, que consiste na otimização da utilização dos leitos, aumentando a rotatividade dentro de critérios técnicos, com vistas a ampliar a ocupação de leitos e otimizar a utilização da capacidade instalada, e melhorando o atendimento ao usuário (Brasil, 2013).

Na atualidade dos serviços públicos e privados, a gestão de leitos tem potencial para promover o uso dinâmico dos leitos hospitalares, por meio do aumento de rotatividade e monitoramento das atividades de Gestão da Clínica. Os enfermeiros desempenham um papel importante no gerenciamento em tempo real dos leitos hospitalares, de forma a promover um uso mais eficiente dos leitos disponíveis (Brasil, 2017). Assim, mais conhecimentos e habilidades clínicas são postas aos enfermeiros, permitindo a tomada de decisões, a destinação do paciente ao leito hospitalar, e conquistando um novo espaço de atuação, os quais levam a realizar diversas atividades nesse setor.

A atuação da enfermagem na regulação em saúde e, em especial, na gestão de leitos se constitui em atividades ancoradas na dimensão administrativo-gerencial, as quais também estão respaldadas na Lei do Exercício profissional (Brasil, 1986). Por ser uma atividade relativamente recente no âmbito do SUS, essa atuação tem sido pouco explorada na literatura específica da área.

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo analisar a percepção dos enfermeiros sobre o processo de trabalho na gestão de leitos.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, realizado por meio de análise de conteúdo (Bardin, 2011). A pesquisa qualitativa é aplicada tradicionalmente em uma abordagem interpretativa, e os significados se valem de diferentes estratégias de investigação (Creswell, 2014), de tal forma que, no constructo final, predomine a lógica dos atores em sua diversidade e não apenas as suas falas, dentro de uma narrativa teorizada, contextualizada, concisa e clara (Minayo, 2012).

A pesquisa foi realizada com enfermeiros do Distrito Federal que atuam na área hospitalar, sendo enfermeiros que atuam na Gestão de Leitos (GL) e enfermeiros que atuam nas unidades assistenciais. Os participantes foram convidados a responder um instrumento de coleta de dados elaborado no Google Forms. Participaram do estudo 8 enfermeiros da gestão de leitos, 8 enfermeiros das unidades assistenciais e 1 enfermeiro que atua simultaneamente na GL e em unidade assistencial, totalizando 17 participantes.

Foram definidos como critérios de inclusão: ser enfermeiro, atuar nas unidades assistenciais e/ou atuar na Gestão de Leitos; aceitar participar da pesquisa; ter experiência superior a 6 meses na atenção hospitalar e/ou gestão de leitos. Como critérios de exclusão: não responder completamente o instrumento de coleta de dados; atuar há menos de 6 meses na assistência hospitalar e/ou na gestão de leitos.

A identificação dos enfermeiros foi feita por meio da técnica Bola de Neve em Redes Sociais Virtuais, conforme descrito por Costa (2018). A técnica consistiu em identificar inicialmente um pequeno grupo de participantes com as características que os membros da amostra deveriam ter.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.528-537

Na sequência, apresentou-se a proposta do estudo e, após obter/registrar tais dados, solicitou-se que os participantes da pesquisa indicassem outras pessoas pertencentes à mesma população-alvo. Esse processo continuou até que as métricas estabelecidas antecipadamente para a coleta de dados, como prazo de coleta ou quantidade máxima de entrevistados, foram atingidas: uma forma de amostra não probabilística que utiliza cadeias de referência (Costa, 2018).

A coleta de dados ocorreu no período de 22 de agosto a 21 de outubro de 2020. O instrumento de coleta de dados foi adaptado do estudo realizado por Borges, Bernardino, Stegani e Tonini (2020). O instrumento, baseado no objetivo proposto, abordou a seguinte pauta: como o trabalho realizado pelo enfermeiro pode contribuir para o aumento da rotatividade dos leitos e a redução do tempo de permanência; qual a composição ideal da equipe e atividades desenvolvidas; como ocorre a tomada de decisão para a internação de pacientes nos leitos disponíveis; a qualificação e experiência exigida para o enfermeiro da GL; dificuldades e facilidades encontradas; interface entre os serviços; e resultados do trabalho mediante atuação do enfermeiro nessa área. A decisão por encerrar a recepção de novos instrumentos preenchidos se baseou na saturação dos dados (Flick, 2009) e no esgotamento do prazo destinado à coleta de dados.

Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo, que ocorreu em três etapas: a primeira etapa foi realizada por meio de leitura flutuante de todo o 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).

Dessa análise foi possível encontrar três núcleos de sentido. Esses núcleos foram divididos em 3 categorias e 10 subcategorias: categoria 1 – Perfil da equipe da gestão de leitos segundo a qualificação e experiência profissional (composição da equipe; qualificação profissional); categoria 2 – Atuação do enfermeiro na Gestão de Leitos (atividades desenvolvidas; tomada de decisão; interface com os serviços; otimização dos leitos; continuidade do trabalho; resultados da atuação do enfermeiro); categoria 3 – Dificuldades e facilidades nos processos de trabalho da Gestão de Leitos (dificuldades enfrentadas; potencialidades visualizadas).

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 Universidade Católica de Brasília – UCB sob o Parecer Nº 4.209.913, de 12 de agosto de 2020.

3. Resultados

Foram entrevistados, por meio do Google Forms, 17 enfermeiros, sendo 8 que atuavam na assistência, 8 na gestão de leitos e 1 deles em ambas as atividades. Dentre os participantes, 58,8% apresentaram especialização como maior titulação, com média de tempo de atuação de 2,5 anos, sendo que 29% têm menos de 1 ano de atuação e 35% contam com mais de 10 anos na gestão de leitos, conforme Tabela 1.

Tabela 1. Perfil dos entrevistados por titulação, área, setor e tempo de atuação. Brasília-DF, 2020.

CARACTERÍSTICAS	F	%
TITULAÇÃO		
Doutorado	2	11,8
Mestrado	1	5,9
Especialização	10	58,8

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.528-537

CARACTERÍSTICAS	F	%
Graduação	4	23,5
Qual sua área de atuação?		
Enfermeiro assistencial	8	47,1
Enfermeiro assistencial, Gestor de leitos	1	5,9
Gestor de leitos	8	47,1
Qual seu setor de atuação?		
Gestão de leitos	7	41,2
Outro setor	8	47,1
Pediatria	1	5,9
UTI adulto	1	5,9
Área da pós-graduação		
Ciências da Saúde	2	11,8
Enfermagem	1	5,9
Enfermagem do trabalho	2	11,8
Epidemiologia	1	5,9
Gestão em Saúde	3	17,6
Gestão hospitalar	1	5,9
Outras	3	17,6
Terapia Intensiva	2	11,8
Urgência e Emergência	2	11,8
Tempo de atuação		
Menos de 1 ano	5	29,4
2 a 5 anos	3	17,6
6 a 10 anos	3	17,6
Mais de 10 anos	6	35,3
Total	17	100,0

A partir dos relatos dos entrevistados, foi possível encontrar 3 núcleos de sentido que foram divididos em 3 categorias e 10 subcategorias, permitindo fundamentar as interpretações feitas na discussão e interpretá-las de acordo com a produção científica atualizada, bem como com as políticas públicas referentes a atenção hospitalar.

Quadro 1. Categoria 1 – Perfil da equipe de gestão de leitos segundo qualificação e experiência profissional. Brasília-DF, 2020.

Subcategorias	Unidades de Registro
Composição da equipe	Composição mínima: médico, enfermeiro, técnico em enfermagem e técnico administrativo, com ao menos 1 servidor de cada categoria profissional (17)
Qualificação profissional	Conhecimento de Gestão (10) e da assistência (3) gestão de conflitos (2) gestão em saúde (1); Interesse em aprender e saber lidar com diferentes processos de trabalho (2); Desenvolver habilidades para interação e articulação com as categorias profissionais dos serviços intra e extra-hospitalares (3); Estar apto a manipular os sistemas de informação; Ser proativo, ter conhecimento do funcionamento dos setores do hospital (1);

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.528-537

Subcategorias	Unidades de Registro
	Grande parte dos servidores da GL são servidores com restrição médica, porque a GL é vista como serviço administrativo (1); Ter uma especialização na área (1).

A primeira categoria revelou aspectos referentes a composição da equipe e qualificação/experiência sugerida para o enfermeiro da gestão de leitos. Observou-se que não se trata de um trabalho individual, mas um trabalho em equipe.

Quadro 2. Categoria 2 – Atuação do enfermeiro na Gestão de Leitos. Brasília-DF, 2020.

Subcategorias	Unidades de Registro
Atividades desenvolvidas	Levantamento (busca ativa) dos leitos disponíveis em todas as unidades de internação (12); Direcionamento dos pacientes aos leitos vagos (5); Aplicar a metodologia KANBAN (3); Elaborar medidas gerenciais para atuar nas pendências que impactem no aumento do tempo de permanência (3); Monitorar a inserção e autorização dos exames no SISREG (3); Utilizar o SISLEITOS para regulação de leitos intra e inter-hospitalar (3); Elaborar planilhas de indicadores (taxa de ocupação e tempo médio de permanência e giro de leitos (3); Atuar no acompanhamento das internações e altas (3) e nas transferências internas e externas (3).
Tomada de decisão	A tomada de decisão ocorre pela avaliação do quadro clínico do paciente (9); Alocado conforme a disponibilidade de leitos (9); Seguem critérios de prioridade: egressos de UTI, centro cirúrgico-urgência, alta de box e sala vermelha, PS, eletivos (7); Via SISLEITOS e avaliação do quadro clínico pelo Médico (1); A tomada de decisão é feita com os gestores envolvidos (1).
Interface com os serviços	A interface entre as equipes é boa (3); Por vezes complicada (1) e conflituosa em alguns momentos (1); Vivemos apagando incêndio, criando leitos onde fisicamente não podem existir (1); A comunicação é direta com visitas às unidades assistenciais, ou por telefone ou mesmo por aplicativo de mensagens (2).
Otimização dos leitos	Identificação, monitoramento e resolução das pendências (8); Garantir uma assistência de qualidade (4), segura e livre de danos (2), diminui o tempo de internação, aumentando a rotatividade dos leitos; Utilização de plano terapêutico singular (PTS) envolvendo os profissionais que podem contribuir para a solução da demanda que está segurando o paciente no leito (1).
Continuidade do trabalho	O enfermeiro contribui fazendo a contra-referência do paciente para a área de abrangência para a continuidade do cuidado, evitando reinternações precoces (3); Atuando na utilização dos fluxos entre as unidades de internação e entre os diferentes serviços de saúde (2).
Resultados da atuação do enfermeiro	Foi observado redução do tempo médio de permanência do paciente (6); Maior rotatividade dos leitos (4); Desafogamento da emergência/pronto socorro (2); Melhora da comunicação (1); Transparência (1); Desvinculação do leito hospitalar ao profissional médico (1); Percebido que muito ainda precisa ser feito, e conquistado nosso espaço todos os dias (1).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.528-537

A segunda categoria mostra aspectos relacionados ao resultado da atuação do enfermeiro na Gestão de Leitos: atividades desenvolvidas, tomada de decisão, interface com os serviços, indicadores tais como taxa de ocupação, tempo médio de permanência, otimização dos leitos e trabalho do enfermeiro para a continuidade do cuidado.

Quadro 3. Categoria 3 – Dificuldades e potencialidades nos processos de trabalho da Gestão de Leitos. Brasília-DF, 2020.

Subcategorias	Unidades de Registro
Dificuldades enfrentadas	Uma das maiores dificuldades é a ausência de leitos em bom estado disponível para alocar os pacientes (8); Fragilidade na comunicação com as unidades de internação (8) caracterizada por enfrentamento com enfermeiro do plantão para admissão de pacientes sem condições clínicas para serem mantidos em enfermarias; Falta de RH (4) com sobrecarga e acúmulo de competências; Falta de gestores capacitados para atuar na área da gestão de leitos (2); Resgatar os egressos de UTI dentro do tempo preconizado pelas portarias (2); Falta de médicos para discussão dos casos clínicos (2); Desconhecimento pela equipe das unidades assistenciais do papel desenvolvido pela Gestão de Leitos (2).
Potencialidades visualizadas	Conhecimento do perfil clínico do paciente e a visão de cuidado (4); Agilizar o processo de trabalho (3) relacionado a diminuir o tempo de espera das cirurgias dos pacientes internados, diminuir o tempo de espera para procedimentos ambulatoriais, agilizar transferência para as Unidades de Internação do Hospital e/ou outras Unidades Hospitalares da Retaguarda; reduzir o número de pacientes na Emergência; Informatização dos processos assistenciais e administrativos (2); Cumprimento dos protocolos assistenciais relacionados a gestão de leitos (1).

A terceira categoria mostra aspectos relacionados às dificuldades enfrentadas e às potencialidades visualizadas nos processos de trabalho da gestão de leitos.

4. Discussão

A multifuncionalidade, característica da formação em enfermagem, possibilita a expansão dos espaços de atuação dos profissionais em todos os processos e procedimentos do SUS, inclusive na gestão, coordenação de programas, gerenciamento de leitos e assistência (Silva & Machado, 2020). Sendo assim, a qualificação necessária para atuar na gestão de leitos, segundo os respondentes, deve estar atrelada ao conhecimento sobre gestão e assistência, proatividade, conhecimento do funcionamento do hospital, e interação/articulação com as categorias profissionais intra-hospitalar e com os demais serviços da rede assistencial.

Em consonância com tais dados, Borges, Bernardino, Stegani e Tonini (2020) ressaltaram que para gerenciar sistemas de saúde e relacionar-se com as equipes de saúde, há uma necessidade de enfermeiros altamente qualificados. Além do conhecimento na gestão e na assistência, o enfermeiro deve apresentar habilidades como liderança, tomada de decisão, trabalho em equipe, flexibilidade e negociação, comunicação e agilidade.

A atuação do enfermeiro, segundo os respondentes, está relacionada a processos sobre tomada de decisão, interface com os serviços, otimização dos leitos, elaboração de medidas gerenciais para a resolutividade das pendências e, em menor escala, ações que favoreçam a continuidade do cuidado pós-alta hospitalar.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.528-537

De maneira geral, a gestão de leitos exerce a função de estabelecer e monitorar os indicadores hospitalares, subsidiar discussões a respeito do perfil dos leitos hospitalares, fazer uso racional dos recursos hospitalares, praticar gestão das clínicas, acionar a rede de atenção à saúde para promover cuidado integral ao paciente e propor e atualizar os protocolos clínicos, terapêuticos e administrativos (Brasil, 2017).

Atualmente, o gerenciamento de leitos é considerado uma ferramenta importante de aprimoramento do fluxo do paciente, podendo ser executada por médicos e enfermeiros, com caráter estratégico e operacional. O manejo de leitos realizado por estes profissionais consiste em organizar a alocação de novas admissões para leitos vagos, por meio do conhecimento em tempo real do censo hospitalar e das demandas por internação (Soares, 2017).

A tomada de decisão, conforme foi colocado, ocorre pela avaliação do quadro clínico do paciente, atendendo aos critérios de prioridade, e com o apoio dos gestores envolvidos. Estudo semelhante realizado em hospitais públicos do DF revelou que a tomada de decisão ainda acontece a partir das relações de poder existentes no local, e que sofre influência do modelo assistencial vigente, no caso, o modelo biomédico, centrado na figura do médico como o principal tomador das decisões (Oliveira & Bittencourt, 2020).

A interface entre as equipes das unidades assistenciais foi entendida como boa por alguns e como complicada e conflituosa por outros, cursando com estresse, revelado nas falas dos respondentes*: "Vivemos apagando incêndio, criando leitos onde fisicamente não podem existir".* Considerando-se o cenário do serviço público, de pouca oferta para grande demanda, embora a decisão de admitir e tratar pacientes seja responsabilidade dos médicos, são os enfermeiros os principais responsáveis pelo gerenciamento da capacidade total dos leitos (Borges, Bernardino, Stegani & Tonini, 2020).

Sendo a média de internação variável, os gestores precisam de previsões adequadas sobre tempo médio de permanência e taxa de ocupação (Raffa, Malik & Pinochet, 2017). Indicadores de produtividade são consideráveis no gerenciamento de leitos e quando se tem gestão eficaz, os leitos giram mais rapidamente e, por consequência, a taxa de ocupação e o tempo médio de permanência permanecem dentro dos padrões estipulados (Grala, Araújo & Guerreiro, 2020).

De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar, o tempo médio de permanência (TMP) ideal para hospitais de grande porte é de 4 a 5 dias, e a taxa de ocupação (TO) entre 80% e 85%. Um TMP maior que 7 dias está relacionado a um maior risco de infecção hospitalar. Uma TO abaixo de 75% indica baixa utilização e ineficiência na gestão do hospital. A utilização inadequada desse recurso pode indicar falha no planejamento do hospital ou inadequada articulação com a rede de serviços (Oliveira & Bittencourt, 2020).

A contra-referência dos pacientes pós-alta hospitalar para a área de abrangência foi apontada como uma das ações desenvolvidas no intuito de promover a continuidade do cuidado e a desospitalização precoce segura. A presença do enfermeiro na equipe esteve relacionada a maior rotatividade dos leitos, desafogamento da emergência, transparência no uso dos recursos e desvinculação do leito hospitalar ao profissional médico, corroborando os achados de Borges, Bernardino, Stegani e Tonini (2020). Esses autores apresentaram uma série de bons resultados, os quais caracterizaram a performance do enfermeiro como uma "ponte" entre o leito hospitalar e o paciente.

Os aspectos evidenciados sobre as dificuldades enfrentadas estavam relacionados principalmente a falta de leitos disponíveis e funcionantes para alocar os pacientes e a fragilidade na comunicação com as unidades assistenciais, caracterizadas principalmente por enfrentamento com o enfermeiro do plantão no processo de admissão/alocação dos pacientes. Estudo similar aponta que o número de leitos disponíveis para a população está diminuindo no mundo todo, de forma que os leitos existentes merecem atenção especial para que se consiga, por meio deles, melhores resultados, seja do ponto de vista assistencial ou financeiro.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.528-537

O estudo também relatou dificuldades de integração entre as unidades, problemas de comunicação e busca de objetivos dissociados, que podem não contribuir para o alcance de bons resultados nos processos de atendimento (Raffa, Malik & Pinochet, 2017).

O atraso na liberação dos leitos corrobora o atraso na admissão de pacientes, na alocação dos mesmos em leitos inapropriados (clínico *versus* cirúrgico, feminino *versus* masculino, utilização de isolamento sem indicação), no cancelamento de cirurgias eletivas, na demora de transferência de pacientes entre as unidades, no resgate de pacientes egressos de UTI, podendo elevar o tempo médio de permanência, expondo o paciente a eventos adversos evitáveis, como infecção, além de aumentar os custos da instituição e reduzir a qualidade da assistência (Castro Machado & Machado, 2019).

Algumas potencialidades que envolvem o processo de fazer gestão de leitos foram consideradas pelos enfermeiros, tais como: o conhecimento adequado do perfil clínico do paciente e a visão integral do cuidado; a informatização dos processos assistenciais e administrativos por meio do SISREG, SISLEITOS, trakcare, entre outros. O principal objetivo de um sistema de informação é apoiar e provocar mudanças na organização para melhorar o funcionamento dos processos de trabalho e o cuidado da saúde. Esses sistemas têm se configurado como instrumentos que podem proporcionar muitas contribuições ao setor Saúde (Cavalcante, Ferreira & Silva, 2011).

O conhecimento adequado do perfil clínico do paciente e a visão integral do cuidado, como potencialidades identificadas, são características intrínsecas da enfermagem e, mesmo com todos os avanços tecnológicos, essas habilidades, inerentes à profissão, assegurarão o lugar da Enfermagem em uma sociedade dominada pela tecnologia e pelo progresso científico. No entanto, para Fernandes, Esteves, Teixeira e Gherardi-Donato (2018), é necessário que a categoria reconheça seu próprio valor, tenha consciência das mudanças e cultive as características que legitimam a nossa humanidade, como relacionamento interpessoal, criatividade, presença e atenção, acolhimento e escuta, compaixão e capacidade contínua de aprendizado.

5. Conclusões

O gerenciamento dos leitos é uma atividade recentemente implantada nos hospitais públicos e privados e configura-se num campo de atuação em que a enfermagem vem ganhando espaço para agir de forma multidisciplinar, integrada a outras áreas e com liderança. Constitui-se como um serviço complexo que envolve todo o hospital e a rede de atenção à saúde num processo de trabalho que vai da admissão à desospitalização do paciente.

Este estudo identificou 3 categorias e 10 subcategorias relacionadas e interligadas entre si quanto ao processo da gestão dos leitos hospitalares. Na primeira categoria, evidenciaram-se aspectos importantes relacionados à composição e à qualificação da equipe. Na segunda categoria, ressaltou-se a importância da expertise em gestão e assistência, no entanto, foi apontado o interesse do profissional em querer aprender os diferentes processos de trabalho, visto que, devido à carência de recursos humanos nos serviços públicos, esses núcleos têm recebido um quantitativo maior de servidores sob restrição médica com a justificativa de tratar-se de serviço administrativo.

Destacou-se, também, a atuação da equipe, e principalmente do enfermeiro, diante dos enfrentamentos diários para equilibrar a relação entre a demanda e a oferta pelos serviços hospitalares. Evidenciou-se, ainda, a transparência dos processos, o desconhecimento da equipe assistencial sobre a autonomia que deve ter o time da gestão no gerenciamento dos leitos e a desvinculação do leito hospitalar ao profissional médico.

E, por último, na terceira categoria, quanto à atuação do enfermeiro na gestão de leitos, foram observadas potencialidades e dificuldades. Tais dificuldades estão relacionadas tanto à falta de leitos disponíveis e funcionantes como à comunicação entre as unidades assistenciais.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.528-537

Essa se configura como uma área em expansão que requer regulamentação, aperfeiçoamento e apoio da alta gestão no desenho e gerenciamento dos fluxos internos e externos nos diversos pontos de atenção à saúde.

O estudo teve como limitação a ausência de interação entre pesquisadores e participantes, por ter sido uma coleta de dados por meio de redes sociais. Algumas respostas descritivas foram difíceis de serem interpretadas. Também não foi devolvido aos participantes o consolidado das informações qualitativas para confirmar as interpretações, devido à limitação no cronograma. Estas limitações sugerem que o desenho de pesquisas qualitativas que se utilizam das redes sociais deva possibilitar mais de uma entrevista.

6. Referências

Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.

Borges, F., Bernardino, E., Stegani, M. M., & Tonini, N. S. (2020). Atuação de enfermeiros na gestão de leitos de um hospital de ensino. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *73*(4), 1-8.

Brasil. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 26*, 9273-9275.

Brasil. Ministério da Saúde. (2013). Portaria Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília: Ministério da Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 253*, Seção 1, 54-56.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. (2017). *Manual de implantação e implementação: Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados*. Ministério da Saúde.

Castro Machado, D., & Machado, A. C. A. (2019). A otimização do processo de gerenciamento de leitos e alta hospitalar. *Saúde Coletiva (Barueri)*, *9*(50), 1866-1872.

Cavalcante, R. B., Ferreira, M. N., & Silva, P.C. (2011). Sistemas de Informação em Saúde: Possibilidades e desafios. *Revista de Enfermagem da UFSM, 1*(2), 290-299.

Costa, B. R. L. (2018). Bola de neve virtual: O uso das redes sociais virtuais no processo de coleta de dados de uma pesquisa científica. *Revista Interdisciplinar de Gestão Social*, *7*(1), p. 15-37.

Creswell, J. W. (2014). *Investigação Qualitativa e Projeto de Pesquisa: Escolhendo entre Cinco Abordagens*. Penso.

Fernandes, M. N. F., Esteves, R. B., Teixeira, C. A. B., & Gherardi-Donato, E. C. S. (2018). O presente e o futuro da Enfermagem no Admirável Mundo Novo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *52*, e03356.

Flick, U. (2009). *Qualidade na pesquisa qualitativa*. Artmed.

Fundação Oswaldo Cruz. (2019). Boletim Informativo do Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS), 4, fev./2019. Monitoramento da assistência hospitalar no Brasil (2009-2017).

Grala, A. P. D. P., Araújo, A. C., & Guerreiro, P. O. (2020). Taxa de ocupação e média de permanência em quatro hospitais de um município sul-brasileiro. *J. Nurs. Health*, 20103001-20103001.

Minayo, M. C. D. S. (2012). Análise qualitativa: Teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, *17*, 621-626.

Miranda, G. M. D., Mendes, A. C. G., & Silva, A. L. A. (2017). O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. *Saúde e Sociedade, 26*, 329-335.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.528-537

Oliveira, B. P., & Bittencourt, R. J. (2020). Avaliação por triangulação de métodos de um núcleo de gestão de leitos em um hospital público do distrito federal. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde, 9*(3), 406-432.

Raffa, C., Malik, A. M., & Pinochet, L. H. C. (2017). O desafio de mapear variáveis na gestão de leitos em organizações hospitalares privadas. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, *6*(2), 124-141.

Silva, M. C. N., & Machado, M. H. (2020). Sistema de Saúde e Trabalho: Desafios para a Enfermagem no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, *25*(1), 7-13.

Soares, V. S. (2017). Análise dos Núcleos Internos de Regulação hospitalares de uma capital. *Einstein (São Paulo)*, *15*(3), 339-343.

Wasgen, A. M., da Silva Terres, M., & Machado, B. F. H. (2019). O impacto do gerenciamento de leitos na gestão hospitalar. *Revista Hospitalidade 16*(2), 31-49.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.528-537

Pré-natal de Risco Habitual e Alto Risco: Estudo Qualitativo sobre Percepções de Mulheres

Marcia Regina Cangiani Fabbro[1], Jamile Claro de Castro Bussadori[1], Monika Wernet[1], Bruna Felisberto de Souza[2], Andrea dos Reis Fermiano[2] e Maria Aparecida Gracélia Sousa[3]

[1] Departamento de Enfermagem. Programa de Pós-Gradução em Enfermagem. Universidade Federal de São Carlos, Brasil | mfabbbro@gmail.com; jamilebussadori@gmail.com; monika.wernet@gmail.com | https://orcid.org/0000-0003-2601-8818; https://orcid.org/0000-0002-3048-5593; https://orcid.org/0000-0002-1194-3261

[2] Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de São Carlos, Brasil | souza.brunaf@gmail.com; fermiand@yahoo.com.br | https://orcid.org/0000-0003-1858-8896; https://orcid.org/0000-0003-0279-0635

[3] Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Gradução em Enfermagem. Universidade Federal de São Carlos, Brasil. | gracelia-sousa@hotmail.com | https://orcid.org/0000-0002-9724-6538

Resumo: A avaliação de um serviço de pré-natal sob a ótica de gestantes é um poderoso instrumento que possibilita adensar conhecimentos e contribuir com transformações nas práticas de saúde, qualificando-as. Objetivo: Analisar percepções de mulheres, gestantes de risco habitual e puérperas que gestaram sob o diagnóstico de alto risco, acerca da atenção pré-natal recebida. Método: Estudo qualitativo, desenvolvido em 2018 e 2019, junto a 30 gestantes de risco habitual e 7 puérperas de alto risco inseridas na atenção pré-natal de cidade do interior paulista. A obtenção dos dados ocorreu a partir de entrevista semiestruturada em encontro único. Os referenciais do Interacionismo Simbólico, quadro conceitual de experiência positiva na gestação e Análise Temática sustentaram o estudo. Resultados: O pré-natal foi vivenciado sob um contexto interacional pouco acolhedor e até desrespeitoso, o que imprimiu limitações à autonomia para questões da gestação, parto e nascimento e para o estabelecimento do apoio social, o que dificultou o empoderamento pessoal das mulheres para enfrentar as situações adversas da gestação e parto. Duas categorias temáticas detalham os achados: “Interações com profissionais”, “Entraves no apoio informacional para gestação, parto e nascimento”. Conclusão: A atenção pré-natal esteve descrita e centrada em clínica biomédica, com insuficiências relacionais entre profissionais e mulheres e de pouco alcance às singularidades, em especial no âmbito informacional, com escassez de abordagem do parto no pré-natal. Infere-se que a pesquisa qualitativa, sobretudo a estratégia de entrevista, imprime um meio de valorar o diálogo horizontal e é recurso que promove interações subjetivas genuínas.

Palavras-chave: Cuidado Pré-natal; Gestantes; Atenção Primária à Saúde; Atenção Secundária à Saúde; Lacunas da Prática Profissional.

Habitual Risk and High Risk Prenatal: A Qualitative Study on Women's Perceptions

Abstract: The evaluation of a prenatal service from the point of view of pregnant women is a powerful tool that allows to increase knowledge and contribute to changes in health practices, qualifying them. Objective: To analyze the perceptions of women, pregnant women of habitual risk and high-risk mothers about prenatal care. Method: Qualitative study, developed in 2018 and 2019, with 30 pregnant women at usual risk and 7 high-risk puerperal women inserted in prenatal care in a city in the interior of São Paulo. Data were obtained from a semi-structured interview in a single meeting. The references of Symbolic Interactionism, conceptual framework of positive experience in pregnancy and Thematic Analysis supported the study. Results: Prenatal care was experienced under an unwelcoming and even disrespectful interactional context, which imposed limitations on autonomy for issues of pregnancy, childbirth and birth and for the establishment of social support, which hindered the personal empowerment of women to face adverse situations of pregnancy and childbirth. Two thematic categories detail the findings: "Interactions with professionals", "Barriers to information support for pregnancy, childbirth and birth". Conclusion: Prenatal care was described and centered on a biomedical clinic, with relational insufficiencies between professionals and women and with little scope for singularities, especially in the informational scope, with a lack of approach to prenatal delivery. It is inferred that qualitative research, especially the interview strategy, provides a means of valuing horizontal dialogue and is a resource that promotes genuine subjective interactions.

Keywords: Prenatal Care; Pregnant Women; Primary Health Care; Secondary Care; Professional Practice Gaps.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.538-546

1. Introdução

O Pré-natal (PN) no Brasil é desenvolvido pela Atenção Primária em Saúde (APS) quando de risco habitual e é ação programática da Atenção Especializada (AE), quando de alto risco, ambos intencionam alcances nos indicadores da morbimortalidade materna e infantil (Ministério da Saúde, 2012; Mascarenhas et al., 2017) e também uma experiência positiva às mulheres (Ministério da Saúde, 2012; World Health Organization, 2016).

Segundo Costa et al. (2005) a atenção pré-natal visa estabelecer um processo de vigilância à saúde das gestantes, com o propósito de controlar eventuais riscos. Para tanto, necessita garantir avaliação contínua de riscos obstétricos e proporcionar recurso ambulatorial e hospitalar adequado ao atendimento desses riscos. As situações que envolvem fatores clínicos mais relevantes (risco real) e/ou fatores evitáveis que demandem intervenções com maior densidade tecnológica devem ser referenciadas para um acompanhamento em pré-natal de alto risco, podendo, contudo, retornar ao nível primário, quando se considerar a situação resolvida e/ou a intervenção já realizada. De qualquer maneira, a unidade básica de saúde deve ser responsável pelo seguimento da gestante encaminhada a serviço especializado, mantendo a atenção básica como porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde e ordenadora do sistema de saúde brasileiro (Ministério da Saúde, 2012).

No Brasil, houve ampliação do acesso e da cobertura da atenção PN (Tomasi et al., 2017; Luz et al., 2018), contudo não vem se traduzindo em qualidade (Tomasi et al., 2017), mantendo insuficiências em termos de acolhimento e apoio integral às gestantes (Silva et al., 2019).

Embora as experiências das mulheres no período perinatal sejam influenciadas pelas suas crenças, valores e expectativas (Vogels-Broke et al., 2020; Benincasa et al., 2019), ter uma experiência positiva com o PN possui relação direta com as experiências interacionais junto aos profissionais de saúde e gera impacto na forma como se percebe a qualidade do cuidado dispensado (Gaiva et al., 2017).

Assim, independentemente do risco gestacional, o modelo de cuidado deve visar uma experiência positiva, elencando a mulher como elemento central do processo e incorporando, além do bem-estar físico, as dimensões socioculturais e emocionais. É necessário considerar, para além da sobrevivência das mulheres e bebês, que os mesmos prosperem e alcancem todo o seu potencial para a saúde e a vida, dentro de uma atenção clínica e emocionalmente segura (World Health Organization, 2016; World Health Organization, 2018). Acessar a perspectiva de mulheres acerca do PN é possibilidade para adensar conhecimentos e contribuir com transformações nas práticas de saúde, qualificando-as (Andrade et al., 2019).

Desse modo, a qualificação da atenção em saúde é investimento prioritário (Costa et al., 2016). Considerando o pré-natal a etapa inicial da implementação de uma experiência positiva, além de desempenhar papel de rastreio, diagnóstico e prevenção de doenças durante a gestação, a assistência pré-natal deve proporcionar a educação em saúde. Mulheres informadas e apoiadas sobre as vivências implicadas no gestar, parir e cuidar, e em especial, sobre suas situações de risco, são mais preparadas para assumir o protagonismo no parto e na transição para uma maternidade saudável (Souza et al., 2020).

Frente ao exposto, este estudo tomou como pergunta “Como mulheres que estão a vivenciar o PN na APS e na AE o percebem? O que apontam para sua qualificação?”. O objetivo desta pesquisa foi analisar as percepções de gestantes de risco habitual e de puérperas que gestaram sob o diagnóstico de alto risco, acerca da atenção pré-natal.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.538-546

2. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória voltado à experiência de mulheres com o pré-natal de risco habitual e o pré-natal de alto risco. O estudo apoia-se no referencial teórico do Interacionismo Simbólico (Charon, 2009) por ser sensível ao que é vivido nas interações sociais e as consequentes (re)interpretações simbólicas derivadas delas e, pelo quadro conceitual da experiência positiva na gestação (Who, 2016), cujas interações e intervenções devem ocorrer com base em evidências científicas e cuidado individualizado na figura da mulher.

Este estudo ocorreu em um município do interior do estado de São Paulo, Brasil, cuja atenção pré-natal de risco habitual é integralmente realizada na APS e a gestação de alto risco conduzida em AE. Foi desenvolvido nos anos de 2018 e 2019 e integra dois estudos maiores de doutoramento, intitulados “Alcances de Programa de Visitação no pré-natal de alto risco” e “Avaliação do pré-natal segundo indicadores de saúde, gestantes, puérperas e profissionais” que estão em curso simultaneamente desde 2018 e aprovados em Comitê de Ética sob parecer números 2.467.7332 e 2.761.178, respectivamente.

As participantes foram gestantes e puérperas que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: ser maior de 18 anos, estar em acompanhamento e/ou ter realizado acompanhamento PN na APS ou Serviço Especializado e, quando em acompanhamento, ter vivenciado pelo menos três consultas de PN. Como de exclusão: não conseguir emitir uma narrativa compreensível ao convite para a entrevista.

Para a coleta de dados optou-se por realizar entrevista semiestruturada com as mulheres disparadas pelas questões: ‘Como vem percebendo a atenção pré-natal recebida?’, ‘Destaque algum aspecto que tem gostado e ficado satisfeita.’; ‘O que pensa que pode ser melhorado e por quê?’ ‘Como foi sua experiência de pré-natal?’. Outras perguntas vieram a ser apresentadas na direção de compreensão do exposto pelas participantes. Ademais, um questionário sociodemográfico e de antecedentes obstétricos, elaborado pelas próprias autoras, foi aplicado a fim de caracterizar as mulheres.

As entrevistas com as gestantes de risco habitual foram conduzidas pela penúltima autora e desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da família. Ao ingressarem nas unidades de saúde para realização de consulta PN, a pesquisadora conduzia às mulheres a uma sala reservada, apresentava as estratégias e objetivos da presente pesquisa e posteriormente, fazia o convite para ingressarem no estudo. As entrevistas com as puérperas que gestaram sob alto risco foram realizadas no domicílio das mesmas. Tais puérperas integravam estudo de visitação domiciliar supracitado e aceitaram colaborar com a entrevista sobre as percepções do pré-natal de alto risco recebido, conduzida pela última autora deste artigo. Nas instituições de saúde ou no domicílio das mulheres, os objetivos do estudo eram retomados com posterior certificação do interesse em colaborar com a pesquisa. A leitura conjunta do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido era desenvolvida e após sua assinatura, a entrevista tinha seu início. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio e, posteriormente transcritas na íntegra. A duração média de entrevistas com gestantes de risco habitual foi de 25 minutos e, de 50 minutos com puérperas de alto risco e não houve retorno das análises efetuadas às gestantes e puérperas.

Um total de trinta mulheres que realizavam o pré-natal de risco habitual foram entrevistadas. Por volta da 20ª entrevista os dados já assinalavam saturação por significado, isto é, o conjunto de dados asseguravam elementos suficientes em densidade e recorrência acerca do fenômeno em exploração (Hennink, Kaiser & Marconi, 2017), contudo, mesmo a saturação ter se mostrado aparente, as pesquisadoras decidiram por manter o processo de entrevista, não excluindo os demais depoimentos. Com relação às puérperas de alto risco, foram realizadas nove entrevistas, sendo uma excluída por narrativa incompreensível, e a outra por desistência, totalizando sete mulheres.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.538-546

A participação dessas mulheres estava regulada à sua entrada no projeto de visitação domiciliar, não sendo possível alcançar um quantitativo mais expressivo, fato que não comprometeu a qualidade dos depoimentos sobre o pré-natal de alto risco.

A análise, interpretações e organização dos depoimentos foram conduzidas por meio do referencial metodológico da análise temática de Bardin (Bardin, 2014). Tal técnica dispõe de três etapas em seu processo analítico: (1) Pré-análise: com objetivo de organizar o material, pela "leitura flutuante" das entrevistas transcritas para identificar as impressões iniciais; (2) Exploração do material: por meio da codificação do conteúdo por unidade de registro e unidade de contexto, com intuito de categorizar os dados; (3) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: procedimento em que são agrupados os conteúdos e comparados para identificar semelhanças ou divergências entre as categorias existentes.

Na intenção do anonimato, os excertos foram identificados pela letra 'G', quando gestantes, seguida por um algarismo arábico em ordem crescente, retratando a entrada no estudo, além da idade e paridade da participante. E, quando puérperas, os excertos foram identificados pela letra 'P', seguida por um algarismo arábico em ordem crescente, retratando a entrada no estudo.

3. Resultados e Discussões

Foram entrevistadas trinta (30) gestantes de risco habitual, cujo perfil foi: 20 (67%) tinham idade entre 18 e 25 anos, 7 (23%) entre 26 e 30 anos e 3 (10%) entre 31 e 35 anos. A gravidez não foi planejada para 21 (70%) e planejada para 9 (30%). Era a primeira gestação para 13 mulheres (43%) e 17 (57%) já tinham pelo menos, um filho. Possuíam vida conjugal 12 (40%) delas, 14 (47%) estavam solteiras e duas (6%) não quiseram informar. Quanto a profissão ou ocupação, 18 (60%) estavam exercendo algum tipo de atividade remunerada, 10 (33%) estavam desempregadas ou sem ocupação e não obtivemos os dados de 2 (7%) que não quiseram identificar. Quanto à escolaridade, 19 (63%) frequentaram até o ensino médio, 5 (17%) até o ensino fundamental e 6 (20%) não quiseram identificar. A maioria se declarou branca.

Foram entrevistadas sete (7) puérperas de alto risco, cujo perfil foi: média de idade de 31 anos, variando de 24 a 38 anos; 42,8% se autodeclaram negras, 28,6% pardas e 28,6% brancas e, a maioria referiu ter relação conjugal oficializada (85,7%). Referente à escolaridade, todas tinham no mínimo o ensino fundamental, sendo que 28,6% tinham ensino médio completo, 14,2% ensino superior incompleto, e 14,2% pós-graduação. Somente 28,6% das participantes tinham vínculo empregatício, o restante era do lar. A maioria (86,7%) já havia passado por outra gestação, a hipertensão gestacional foi a patologia mais incidente na gestação referente (57,2%) e a via de nascimento a cesariana (71,4%).

Duas categorias temáticas emergiram após análise das entrevistas, são elas: "Interações com profissionais", "Entraves no apoio informacional para gestação, parto e nascimento" e representam os aspectos que compõe as percepções e apontamentos das mulheres acerca do PN.

3.1 Interações com Profissionais

As narrativas revelaram percepções de ser o PN significado de uma consulta protocolar com o profissional médico. Reconheceram que o (des)acolhimento é estruturado a partir dos procedimentos técnicos para avaliar a condição fisiológica da gestação, citam aferição de pressão arterial, peso e prescrição de exames nesse cuidado. A partir das percepções, o pré-natal é descrito enquanto consultas rápidas, de pouco espaço e disponibilidade dos profissionais.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.538-546

> *Você passa antes com as enfermeiras, elas marcam a sua pressão e peso. Quando não tem exame e nem ultrassom, ele (médico) marca o seu tempo de gestação e escuta o coração. Se ele quiser pedir algum exame ou outro ultrassom, ele pede, se não a consulta é isso e pronto, você não fica nem meia hora ali dentro, fica uns 10 minutos. Toda vez quase igual (G04, 30 anos, terceira gestação).*

> *As consultas sempre foram assim, aferia a pressão, esperava a chamada da médica, mostrava os exames e marcava o retorno e pronto. Só isso e mais nada. Às vezes ela perguntava se tinha alguma dúvida, mas às vezes nem perguntava nada (P2).*

As mulheres têm necessidade e desejo de serem ouvidas. O acolhimento, desde o momento em que chegam na unidade se faz necessário, porém aquém do ideal (Pereira et al., 2018). A presente pesquisa confirma tal apontamento, quando uma das mulheres compara o tratamento recebido em seu país natal com o tratamento recebido no serviço especializado de alto risco. Reconhece que um dos pontos a ser melhorado é o diálogo e a escuta.

Outras apreciações menos positivas do PN estiveram ancoradas em relações permeadas por comportamentos percebidos como de desinteresse e desrespeito por parte dos profissionais. Em ambas as situações, infere-se que as mulheres percebem e significam o PN enquanto superficial e a vinda nas consultas foi de pouca motivação e quase que sustentada pela obrigação de vir. No contexto de uma atenção voltada aos aspectos instrumentais, o parto, conforme relato das mulheres, não foi abordado nas consultas de pré-natal.

> *Eu achei muito rápido, muito pontual, minhas experiências são da Venezuela, e lá os ginecologistas são como uns papais, conversam bastante, aqui eles quase não conversam vão direto ao ponto, poderiam melhorar (P7).*

> *Eu acho uma falta de responsabilidade da parte dela (médica) porque está marcado para o horário certo lá, sempre demora, a gente tem outras coisas para fazer e tem que deixar de fazer para poder esperar a vontade dela chegar e atender os pacientes, então quando ela atende a gente é coisa de segundos. (G05, 18 anos, primeira gestação)*

> *Não, nenhuma dica se eu tivesse que fazer uma cesárea ou se eu fosse fazer um parto normal, nada. Nessa parte não falavam nada (P5).*

É premente investir na gestão do cuidado, na gestão de saúde com vistas a satisfação das gestantes, com alcances na adesão às consultas (Santos & Mamede, 2018). Diante disto, as denúncias deste estudo acerca do tempo de espera para serem atendidas é crítico e desrespeitoso.

Um atitudinal profissional voltado ao acolhimento, paciência, atenção e cuidado são significadas como uma necessidade para que a experiência seja positiva, principalmente diante dos sentimentos negativos que vêm à tona desse viver (Benincasa et al., 2019; Zanardo et al., 2017). Contudo, ainda que signifiquem e percebam as lacunas assistenciais da atenção pré-natal, as mulheres desse estudo também classificaram a experiência do cuidado com a presença de ações que denotaram avaliação da criança, com valoração diferenciada aos exames e à ausculta dos batimentos cardiofetais.

> *(…) ah eu gosto de vir para escutar o coraçãozinho dela (criança), ver se está tudo bem, então o que é legal é isso, não tem outra coisa (risos) (G14, 25 anos, quarta gestação).*

> *(PN envolve) muitos exames, ela (médica) pede exame toda vez que eu venho. Gosto dos exames, do ultrassom. (G05, 18 anos, primeira gestação).*

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.538-546

Na assistência à gestação, sobretudo a gestação de alto risco, os sinais vitais e o exame físico são fundamentais para o seguimento, pois configuram-se indicadores de alterações importantes. No entanto, diante dos relatos, percebe-se que esse cuidado se sobressai aos cuidados subjetivos, é a técnica em detrimento da experiência (Souza et al., 2020).

Ancorado nessas ideias e nos relatos, percebe-se a falta de escuta qualificada e interações com os profissionais. A partir deste entendimento, uma ação cotidiana é oferecer uma escuta sensível e perguntar sobre a existência de dúvidas e necessidades e, diante delas, ofertar a informação necessária para esclarecimento das mesmas, dando autonomia a essas mulheres para vivenciar a gestação em sua plenitude, com valoração das histórias e individualidades de cada mulher (Souza et al., 2020; Silva et al., 2016).

3.2 Entraves no Apoio Informacional para Gestação, Parto e Nascimento

As participantes intencionam obtenção de informações no PN, quando apontaram como evento determinante o desconforto na relação com o profissional. Nesse contexto, símbolos interpretados como afirmação da superioridade fizeram com que elas se sentissem desencorajadas e inseguras para apresentar dúvidas ou necessidades. Interpretar símbolos na atitude do profissional enquanto descaso e indiferença desdobravam-se em sentimentos de inferioridade e constrangimento, com consequente recolhimento na ação de perguntar/interagir. Ainda, a historicidade de relação truncada com o profissional e/ou serviço afetou negativamente seu modo de ser e estar no PN e limitou sua manifestação autêntica, sobretudo no âmbito da necessidade informacional. Quando o tema parto foi abordado, muitas vezes as primeiras tentativas de dialogo ocorriam por iniciativa da mulher.

> *(...) às vezes ela (médica) pergunta se eu tenho medo de alguma coisa e aí quando você não entende e faz alguma pergunta ela ficava assim (careta, longa pausa) e começa a explicar, parece que ela fala "você é burra hein". Não perguntei mais (G06, 24 anos, primeira gestação).*
>
> *(...) às vezes ela é meia seca, ela te dá umas, umas carcadinhas assim, sem querer. Eu nem perguntei mais (G17, 28 anos, segunda gestação).*
>
> *(risos) estou passando porque eu tenho que passar, ele (médico) é muito estúpido (...) É sempre assim, difícil. Daí a gente só ouve, fica com as dúvidas (G21, 20 anos, primeira gestação).*
>
> *Eu só fui falar de parto na última consulta com ela. Quando me consultei pela primeira vez, eu já queria esclarecer algumas dúvidas, mas ela (referindo-se a médica) falou assim "não, ainda não chegou a hora de falar sobre isso, isso daí só lá para frente" (P5).*

A pesquisa 'Nascer no Brasil' já revelou que persistem desafios para a qualidade do PN. No que se refere a informação sobre tipos de parto, por exemplo, os dados mostram baixa preferência pelo parto vaginal, sugerindo pouca importância desta informação para o processo de decisão das mulheres brasileiras (Domingues et al., 2014). A necessidade de informação existe e, diante do contexto interacional fragilizado junto ao profissional, recorreram a sua mãe e à internet, mas nem sempre sanam suas questões. Ao tentarem resolvê-las junto ao médico são recriminadas, quando relatam o uso da *internet.*

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.538-546

> *Tem vez que eu pergunto para o médico e tem vez que eu pesquiso na internet (risos) mas aí eu fico mais doida (risos) eu falo para ele (médico) que eu pesquisei, aí ele fala para eu sair da internet (G22, 19 anos, primeira gestação).*
>
> *Eu não pergunto para ninguém, eu fico mais na internet mesmo, vendo os vídeos, vendo as coisas, ainda não cheguei a perguntar para o médico (G19, 20 anos, primeira gestação).*
>
> *De dúvida geralmente é mais para minha mãe e pesquiso bastante na internet, a semana da gestação pesquiso no YouTube, o que é bom para eu comer, para estar se alimentando, porque não dá para conversar com o médico, ele só examina só e já tchau (G21, 20 anos, primeira gestação).*

Não é uma atitude acolhedora desconsiderar o uso internet e a obtenção de informações nas interações sociais em família. A internet é parte da vida moderna e deve ser incorporada às práticas de saúde e não substituí-las, para tanto, o profissional precisa transformar sua postura a fim de conciliar o uso dessa nova ferramenta, avaliando conteúdos *online* e integrando eles ao seu fazer (Lobo, 2018), bem como auxiliando as mulheres a localizarem as informações baseadas nas evidências científicas.

Questões acerca do parto são necessidades informativas recorrentes, quando em interações sociais distintas (como a sala de espera explicitada no enxerto abaixo) prevaleceram apontamentos de reprodução social do modelo de atenção obstétrica intervencionista como o seguro, de menor risco, em contraponto ao parto normal. Diante da insuficiência na abordagem desta temática, as mulheres discorreram e teceram recomendações sobre a necessidade de mais informação como estratégia ideal para a mudança neste cenário.

> *Eu conversei agora com ele (médico), eu vou fazer cesárea, por mais ouvir falar, tem pessoas que já tiveram recentemente nenê na família, que sofre muito, corre risco, que eles seguram até o último pra soltar a cesárea, e você ouve falar também né, de nenê que já morreu, então você acaba ficando com medo de esperar até o último dia da gestação (G02, 27 anos, primeira gestação).*
>
> *(…) não tenho intenção de fazer parto normal, ah, eu tenho medo, ai, tem comentários, diz que é sofrido demais, pesquisei na internet e eu acho que é muito sofrido (G27, 22 anos, segunda gestação).*
>
> *Aproveito a espera da consulta para perguntar para outras lá coisas que quero saber e que sei que não dá para perguntar para ro médico. É tudo rápido. Daí falo para outras pessoas, porque talvez elas saibam (G30, 30 anos, segunda gestação).*
>
> *(...) mais informação, porque a gente tem muitas dúvidas e eles não conversam muito sobre isso" (P2).*
>
> *Mais preparação. É importante você explicar os tipos de parto, para ficar preparada para os dois, porque não adianta você escolher um, porque chega lá na hora pode ser que não role (P3).*

As evidências científicas destacam que quando se priorizam intervenções educativas como estratégias que incentivam a intersubjetividade é possível promover abertura para um diálogo. Nesta direção, espaços coletivos e individuais de educação, sustentados no diálogo, são estratégicos. Buscar um diálogo igualitário e emancipador envolve uso apropriado da linguagem, atento ao espaço da interação verbal, mas também da interação não verbal (Gárcia-Carrión et al., 2020). O diálogo, quando estabelecido numa base igualitária, coloca todos envolvidos, independentemente da origem, *status* ou estudos, ao mesmo nível, uma vez que a força das reivindicações baseia-se na validade dos argumentos que se apoiam, em vez de em retóricas ou relações de poder (Torras-Gómez et al., 2020).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.538-546

4. Conclusões

Os atributos que determinaram representar a experiência do pré-natal enquanto positiva ou não, estiveram conectadas, neste estudo, sobretudo ao modelo de cuidado recebido durante o momento. Quando um cuidado humanizado e diretamente relacionado às boas práticas em saúde é valorizado, uma experiência exitosa no viver a gestação, parto e nascimento fica evidenciada.

Constatou-se que, tanto o PN de risco habitual quanto o de alto risco se expressam a partir de experiências interacionais superficiais, com "encontros" esvaziados e escassos esforços ao acolhimento. As mulheres revelam sentimentos de menosprezo, interações hierarquizadas, antidialógicas e, por vezes, desrespeitosas. Tais experiências possuem desdobramentos negativos à qualidade e, sobretudo, aos possíveis alcances do PN, uma vez que às mulheres foi ofertado pouco poder de fala e pouca aposta na autonomia. Ademais, a educação em saúde foi insuficiente, inclusive no que tange as discussões sobre vias de parto.

Como fatores de contribuição, este estudo aponta três balizadores para um PN de maior qualidade: ampliar o escopo da clínica, investir nas relações igualitárias e garantir apoio informacional. Eles estão imbricados e determinam mudanças atitudinais do profissional e da forma como a gestão do cuidado é conduzida. A sugestão aqui colocada é de apostar no diálogo igualitário e na escuta genuína, para que seja possível pensar criticamente no modelo de saúde obstétrico vigente no Brasil e discuti-lo, de forma crítico-reflexiva, visando os alcances do PN em sua integralidade.

Infere-se que a oferta de um espaço de escuta qualificada, por meio de entrevistas, como no método qualitativo, valoram relações intersubjetivas e podem ter operado como dispositivos para que, algumas destas mulheres pudessem se ouvir e, com isso, abrir a possibilidade de um questionamento sobre si, através do recurso da palavra.

O método qualitativo poderia ainda contribuir na compreensão da dimensão subjetiva do trabalho em saúde, ao reconhecer a contribuição singular de cada profissional de saúde. Neste sentido, a formação em saúde implica considerar que os processos de aprendizagem não se dão somente pelas dimensões cognitivas, mas também por uma elaboração psíquica apoiada nas vivências subjetivas dos profissionais. Assim, recomenda-se maior exploração dessa metodologia para o contexto do pré-natal.

5. Referências

Andrade, U. V., Santos, J. B., & Duarte, C. (2019). Pregnant women perception of the quality of prenatal care at UBS, Campo Grande, MS. *Psicologia & Saúde*, 11(1), 53-61. https://dx.doi.org/10.20435/pssa.v0i0.585

Bardin, L. (2014). *Análise do conteúdo*. Lisboa: Editora 70.

Benincasa, M., Navarro, A., Bettiol, N. L. S, & Heleno, M. G. (2019). Percepções de mulheres sobre o momento do parto e a assistência obstétrica recebida. *Cadernos de Gênero e Diversidade*, 5(4), 63-88. http://dx.doi.org/10.9771/cgd.v5i4.29172

Ministério da Saúde. (2012). *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. (1st ed.). http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf

Costa, L. D., Cura, C. C., Perondi, A. R., França, V. F., & Bortoloti, D. S. (2016). Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. *Cogitare Enfermagem*, 21(2), 1-8. http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i2dd192

Costa, A. M., Guilhem, D., & Walter, M. I. M. T. (2005). Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, 39(5), 768-774. https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000500011

Charon, J. M. (2009). *Symbolic Interacionism: an Introduction, an Interpretation, an Integration*. Pearson.

Domingues, R. M. S. M., Dias, M. A. B., Nakamura-Pereira, M., Torres, J. A., d'Orsi, E., Pereira, A. P. E., Schilithz, A. O. C., & Leal, M. C. (2014). Process of decision-making regarding the mode of birth in Brazil: from the initial preference of women to the final mode of birth. *Cadernos de Saúde Pública*, 30 (Suppl. 1), S101-S116. https://doi.org/10.1590/0102-311X00105113

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.538-546

Gaíva, M. A. M., Palmeira, E. W. M., & Mufato, L. F. (2017) Women's perception of prenatal and delivery care in cases of neonatal death. *Escola Anna Nery,* 21(4), e20170018. https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0018

García-Carrión, R., Villardón-Gallego, L., Martínez-de-la-Hidalga, Z., & Marauri, J. (2020) Exploring the Impact of Dialogic Literacy Gatherings on Student's Relationships With a Comunicative Approach. *Qualitative Inquiry,* 26 (8-9), 996-1002. https://doi.org/10.1177/1077800420938879.

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. https://doi.org/10.1177/1049732316665344

Lobo, L. C. (2018). Artificial Intelligence, the Future of Medicine and Medical Education. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 42 (3), 3-8. https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n3rb20180115editorial1

Luz, L. A., Aquino, R., & Medina, M. G. (2018). Evaluation of the quality of Prenatal Care in Brazil. *Saúde debate,* 42 (n. esp 2). https://doi.org/10.1590/0103-11042018S208

Mascarenhas, P. M., Silva, G. R., Reis, T. T., Casotti, C. A., & Nery, A. A. (2017). Analysis of maternal mortality. *Enfermagem UFPE on line*, 11(suppl 11), 4653-4662. https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i4a15257p1616-1624-2017

Pereira, A. G., Silva, F. O, Brasil, G. B., Rodrigues, I. L. A., & Nogueira, L. M. V. (2018) Perceptions of riverine pregnant women on prenatal care. *Cogitare Enfermagem,* 23 (4), e54422. http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i4.54422

Santos, P. P., & Mamede, F. V. (2018). Evaluation of prenatal care in primary care in the perception of pregnant women. *Revista Gaúcha de Enfermagem***,** 39, e20180077. http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180077

Silva, D. V., Silveira, M. D., & Gomes-Sponholz, F. A. (2016). Experiences with severe maternal morbidity: a qualitative study on the perception of women. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69 (4), 662-668. http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690407i

Silva, A. A., Jardim, M. J. A., Rios, C. T. F., Fonseca, L. M. B., & Coimbra, L. C. (2019). Prenatal care of risk pregnant women: potentialities and weaknesses. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 9 (e15), 1-19. https://doi.org/10.5902/2179769232336

Souza, B. F., Bussadori, J. C. C., Ayres J. R. C. M., Fabbro M. R, & Wernet, M. (2020). Nursing and hospitalized high-risk pregnant women: challenges for comprehensive care. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, 54, e03557. https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018036903557

Tomasi, E., Fernandes, P. A. A., Fisher, T., Siqueira, F. C. V., Silveira, D. S., Thumé, E., & Facchini, L. A. (2017). Quality of prenatal services in primary healthcare in Brazil: indicators and social inequalities. *Cadernos de Saúde Pública*, 33 (3), e00195815. https://doi.org/10.1590/0102-311x00195815

Torras-Gómes, E., Guo, M., & Ramis, M. (2020). Sociological Theory from Dialogic Democracy. *International and Multidisciplinary Journal of Social Sciences*, 8 (3), 216-234. http://dx.doi.org/10.17583/rimcis.2019.4919

Vogels-Broeke, M., Vries, R., & Nieuwenhuijze, M. (2020). Dimensions in women's experience of the perinatal period. *Midwifery*, 83, 102602. https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102602

Zanardo, G. L. P., Calderón, M., Nadal A. H. R., & Habigzang, L. F. (2017). Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicologia & Sociedade*, 29, e155043. https://doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29155043

World Health Organization. (2016). Who recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/

World Health Organization. (2018). Who recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.538-546

Aprendiendo a Trabajar en Colaboración con Mujeres de Bajos Ingresos Económicos en la Ciudad de Kingston, Ontario, Canadá: Reflexiones sobre un Proyecto de Investigación Acción Participativa

Pilar Camargo-Plazas[1], Jennifer Waite[1], Martha Whitfield[1] y Lenora Duhn[1]

[1] School of Nursing, Queen's University, Ontario, Canada | mdpc@queensu.ca; jmw11@queensu.ca; m.whitfield@queensu.ca; duhnl@queensu.ca | https://orcid.org/0000-0002-8349-7723; https://orcid.org/0000-0002-7335-2176; https://orcid.org/0000-0002-7631-9056; http://orcid.org/0000-0002-0401-953X

Resumen: El presente trabajo presenta los retos y desafíos generados por un proyecto de investigación acción participativa orientado a examinar el acceso a los servicios de salud y sociales para las mujeres que viven en condiciones de pobreza en Kingston, Ontario, Canadá. **Objetivo:** Describir nuestra experiencia implementando un trabajo participativo. **Métodos:** En este estudio usamos investigación acción participativa (IAP), investigación artística (foto voz), y metodologías interpretativas (hermenéutica fenomenológica). **Resultados:** Reportamos en este artículo nuestras experiencias con una organización sin animo de lucro en Kingston, así como también los desafíos y recompensas de este estudio. Igualmente, presentamos como hemos adaptado nuestro trabajo a las restricciones de COVID-19, mientras se sigue esforzando por mantener el impulso del estudio. **Conclusión:** Este proyecto nos ha dejado muchas enseñanzas como que requiere tiempo, adaptación y motivación para abordar una metodología participativa. Para lograr un cambio significativo y sostenido, debe habilitarse a través de una asociación, una que honre y beneficie a los más necesitados.

Palabras clave: Investigación Acción Participativa; Mujeres; Acceso; Sistema de Salud; Servicios Sociales.

Learning to Work in Collaboration with Women Living on a Low-income in Kingston, Ontario, Canada: A Participatory Action Research Project

Abstract: This paper presents our experience following participatory methodologies to understand the experience of access to health and social services for women living on low-income in Kingston, Ontario, Canada. **Goals:** The study aims are to describe and understand our experiences implementing a PAR study. **Methods:** In this study, we use participatory (PAR), art-based research (photovoice), and interpretive (hermeneutic phenomenological) approaches. **Results:** In this paper, we report our processes and experiences to date doing PAR with a not-for-profit organization in Kingston, Canada, both the challenges and the rewards, but most importantly the necessity of it for this context. This work has included the need to be adaptable and creative in light of COVID-19 restrictions, particularly while still striving to maintain study momentum. **Conclusion:** We have learned that a PAR study needs time, commitment and motivation. For meaningful, sustained change it must be enabled through partnership – one that honors and benefits those most in need.

Keywords: Participatory Action Research; Women; Access; Health; Social Services.

1. Introducción

La proporción de canadienses que viven en hogares de bajos ingresos—definido como un hogar que recibe menos de la mitad de la renta mediana después de impuestos fue del 14.2% (Statistics Canada, 2017a). Es decir que cerca de 1 en 7 o 4.9 millones de canadienses viven con bajos recursos económicos. La taza de pobreza para los hombres es de 13.4% y para las mujeres de 14.2% (Statistics Canada, 2017b). En la ciudad de Kingston con aproximadamente 123.798 habitantes el 14.8% vive en hogares de ingresos bajos. Siendo la taza de pobreza del 14% para los hombres y el 15.6% para las mujeres (Statistics Canada, 2017b).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.547-553

De acuerdo con esta información cerca de 19.000 mujeres viven en hogares de bajos ingresos en Kingston, Canadá, con las consecuencias que esto conlleva para la salud y bienestar físico y mental de este grupo poblacional. Se ha demostrado como aquellas mujeres que viven en hogares de bajos recursos enfrentan desigualdades que afectan su acceso integral a servicios sociales y de salud (Kiani et al., 2016; Socias et al., 2016). Todos estos problemas descritos demandan un proceso investigativo participativo.

La investigación acción participativa (IAP) ofrece el marco teórico y practico ideal para investigar las experiencias de acceso a los servicios de salud y sociales para las mujeres que viven con bajos recursos económicos en Kingston. Basado en el principio ético de la beneficencia un enfoque de acción participativa ayudará a estas mujeres, a obtener lo que es benéfico para ellas, o que promueva su bienestar y la justicia social (Braveman & Gottlieb, 2014; Chan et al., 2018). El desarrollo de una IAP requiere reconocer los retos, desafíos y recompensas que conlleva el proceso colaborativo. Usando como ejemplo el proyecto con mujeres de Kingston presentamos en este artículo nuestras experiencias, reflexiones, adaptaciones y modificaciones que hemos hecho de este proyecto a través del tiempo. A la luz de los siguientes cuestionamientos asumimos la tarea de compartir nuestra experiencia con la IAP. Entonces a través del texto presentamos ¿cuáles son los retos, desafíos y recompensas de la IAP?, ¿qué inspira nuestro trabajo?, ¿qué hemos aprendido al embarcarnos en un proyecto IAP? A continuación, presentamos una descripción de nuestro estudio, las metodologías y métodos utilizadas en este estudio, las respuestas a las preguntas formuladas arriba, finalizando con una descripción de nuestro aprendizaje y conclusión.

2. El Estudio

Siguiendo los lineamientos de una IAP, investigación artística y metodologías interpretativas, y en colaboración con un grupo de mujeres examinaremos como el género y el estatus socioeconómico afectan el acceso a los servicios sociales y de salud para las mujeres. Este trabajo de investigación ofrece la oportunidad para que mujeres, investigadores, profesionales de la salud y tomadores de decisiones determinen la forma más efectiva de atender a las necesidades de acceso a los servicios de salud y social identificados por los participantes de la investigación. El proyecto está desarrollado en colaboración con la organización sin ánimo de lucro Saint Vincent de Paul (SVDP) quien se encarga de brindar apoyo a personas y familias de bajos recursos económicos en Kingston.

Esta investigación fue aprobada por el comité de ética de Queen's University, en Kingston, Ontario. Tenemos planeado invitar a 20 mujeres de la comunidad con edades entre los 20-75 años. Las actividades de investigación incluyen foto voz, entrevistas individuales, círculos culturales, y movilización de resultados. Estas actividades serán explicadas en las siguientes secciones. El análisis de datos es participativo y sigue un lineamiento temático (van Manen, 2014). Para el análisis de datos seguimos el marco teórico de los determinantes sociales de la salud descritos por Loppie-Reading and Wien (2013) quienes clasifican los determinantes en: (1) distales o aquellos determinantes que a nivel macro afectan la salud de una población (ej. Aspectos estructurales, políticos, económicos y sociales de una nación); (2) intermedios son el origen de los determinantes proximales (ej. La infraestructura de una comunidad, sus recursos, sistemas y capacidades); y (3) proximales o aquellos determinantes que impactan la salud física, emocional, espiritual y mental de una población (ej. Hábitos de vida saludable, medio ambiente, educación, estatus socioeconómico). Este marco teórico guiará el análisis de datos y nos ayudará crear temas que serán abordados en los círculos culturales. En las siguientes secciones se presenta una descripción breve de las metodologías y métodos de recolección de datos, así como los desafíos y lecciones aprendidas hasta el momento en el desarrollo de nuestro proyecto participativo.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.547-553

3. Metodologías y Métodos

La IAP ofrece un enfoque participativo y de aprendizaje colectivo transformador y orientado al cambio social (Hacker, 2017; Oetzel et al., 2018). Miembros de la comunidad, representantes de organizaciones y los investigadores trabajan unidos en la coproducción de conocimiento que es práctico, colaborativo y potenciador (Hacker, 2017; Oetzel et al., 2018; Springer & Skolarus, 2019). En nuestro estudio empleamos un marco participativo para explorar como la distribución de los determinantes sociales (ej. Estatus socioeconómico y género) contribuyen a las desigualdades sociales y de salud de mujeres que viven en Kingston.

La investigación artística es una metodología cualitativa que utiliza procesos y expresiones artísticas como fuente primaria para explorar, comprender y representar la experiencia humana (Segal-Engelchin et al., 2020; Wang et al., 2017). La esencia de la investigación artística es el de crear colaboraciones entre miembros de la comunidad, participantes e investigadores los cuales coproducen un conocimiento único (Ottewell-Watson, 2014; Segal-Engelchin et al., 2020; Wang et al., 2017). En nuestro estudio, la investigación artística y especialmente la foto voz nos ayudará a explorar en profundidad las experiencias de acceso a los servicios sociales y de salud para las mujeres que viven en Kingston.

Igualmente, nuestro estudio sigue un enfoque fenomenológico hermenéutico para el análisis de datos (van Manen, 2014). Este método explora diferentes temas existenciales dimensiones humanas como la corporalidad, la relacionalidad, la temporalidad y la espacialidad (van Manen, 2014). Hasta la fecha, en nuestros trabajos de investigación, este enfoque ha sido capaz de capturar las experiencias vividas por grupos vulnerables a través de relatos escritos que representan su vida de manera profunda (Camargo Plazas et al., 2012; Cameron et al., 2014).

En nuestro estudio planeamos usar una combinación de métodos para describir y entender las experiencias de vida de las mujeres en Kingston, incluyendo (foto documentación, foto texto y entrevistas individuales), círculos culturales (Freire, 2013) y exhibición de arte como método de movilización de resultados. El objetivo es proporcionar varios niveles de reflexión a los participantes acerca de sus experiencias personales, así como ir más allá de nuestra agenda de investigación para facilitar la cooperación de los participantes como investigadores del proyecto (Liebenberg, 2018). Foto voz será usada para descubrir esas experiencias difíciles de capturar con palabras. Como describen Wang and Burris (1997), la foto voz es un método de recolección de datos que incorpora las voces de los participantes mediante el uso de imágenes (Evans-Agnew & Rosemberg, 2016; Wang & Burris, 1997). Nuestro análisis de datos seguirá el método fenomenológico hermenéutico descrito por van Manen (2014) utilizando el marco teórico de los determinantes sociales de la salud descritos por Loppie-Reading y Wien (2013).

Finalizado el análisis de datos invitaremos a las mujeres a participar en un círculo cultural (Freire, 2013). El objetivo de los círculos de cultura es la concientización (Freire, 2000, 2013). En nuestro estudio planeamos abrir esos espacios para el diálogo donde rompamos con esa cultura de silencio que viven las mujeres de bajos ingresos económicos en Kingston. A través de los círculos de cultura, investigadores y mujeres, nos reuniremos para discutir la realidad local y nacional del acceso a los servicios sociales y de salud para las canadienses, creando un espacio donde todos aprendamos a analizar y crear estrategias de cambio que mejoren la realidad de vida de las mujeres de esta comunidad. Cuando las restricciones por la pandemia lo permitan planeamos organizar una exhibición de las fotos dentro de la comunidad para así identificar los problemas y crear soluciones dentro de la comunidad de Kingston. En la siguiente sección presentamos una descripción de nuestra experiencia con el proyecto desde su financiación hasta el día de hoy.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.547-553

3.1 Desarrollo de la Colaboración

En enero del 2020 iniciamos conversaciones con la directora de SVDP Judy Fife, a quien presentamos nuestro proyecto. Durante nuestro primer encuentro, Judy expreso entusiasmo a nuestra idea de involucrar a mujeres de la comunidad para explorar sus experiencias de acceso a los servicios de salud y sociales. El proceso participativo requirió varios encuentros en los cuales dos investigadoras visitaron el lugar durante tres semanas y entablaron conversaciones informales con mujeres usuarias de los servicios de SVDP. En la próxima sección relataremos de forma más detallada estas experiencias.

3.2 Comité Asesor

La formación de un comité asesor para nuestro proyecto ha sido fundamental para supervisar el proceso de investigación. El comité asesor consta de tres miembros de SVDP, una enfermera de salud pública, una voluntaria de foto voz un centro comunitario local y una abogada que trabaja en el área de justicia social. En septiembre de 2020 fue nuestra primera reunión para organizar nuestras actividades de investigación. Una de nuestras metas es involucrar en el comité asesor a una mujer de la comunidad. Una de nuestras metas es involucrar en el comité asesor a una mujer miembro de la comunidad. Lo cual está a punto de concretarse con la ayuda de Judy. Esta persona traerá al comité la perspectiva de las mujeres que viven en Kingston.

4. Retos, Desafíos y Recompensas

La naturaleza interactiva del trabajo participativo se enfoca en el desarrollo de alianzas entre los investigadores y miembros de la comunidad (Coughlin et al., 2017). El rol de los comités asesores en IAP es el de aportar la perspectiva interna de la comunidad al proceso de la investigación. Al desarrollar este estudio participativo no anticipamos muchas situaciones que nos han hecho cambiar de dirección, afortunadamente fortaleciendo nuestro trabajo de investigación. Por ejemplo, inicialmente el proyecto estaba enfocado a investigar las experiencias de acceso a los servicios de salud y sociales para las mujeres inmigrantes (ej. Residentes legales, refugiadas e inmigrantes indocumentadas) en Canadá. Trabajo que planeamos con un centro comunitario en Ottawa. Sin embargo, un cambio en la administración y manejo del centro comunitario nos llevó a buscar otro sitio para el desarrollo de nuestra investigación. Inmediatamente, pensamos en Toronto, una ciudad multicultural. Allí nos conectamos con dos organizaciones que inicialmente estaban interesadas en el estudio. Sin embargo, al presentarles la descripción de las actividades en su versión original sin ser modificadas cada uno de ellos decidió suspender su participación. Creemos que una estrategia fundamental es el lograr confianza, mantenerla y materializarla a través del dialogo con las comunidades. La mayoría de las veces el trabajo financiado es diferente del trabajo que se realiza con la comunidad. Entonces proyectos IAP deben ser modificados de acuerdo con las necesidades de la comunidad.

Otro desafío que no consideramos fue la ubicación de Kingston a tres horas de Toronto. Estar lejos de la comunidad y los viajes constantes se convirtieron en un problema para interconectar con comunidades de mujeres en Toronto. Por esta razón decidimos replantear el proyecto con un grupo de mujeres a nivel local. Como mencionamos al inicio de este artículo, la ciudad de Kingston es una ciudad intermedia de contrastes, con áreas donde viven personas y familias con altos ingresos económicos y sitios en el centro y áreas rurales de pobreza extrema (Statistics Canada, 2017b). Aprendimos como IAP requiere una conexión y dialogo continuo con miembros de la comunidad por esta razón creemos que las colaboraciones deben iniciarse a nivel local para así crear vínculos y relaciones mucho más fuertes y duraderas. Siempre se debe iniciar a nivel local y luego expandir el trabajo a otras regiones.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.547-553

Una vez decidido el nuevo rumbo del proyecto buscamos agencias en Kingston que estuvieran interesadas en este proyecto. SVDP fue ese sitio. En enero y febrero del 2020, asistimos a SVDP todas las mañanas de los miércoles y jueves para interactuar con miembros de la comunidad y hablarles a las mujeres acerca de nuestro proyecto. La verdad más que una estrategia de reclutamiento de participantes queríamos crear vínculos y que la comunidad viera que no pretendíamos solamente colectar información y abandonarlos. Vivimos encuentros muy significativos con los voluntarios, hombres y mujeres miembros de la comunidad. En conversaciones informales con mujeres que asisten a SVDP aprendimos acerca de la realidad de pobreza en la que muchas mujeres viven. En alguna oportunidad una mujer comentó a una de las investigadoras como por la falta de vivienda estable no podía acceder a los servicios de salud para su enfermedad crónica. Lograr la confianza y mantenerla ha sido posible a través del diálogo permitiendo acercamientos y la posibilidad de planear y organizar el trabajo de una manera más efectiva. De la mano de los miembros de nuestro comité asesor hemos podido delinear un trabajo enfocado en las necesidades de las mujeres de Kingston.

En marzo del 2020, la pandemia por COVID-19 se declaró a nivel mundial y nuestro trabajo fue nuevamente detenido por la cuarentena y otras medidas de protección de la salud. Nuevamente con la ayuda de nuestro comité asesor hemos logrado adaptar nuestro proyecto a la pandemia. En conversación con la directora de SVDP y nuestro comité asesor hemos creado un paso a paso de actividades que permitan la protección de la salud de las participantes y el desarrollo de nuestras actividades siguiendo los lineamientos y guías de interacción durante COVID-19. Una vez las restricciones se han levantadas, y con el ideal de salvaguardar y proteger a los miembros de esta comunidad iniciaremos en las semanas que vienen nuestras actividades de investigación. Hasta la fecha hemos reclutado diez participantes, creemos que el proyecto, aunque lento ha logrado interesar a las mujeres quienes encuentran en la foto voz una forma de expresar sus experiencias de vida.

5. Conclusiones

Nuestro trabajo sigue evolucionando y aunque anticipamos más aprendizaje en el futuro, hay algunas observaciones claves que hemos hecho sobre el proceso. Como en cualquier relación, trabajar con miembros de la comunidad requiere de tiempo para crear lazos de confianza y muto respeto. Es recordar constantemente la perspectiva participativa del proyecto, lo que implica el beneficiar a un grupo de mujeres creando con ellas soluciones a sus problemas de salud y bienestar social. La IAP se transforma en un proceso relacional, de aprendizaje colectivo y democrático que constantemente nos recuerda como nuestros pensamientos y acciones deben basarse en lo que es correcto para las mujeres involucradas en este estudio, no en lo que podría ser más fácil para los investigadores, y eso requiere observar, hacer preguntas y escuchar activamente a las necesidades del otro. Deben ser sus voces, no las nuestras, las que se escuchen; solo así habremos permanecido fieles al principio de beneficencia. Por último, la actual situación a nivel mundial de la pandemia nos ha enseñado a ser pacientes y adaptarnos a los cambios inesperados sin dejar de ser creativas.

Agradecimientos

Queremos agradecer el apoyo desinteresado de la Señora Judy Fyfe, Directora Ejecutiva de St. Vincent de Paul Society of Kingston, Ontario. Igualmente agradecemos a los miembros de nuestro comité asesor. Finalmente agradecemos a Social Science and Humanities Research Council particularmente al programa Insigh Development Grants (SSHRC-IDG) por el financiamiento de este proyecto.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.547-553

6. Referencias

Braveman, P., & Gottlieb, L. (2014, Jan-Feb). The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public Health Rep, 129 Suppl 2*, 19-31. https://doi.org/10.1177/00333549141291S206

Camargo Plazas, M. d. P., Cameron, B. L., & Smith, D. G. (2012, Apr-Jun). Neoliberal-oriented health care system answer to global competition or a threat to health equality for people with chronic illness. *ANS Adv Nurs Sci, 35*(2), 166-181. https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e31825372a4

Cameron, B. L., Carmargo Plazas Mdel, P., Salas, A. S., Bourque Bearskin, R. L., & Hungler, K. (2014, Jul-Sep). Understanding inequalities in access to health care services for aboriginal people: a call for nursing action. *ANS Adv Nurs Sci, 37*(3), E1-E16. https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000039

Chan, C. W. T., Gogovor, A., Valois, M. F., & Ahmed, S. (2018, Jun 19). Age, gender, and current living status were associated with perceived access to treatment among Canadians using a cross sectional survey. *BMC Health Serv Res, 18*(1), 471. https://doi.org/10.1186/s12913-018-3215-6

Coughlin, S., Smith, S., & Fernández, M. (2017). *Handbook of community-based participatory research*. Oxford University Press.

Evans-Agnew, R. A., & Rosemberg, M. A. S. (2016). Questioning photovoice research: Whose voice? . *Qualitative Health Research, 26*(8), 1019-1030. https://doi.org/https://doi.org/10.1177/1049732315624223

Freire, P. (2000). *Pedagogy of the oppressed* (30th Anniversary ed ed.). Bloomsbury.

Freire, P. (2013). *Education for critical consciousness*. Bloomsbury Academic.

Hacker, K. (2017). *Community-based participatory research*. SAGE Publications Ltd.

Kiani, Z., Simbar, M., Dolatian, M., & Zayeri, F. (2016, Sep 1). Correlation between Social Determinants of Health and Women's Empowerment in Reproductive Decision-Making among Iranian Women. *Glob J Health Sci, 8*(9), 54913. https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n9p312

Liebenberg, L. (2018). Thinking critically about photovoice: Achieving empowerment and social change. *International Journal of Qualitative Methods, 17*, 1-9. https://doi.org/https://doi.org/10.1177/1609406918757631

Loppie-Reading, C., & Wien, F. (2013). *Health inequalities and social determinants of Aboriginal people's health*. National Collaborating Centre for Aboriginal Health (NCCAH). https://www.nccih.ca/docs/determinants/RPT-HealthInequalities-Reading-Wien-EN.pdf

Oetzel, J., Wallerstein, N., Duran, B., Sanchez-Youngman, S., Nguyen, T., Woo, K., Wang, J., Schulz, A., Keawe'aimoku Kaholokula, J., Israel, B., & Alegria, M. (2018). Impact of participatory health research: A test of the Community-Based Participatory Research Conceptual Model. *BioMed Research International*, 7281405-7281412. https://doi.org/https://doi.org/10.1155/2018/7281405

Ottewell-Watson, S. (2014). De-mythicizing art-based research: An art therapy student's dance with a creative methodology (Démystifier la recherche par l'art : Une étudiante en art thérapie utilise une méthodologie créative par la danse). *Canadian Art Therapy Association Journal, 27*(2), 9-12. https://doi.org/https://doi.org/10.1080/08322473.2014.11415595

Segal-Engelchin, D., Huss, E., & Massry, N. (2020). Arts-based methodology for knowledge co-production in social work. *The British Journal of Social Work, 50*(4), 1277-1294. https://doi.org/https://doi.org/10.1093/bjsw/bcz098

Socias, M. E., Koehoorn, M., & Shoveller, J. (2016, Jan-Feb). Gender Inequalities in Access to Health Care among Adults Living in British Columbia, Canada. *Womens Health Issues, 26*(1), 74-79. https://doi.org/10.1016/j.whi.2015.08.001

Springer, M., & Skolarus, L. (2019). Community-based participatory research: Partnering with communities. *Stroke, 50*(3), e48-e50. https://doi.org/https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.118.024241

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.547-553

Statistics, Canada,,. (2017a). Focus on Geography Series, 2016 Census. Statistics Canada Catalogue no. 98-404-X2016001. Data products, 2016 Census. . https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/as-sa/fogs-spg/Facts-cma-eng.cfm?LANG=Eng&GK=CMA&GC=521&TOPIC=1

Statistics, Canada,,. (2017b). Kingston, CY [Census subdivision], Ontario and Canada [Country] (table). Census Profile. 2016 Census. Statistics Canada Catalogue no. 98-316-X2016001. https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=E

Van Manen, M. (2014). *Phenomenology of practice. Meaning-giving methods in phenomenological research and writing*. Left Coast Press.

Wang, C., & Burris, M. A. (1997). Photovoice: Concept, methodology, and use for participatory needs assessment. *Health Education & Behavior, 24*(3), 369-387. https://doi.org/https://doi.org/10.1177/109019819702400309

Wang, Q., Coemans, S., Siegesmund, R., & Hannes, K. (2017). Arts-based methods in socially engaged research practice: A classification framework. *Art/Research International: A Transdisciplinary Journal, 2*(2), 5-39. https://doi.org/https://doi.org/10.18432/R26G8P

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.547-553

Investigando en los Tiempos de COVID-19: Re-inventando un Proyecto Participativo sobre el Autocuidado de la Diabetes en Adultos Mayores de Ontario, Canadá

Pilar Camargo-Plazas[1], Idevania G. Costa[2], Genevieve Pare[1], Beatriz Alvarado[3] y Lenora Duhn[1]

[1] School of Nursing, Queen's University, Ontario, Canada | mdpc@queensu.ca genevieve.pare@queensu.ca; duhnl@queensu.ca | https://orcid.org/0000-0002-8349-7723; https://orcid.org/0000-0002-3714-9744; http://orcid.org/0000-0002-0401-953X

[2] School of Nursing, Lakehead University, Ontario, Canada | idevania.costa@lakeheadu.ca | https://orcid.org/0000-0001-8024-2074

[3] Department of Public Health Sciences, Queen's University, Ontario, Canada | alvaradb@queensu.ca | https://orcid.org/0000-0002-1269-405X

Resumen: El COVID-19 ha afectado como vivimos, aprendemos, trabajamos e investigamos. **Objetivos**: Reflexionar en los efectos de la pandemia en nuestro trabajo de investigación participativa con adultos mayores que viven con diabetes. **Métodos:** Este estudio sigue un marco de investigación acción participativa (IAP) y una metodología de pedagogía crítica. **Resultados:** En este artículo reportamos nuestra experiencia como investigadores en un proyecto participativo durante la pandemia. Reflexionamos en los cambios que hemos implementado con el fin de continuar el proyecto a pesar de las restricciones. **Conclusiones:** Concluimos con lecciones aprendidas y una nueva visión sobre cómo mantener la naturaleza colaborativa de IAP en instancias en las que es imposible trabajar en estrecha proximidad con los miembros de la comunidad y realizar investigaciones en un determinado contexto.

Palabras clave: Investigación Acción Participativa; Pedagogía Crítica; COVID-19; Adultos mayores; Diabetes.

Conducting Research in the Time of COVID-19: Re-visioning a PAR Project about Diabetes Self-management Education for Seniors in Rural Ontario, Canada

Abstract: The impact of the global COVID-19 pandemic cannot be overstated, affecting how we live, learn, work, and do research. **Goals**: Reflect on the impact of the global pandemic in a participatory research project with seniors living with diabetes. **Method:** This study follows a participatory action research and critical pedagogy approaches. **Results:** In this paper, we describe our experience as researchers working on a PAR project during the pandemic. We reflect on the challenges, the research modifications made in our efforts to move forward with distance-based participatory approaches, and the surprising (unimagined) benefits. **Conclusions:** We conclude with lessons learned and new visioning about how to maintain the collaborative nature of PAR in instances where it is impossible to work in close proximity with community members and conduct research in a co-located context.

Keywords: Participatory Action Research; Critical Pedagogy: COVID-19; Seniors; Diabetes.

1. Introducción

Hasta mayo 10 del 2021, cerca de 158 millones de personas fueron diagnosticadas con el COVID-19 y cerca de 3.29 millones fallecieron a causa de esta enfermedad (WHO, 2021). Durante la misma fecha, en Canadá, 1.29 millones de casos de COVID-19 se reportaron y 24.626 canadienses han fallecido a causa del COVID-19 (Government of Canada, 2021). Aunque la pandemia ha afectado la vida de muchos canadienses, los adultos mayores han sido identificados como una población particularmente vulnerable. Según el gobierno del Canadá (2021), un 20% de los adultos mayores canadienses se han visto afectados por COVID-19. Además, el 36% de las muertes se han producido entre las personas de 65 a 84 años y en un 52% en los adultos mayores de 85 años (Statistics Canada, 2021). La pandemia de COVID-19 ha afectado de forma particular a los adultos mayores con enfermedades crónicas como la diabetes (Bornstein et al., 2020; Guo et al., 2020; Javanmardi et al., 2020).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.554-561

Las personas que viven con diabetes tienen más probabilidades de sufrir complicaciones como la neumonía o morir durante la hospitalización a causa del COVID-19. Esta información es particularmente relevante en la provincia de Ontario, en donde las estadísticas indican que la diabetes se ha incrementado en la población de adultos mayores. Por ejemplo, en el 2018, 437.800 personas de 65 años fueron diagnosticadas con diabetes, cifra que aumentó a 513.500 personas en el 2019 (Statistics Canada, 2021). Por consiguiente, la pandemia ha afectado a las comunidades vulnerables como las personas mayores que viven con diabetes, siendo este grupo, uno de los grupos a los cuales va dirigido el desarrollo de proyectos de investigación participativa (Valdez & Gubrium, 2020).

Durante el último año hemos vivido variantes emergentes del virus, la amenaza constante de brotes en grupos vulnerables como los adultos mayores con diabetes y la complejidad de la distribución de la vacuna (Santana et al., 2021). Sin embargo, lo más importante es que la pandemia ha dejado al descubierto inequidades sociales y de salud experimentados por grupos poblacionales vulnerables (Valdez & Gubrium, 2020). La investigación de acción participativa (IAP), entonces, toma un rol especialmente importante durante la pandemia al explorar problemas de injusticia social revelados en el último año. Una de las características importantes de IAP es la interacción personal y constante entre miembros de la academia, miembros de la comunidad y organizaciones en el proceso de planeación, diseño, implementación, evaluación, movilización de conocimiento y sostenibilidad de iniciativas de investigación (Valdez & Gubrium, 2020). Tales prácticas son imposibles durante la pandemia debido a las restricciones impuestas para evitar la propagación del COVID-19 y sus variantes.

Entonces, bajo medidas de distanciamiento físico y con deficiencia en el acceso a la tecnología ¿cómo podemos asegurar la equidad, la apertura y la participación en un proyecto IAP durante COVID-19? ¿Cómo puede un investigador involucrar a los miembros de la comunidad durante la pandemia, especialmente durante estos momentos tan estresantes? ¿Cómo se pueden mantener relaciones de igualdad de poder entre investigadores y participantes si ambos estamos dispersos en diferentes ubicaciones geográficas o no tenemos acceso a Internet confiable? En este artículo presentamos nuestras respuestas a cada una de estas preguntas, usando como ejemplo un estudio de IAP con adultos mayores que viven con diabetes en Sharbot Lake, Ontario. A continuación, presentamos una descripción del estudio, seguimos con información sobre la metodología del proyecto, reflexión sobre el proceso de investigación durante la pandemia y concluimos con lo que hemos aprendido a través de este proceso.

2. Descripción del Estudio

Al corazón de este trabajo ha estado el considerar las voces de las personas mayores en el desarrollo de programas de educación enfocados en el autocuidado de la diabetes. En la literatura explorada, no hemos encontrado estudios que involucren a los adultos mayores y proveedores como colaboradores en el proceso de planeación, diseño, implementación y evaluación de programas de educación en el autocuidado de la diabetes(Camargo-Plazas, et al., 2020). Nuestro trabajo está orientado a abordar esta brecha de conocimiento. Siguiendo los lineamientos y filosofías de la investigación acción participativa y de la pedagogía crítica, planeamos invitar a un grupo de adultos mayores a hablar sobre sus experiencias de autocuidado de la diabetes. Inicialmente habíamos propuesto una consulta con la comunidad, en donde a través de un ejercicio de foto voz ellos identificarían sus necesidades de educación para el autocuidado de la diabetes. Originalmente, 30 adultos mayores iban a ser invitadas en abril del 2020 a la consulta. Sin embargo, debido a COVID-19 nuestro trabajo quedo suspendido. En la actualidad y por razones que explicamos detalladamente en otras secciones de este artículo, hemos decidido invitar a solo 10 adultos mayores de 65 años de la comunidad a participar en una actividad de foto voz y una entrevista telefónica. Hasta el día de hoy hemos reclutado ocho participantes. Este estudio ha sido aprobado por el comité de ética de Queen's University. Para el análisis de datos, hemos pensado seguir el marco teórico de Loppie-Reading and Wien (2013), sobre los determinantes sociales de la salud.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.554-561

Ellos clasifican los determinantes como proximales (ej. Hábitos de vida, estatus socioeconómico, medio ambiente, etc.), intermedios (ej. Sistema de salud, infraestructuras y recursos en las comunidades) y distales (históricos, políticos, gobierno, etc.), cada uno de ellos con unos factores que ayudan a crear inequidades de salud en grupos poblacionales vulnerables (Camargo-Plazas et al., 2020). Una vez las medidas de restricción se levanten, queremos invitar a esos participantes a ser parte de un círculo de cultura para conversar sobre los temas encontrados en las entrevistas individuales. Más adelante en las siguientes secciones reflexionamos acerca de nuestras experiencias con este proyecto y como cada actividad ha sido replanteada para acomodar el estudio a la realidad de la pandemia.

2.1 Objetivo del Estudio

El objetivo de este estudio es examinar como los determinantes sociales de la salud afectan la educación para el autocuidado de la diabetes en los adultos mayores. Otro objetivo es el de invitar a las personas mayores, a los profesionales de salud y miembros de la comunidad interesados a la creación de soluciones colectivas y sostenibles que consideren a través de enfoques alternativos las necesidades de educación en salud de esta población.

2.2 Organización Comunitaria

En colaboración con Sharbot Lake Family Health Team (SLFHT) estamos desarrollando este estudio. SLFHT es un proveedor de servicios pequeño ubicado en el pueblo de Sharbot Lake que pertenece al municipio de Central Frontenac, en el sureste de Ontario, Canadá. Igualmente, SLFHT también brinda servicios a los residentes de las regiones de North and South Frontenac con un total aproximado de 2.700 usuarios registrados. Según los datos del censo más actual, la población de Central Frontenac es de aproximadamente 4.370 habitantes, con 1.155 personas de 65 años o más (Statistics Canada, 2017). La prevalencia de ingresos bajos en el municipio es del 19% con una taza para los hombres del 18.5% y de 19.5% para las mujeres. Según se reportó en el 2015, casi el 17% de las personas de 25 a 64 años informa no tener educación, certificado, diploma o título (Statistics Canada, 2017). En el 2016, la prevalencia de la diabetes aumentó en la región sureste de Ontario con un 22.7% para las personas entre los 60-69 años y un 31.7% para los mayores de 80 años. Además, el número de personas con diabetes en los mismos grupos de edad se duplicó entre el 2006 y el 2016 aumentando un 90% cada uno (A. Mask, Ministry of Health And Long-Term Care Health Analytic Branch, personal communication, August 27, 2018). Aunque SLFHT tiene un programa de diabetes, la directora y el personal de salud están interesados en escuchar a los adultos mayores de la comunidad y particularmente sus propuestas para la educación en el autocuidado de la diabetes. El apoyo incondicional de la directora ejecutiva y de todo el personal de salud de SLFHT ha sido fundamental para el avance de este proyecto.

2.3 Comité Asesor

Dado nuestro enfoque de investigación participativa, el establecimiento de un comité asesor ha sido fundamental (Camargo-Plazas et al., 2020). Desde su inició decidimos que nuestra filosofía de trabajo seguiría la guía de un comité asesor. El comité asesor está constituido por un equipo de voluntarios, quienes trabajan en el proyecto garantizando que las perspectivas de los miembros de la comunidad de Sharbot Lake estén presentes en el proceso de investigación (Camargo-Plazas et al., 2020). El comité asesor incluye: 1) una administradora general de SLFHT; 2) un representante de la comunidad que vive con diabetes; 3) una enfermera y educadora certificada en diabetes de SLFHT; 4) la directora de planeación e integración de la región sureste de Ontario; 5) una NP especializada en el cuidado de la diabetes; y 6) una dietista registrada y educadora certificada en diabetes de SLFHT.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.554-561

Nuestra primera reunión tuvo lugar en julio de 2019, desde entonces hemos tenido reuniones casi cada mes para presentar avances o buscar la opinión sobre dificultades encontradas con el proyecto. En el futuro, las reuniones continuarán para asegurarnos de mantener a los miembros regularmente informados y brindar la oportunidad de conversar sobre temas que quizás no hayamos considerado o no consideremos necesarios.

3. Metodología

Nuestro estudio sigue un enfoque de investigación acción participativa (IAP) (MacKinnon, 2018) y una metodología de pedagogía crítica (Freire, 2013). IAP está alineada a filosofías de participación, colaboración y empoderamiento que involucran a miembros de la comunidad y organizaciones comunitarias en la coproducción de conocimiento para el cambio social (Chapman, 2019; Kemmis et al., 2014; MacKinnon, 2018). En IAP, la colaboración de miembros de la comunidad comienza desde el planteamiento del problema hasta la movilización de resultados a través de diálogo y un proceso iterativo de investigación (Chapman, 2019). IAP sigue un ciclo iterativo dinámico, recursivo de acción, investigación y reflexión (Chapman, 2019; MacKinnon, 2018). A través de la participación equitativa, la participación democrática y la libertad, se busca en IAP alcanzar el potencial humano (Kemmis et al., 2014). Un marco IAP guía nuestro estudio y proporciona un punto de partida para construir colaboraciones efectivas con miembros de la comunidad y organizaciones interesadas en la coproducción de intervenciones de educación para el autocuidado de la diabetes en personas mayores de Ontario, Canadá.

Desarrollado por el educador brasileño Paulo Freire (2002, 2013), la pedagogía crítica se preocupa por crear un proceso de concientización de los estudiantes para transformar sus vidas y condiciones a través del aprendizaje (Freire, 2002, 2013). En la pedagogía crítica, los seres humanos rompen con el proceso educativo tradicional en donde el educador deposita conocimiento en los estudiantes (Freire, 2002). Por el contrario, en la pedagogía crítica, la educación debe generar un ser humano nuevo, consciente de su realidad y comprometido con su transformación y cambio (Freire, 2002, 2013). El tener un enfoque de pedagogía crítica en nuestro estudio nos ayudara a abordar la educación para el autocuidado de la diabetes de una forma diferente, en donde los adultos mayores serán participantes activos en su proceso de aprendizaje. Igualmente, la pedagogía crítica nos permitirá comprender las vivencias de las personas mayores que viven con diabetes y los efectos que tienen los determinantes sociales de la salud en su proceso de autocuidado. Entonces, es a través de un proceso de concientización que se planificarán las acciones necesarias para mejorar la calidad de vida de esta población.

4. Nuestra Experiencia de Investigación durante COVID-19

En marzo de 2020 el mundo cambió para todos. COVID-19 ha afectado sin precedentes la forma en que vivimos, trabajamos e investigamos (Hall, 2020). Hoy en día, nuestra rutina diaria incluye el distanciamiento físico de otras personas que no viven con nosotros, evitar multitudes, usar una máscara en espacios públicos o cerrados, cuarentenas, lavarnos las manos con frecuencia, trabajar desde casa y limitar los viajes innecesarios. Todos estos cambios ocurrieron en el espacio de unas pocas semanas y afectan nuestras capacidades personales, sociales y profesionales. Las nuevas restricciones han impactado dramáticamente los proyectos de investigación que siguen un enfoque IAP, en donde el objetivo es trabajar en estrecha colaboración con miembros de una comunidad para coproducir conocimiento y cambio social (Kemmis et al., 2014; MacKinnon, 2018). Investigadores que siguen un enfoque participativo han usado métodos como las consultas comunitarias, el World Café, teatro popular, grupos focales, foto voz y círculos culturales para crear y afianzar vínculos con miembros de una comunidad determinada (Camargo-Plazas, Costa, Alvarado, et al., 2020; Cameron et al., 2014). Además de restringir las interacciones en persona con los posibles participantes del estudio, la pandemia ha limitado nuestras interacciones con otros investigadores, organizaciones comunitarias y otras partes interesadas.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.554-561

Nuestro proyecto, titulado: *"Revisión de la educación para el autocuidado de las personas mayores que viven con diabetes"* se planeó inicialmente como una consulta comunitaria con miembros de la comunidad, personas interesadas como (ej. médicos, educadores, tomadores de decisiones, administradores de atención médica y líderes comunitarios), e investigadores, para determinar las formas más efectivas de abordar la educación para el autocuidado de las personas mayores con diabetes.

Antes del inicio de la pandemia y bajo la dirección de nuestro comité asesor, refinamos nuestras actividades de investigación para utilizar la foto voz y los círculos culturales como nuestros métodos de participación. Con el método de foto voz, nuestro objetivo es poner cámaras en manos de las personas mayores que viven con diabetes, para documentar su vida diaria y sus experiencias de autocuidado (Evans-Agnew & Rosemberg, 2016). Después de la foto voz, planeábamos invitar a las personas mayores a participar en círculos culturales (Freire, 2013) como un método de concientización para explorar los problemas representados por las fotos de los participantes. Sin embargo, estos métodos de participación tuvieron que ser modificados o reemplazados por completo durante la pandemia, ya que dependían de una interacción cara a cara con personas a riesgo de adquirir COVID-19, como lo son los adultos mayores que viven con diabetes. En diálogo con nuestro comité asesor, creamos formas de avanzar el proyecto durante la pandemia. Se decidió como grupo el retomar la foto voz y el implementar entrevistas individuales y omitir los círculos de cultura hasta cuando se levanten las restricciones. Originalmente, planeábamos invitar a 30 adultos mayores a participar en el estudio, dadas las restricciones de movilización el comité asesor decidió reducir el número de participantes a solo 15.

Cada jueves una parte del equipo de investigación que constaba de las dos investigadoras principales y la coordinadora del proyecto, nos reuníamos por una hora a planear la logística de las actividades de investigación. No obstante, nuevos obstáculos comenzaron a emerger, por ejemplo, nos preguntábamos que tipo de cámaras debíamos utilizar, si serían mejor las cámaras desechables o comprar unas cámaras digitales que sirvieran en otros proyectos donde empleamos foto voz. Cada jueves al igual que nuevos desafíos emergían, se encontraba como grupo respuestas. El problema de las cámaras fue resuelto cuando la coordinadora del proyecto nos comentó acerca de unas iPad del laboratorio de la escuela de enfermería donde trabajamos que habían sido dadas de baja por viejas. Ella las rescató y las dejó para uso en investigación. En cuánto a como conectarnos con los participantes, se planteó inicialmente el uso de Zoom como una plataforma confiable para conectarnos con nuestros participantes en la investigación. Planeamos cada detalle, y sin embargo, nuevos retos emergían en cada reunión. Por ejemplo, no sabíamos si el acceso a internet en el área rural donde nuestra investigación tendría lugar era adecuado y disponible en la comunidad. También, comenzamos a cuestionar la alfabetización tecnológica de la comunidad. En un momento determinado invitamos a la representante de la comunidad en nuestro comité asesor quien es la directora del programa de alfabetización para mayores en la comunidad donde trabajamos. Ella asistió a una de nuestras reuniones y nos respondió a cada uno de nuestros interrogantes. Igualmente, nos confirmó nuestras sospechas acerca de los desafíos y las barreras en esa comunidad, las cuales incluían la falta de alfabetización tecnológica en las personas mayores, la confiabilidad de internet en el entorno rural y las preocupaciones financieras que limitan el acceso al internet de alta velocidad e ilimitado. Ella, igual, planteó la idea de realizar entrevistas telefónicas en vez de usar Zoom para no excluir a miembros de la comunidad interesados en el proyecto, pero sin acceso o con acceso limitado al internet.

Era igualmente importante para nosotras el contar con la perspectiva de esta líder de la comunidad quien muy amablemente contesto cada una de nuestras preguntas. Es más, ella nos ayudó a mejorar el nivel de lenguaje de todos los documentos a los que van a tener acceso los participantes del proyecto. Como miembro de la comunidad y a través de su centro de alfabetización, ella ofrecerá respuesta a los participantes sobre temas relacionados con la toma de fotos o el manejo del iPad. En este plan revisado, el reclutamiento inicial lo realiza una enfermera profesional y miembro de nuestro comité asesor, quien se comunica con los posibles participantes en su práctica de control del programa de diabetes.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.554-561

Una vez ella identifica a los potenciales participantes, un miembro del equipo se conecta con ellos por teléfono para explicar el proyecto en profundidad y obtener consentimiento verbal. Cuando la persona decide que quiere participar, se le envía por correo certificado el material de estudio el cual incluye: los formularios de consentimiento, una guía para la toma de fotos, un iPad con un video de bienvenida, cargador y cable, así como instrucciones sobre el uso del iPad, el teléfono y correo de nuestra líder comunitaria por si tienen preguntas sobre el iPad y un sobre prepagado para devolución del iPad. Terminada la toma de fotos los participantes devolverán el iPad y la coordinadora del proyecto imprimirá las fotos digitales y enviará las fotos de regreso a los participantes con un identificador en la parte de atrás para poder facilitar la entrevista por teléfono.

Además de lo expresado arriba, esta experiencia nos ha enseñado lo importante que es la ubicación geográfica, alfabetización tecnológica y el acceso a la tecnología como determinantes sociales de la salud. El acceso en este caso a la comunicación en tiempo de una pandemia. Durante la pandemia muchos hogares han usado el internet para trabajar, comprar comida, telemedicina y comunicarse con la familia. Entonces el no tener un acceso a internet adecuado se presenta como un desafío significativo para los miembros de la comunidad. En alguna de nuestras discusiones incluso planteamos la posibilidad de comprar internet móvil, pero ninguna de las compañías que consultamos ofrecía servicio en el municipio de Sharbot Lake. Otro aspecto importante para considerar en nuestro estudio es la experiencia del autocuidado de la diabetes en el adulto mayor durante COVID-19. El uso de la telemedicina durante la pandemia y la alfabetización en salud son barreras que deben ser exploradas de forma profunda en nuestro proyecto. Igualmente, esta experiencia nos ha hecho replantear nuestro estudio en varias oportunidades, lo que inicialmente se planteó como un proyecto de diálogo participativo se modificó. Sin embargo, al centro de nuestro estudio siempre han estado las filosofías de participación, colaboración y concientización que esperamos generar a través del estudio. Finalmente guardamos la esperanza de implementar los círculos de cultura en donde las personas mayores identifiquen los problemas y creen soluciones necesarias para mejorar su calidad de vida.

5. Aprendizaje y Reflexión Final

Este estudio de investigación se formuló como una iniciativa de base para abordar las necesidades de educación para el autocuidado de la diabetes en personas mayores. El camino ha sido largo y arduo. Sin duda, como muchos equipos de investigación hemos enfrentado desafíos y retrasos en el lanzamiento del proyecto debido a la pandemia. Sin embargo, hemos aprendido a ser flexibles y acomodar nuestro trabajo a la realidad de la pandemia. También hemos aprendido a salir de nuestro mundo de la investigación y mirar la realidad de las comunidades donde trabajamos. El desafío más importante de este trabajo de IAP ha sido el adaptar el proyecto a los efectos que ejercen los determinantes sociales de la salud en el proceso de investigación. La ubicación geográfica de la comunidad, el acceso a tecnología, el nivel de alfabetización tecnológica de las personas mayores son factores que inicialmente no consideramos, pero que realmente han afectado el desarrollo de este proyecto. Estas inequidades sociales crean un llamamiento ético y político para tomar medidas y cerrar esta brecha. Confiamos en que nuestro estudio, sea un primer paso para lograr ese fin. Este trabajo no habría podido suceder sin el apoyo incondicional y el trabajo arduo de nuestro comité asesor y los miembros de la comunidad. Esta es nuestra mayor recompensa, el trabajar de forma cercana con miembros líderes de la comunidad. A través de este año nos hemos apoyado en estas personas para crear un proyecto adaptado a las circunstancias de vida de las personas mayores del municipio de Sharbot Lake. Ellos han dedicado tiempo para orientarnos en como abordar este proyecto de una forma inclusiva. Finalmente, el realizar una investigación participativa durante COVID-19 implica adaptarse a los cambios inesperados del día a día, sin perder la visión y la filosofía de participación, colaboración y concientización que esperamos generar a través de nuestro estudio.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.554-561

Agradecimientos

Expresamos nuestros muy sinceros agradecimientos a la Dra. Deborah Tregunno por su inmensa colaboración en este proyecto. Igualmente agradecemos al personal de salud y administrativo de Sharbot Lake Family Health Team por su tiempo y dedicación en este estudio sin ustedes nada de esto sería posible. También agradecemos a los miembros de nuestro comité asesor quienes nos han dado ánimo y esperanza cuando el camino parecía difícil de continuar. Finalmente agradecemos a Canadian Institute of Health Research-Institute of Aging por el financiamiento de este proyecto.

6. Referencias

Bornstein, S. R., Rubino, F., Khunti, K., Mingrone, G., Hopkins, D., Birkenfeld, A. L., Boehm, B., Amiel, S., Holt, R. I., Skyler, J. S., DeVries, J. H., Renard, E., Eckel, R. H., Zimmet, P., Alberti, K. G., Vidal, J., Geloneze, B., Chan, J. C., Ji, L., & Ludwig, B. (2020). Practical recommendations for the management of diabetes in patients with COVID-19. *Lancet Diabetes Endocrinol, 8*(6), 546-550. https://doi.org/10.1016/S2213-8587(20)30152-2

Camargo-Plazas, P., Costa, I., Duhn, L., Alvarado, B., & Tregunno, D. (2020). Uso de métodos participativos en el desarrollo de un programa de educación para el autocuidado de la diabetes en adultos mayores en Canadá. *Qualitative Research in Health: Advances and challenges, 3*, 833-845.

Camargo-Plazas, P., Costa, I. G., Alvarado, B., Duhn, L., & Tregunno, D. (2020). Adapting Paulo Freire's participatory education to develop self-management programs for seniors with diabetes. *Canadian Journal of Diabetes*, 1-4. https://doi.org/DOI:https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2020.10.017

Cameron, B. L., Carmargo Plazas Mdel, P., Salas, A. S., Bourque Bearskin, R. L., & Hungler, K. (2014, Jul-Sep). Understanding inequalities in access to health care services for aboriginal people: a call for nursing action. *ANS Adv Nurs Sci, 37*(3), E1-E16. https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000039

Chapman, M. (2019). Changing the world without doing harm: Critical pedagogy, participatory action research and the insider student researcher. *Religious Studies and Theology, 38*(1-2), 100-116. https://doi.org/https://doi.org/10.1558/rsth.38715

Evans-Agnew, R. A., & Rosemberg, M. A. S. (2016). Questioning photovoice research: Whose voice? . *Qualitative Health Research, 26*(8), 1019-1030. https://doi.org/https://doi.org/10.1177/1049732315624223

Freire, P. (2002). *Pedagogy of the oppressed*. Bloomsbury.

Freire, P. (2013). *Education for critical consciousness*. Bloomsbury Academic.

Government of Canada. (2021). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Epidemiology update. https://health-infobase.canada.ca/src/data/covidLive/Epidemiological-summary-of-COVID-19-cases-in-Canada-Canada.ca.pdf

Guo, W., Li, M., Dong, Y., Zhou, H., Zhang, Z., Tian, C., Qin, R., Wang, H., Shen, Y., Du, K., Zhao, L., Fan, H., Luo, S., & Hu, D. (2020). Diabetes is a risk factor for the progression and prognosis of COVID-19. Diabetes/Metabolism Research and Reviews, 36(7), e3319–n/a. . https://doi.org/https://doi.org/10.1002/dmrr.3319

Hall, J. (2020). Taking part from a distance: Doing participatory research during Covid-19, an IET literature review http://www.open.ac.uk/blogs/opentel/taking-part-from-a-distance-doing-participatory-research-during-covid-19-an-iet-literature-review/

Javanmardi, F., Keshavarzi, A., Akbari, A., Emami, A., & Pirbonyeh, N. (2020). Prevalence of underlying diseases in died cases of COVID-19: A systematic review and meta-analysis. PLoS One, 15(10), e0241265. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241265

Kemmis, S., McTaggart, R., & Nixon, R. (2014). *The action research planner doing critical participatory action research*. Springer Singapore. https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-981-4560-67-2

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.554-561

Loppie-Reading, C., & Wien, F. (2013). *Health inequalities and social determinants of Aboriginal people's health*. National Collaborating Centre for Aboriginal Health (NCCAH). https://www.nccih.ca/docs/determinants/RPT-HealthInequalities-Reading-Wien-EN.pdf

MacKinnon, S. (2018). *Practising community-based participatory research: Stories of engagement, empowerment, and mobilization*. Purich Books.

Santana, F., Hammond Wagner, C., Berlin Rubin, N., Bloomfield, L., Bower, E., Fischer, S., Santos, B., Smith, G., Muraida, C., & Wong-Parodi, G. (2021). A path forward for qualitative research on sustainability in the COVID-19 pandemic. Sustainability Science, 1–7. https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s11625-020-00894-8

Statistics Canada. (2017). Central Frontenac, TP [census subdivision], Ontario and Ontario [Province] (table). Census Profile. 2016 Census. Statistics Canada Catalogue no. 98-316-X2016001. https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=E

Statistics Canada. (2021). Table 13-10-0096-01 Health characteristics, annual estimates. https://doi.org/10.25318/1310009601-eng

Valdez, E., & Gubrium, A. (2020). Shifting to virtual CBPR protocols in the time of corona virus/COVID-19. International Journal of Qualitative Method, 19. https://doi.org/https://doi.org/10.1177/1609406920977315

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.554-561

Percurso metodológico apoiado por *software* para mapeamento de indicadores qualitativos para as Boas Práticas em Saúde à população em situação de rua

Lucimara Fabiana Fornari[1], Emiko Yoshikawa Egry[1], Paula Hino[2], Carmen Santana[2] e Elda Oliveira[2]

[1] Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Brasil | lucimarafornari@usp.br; emiyegry@usp.br | https://orcid.org/0000-0003-0974-0315; https://orcid.org/0000-0002-8655-6549

[2] Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo, Brasil | paulahino@yahoo.com.br; carmen.santana4370@gmail.com; eldadeoliveira@gmail.com | https://orcid.org/0000-0002-1408-196X; https://orcid.org/0000-0002-6148-6230; https://orcid.org/0000-0002-9973-0948

Resumo: Introdução: A população em situação de rua é um grupo social que demanda atenção especial dos serviços, pois suas necessidades em saúde requerem um cuidado qualificado e atento em decorrência das profundas vulnerabilidades sociais. É primordial o mapeamento de indicadores qualitativos para as Boas Práticas em Saúde (BPS) a essa população. **Objetivos**: Conhecer as potencialidades e os limites do webQDA para análise qualitativa de uma revisão de escopo sobre o mapeamento de indicadores qualitativos para as BPS à população em situação de rua. **Métodos:** Trata-se de um estudo qualitativo, integrante de um projeto maior acerca da construção de indicadores de BP na Atenção Primária em Saúde. É baseado na experiência das autoras relacionada à utilização do *software* webQDA como apoio para a análise qualitativa dos dados coletados por meio da revisão de escopo. Os 29 artigos selecionados na revisão de escopo foram submetidos à análise de conteúdo temática para o mapeamento dos indicadores qualitativos. **Resultados:** Os artigos na íntegra no formato pdf. foram inseridos como fontes internas no webQDA. O Sistema das Fontes permitiu o armazenamento dos dados provenientes da coleta de forma organizada e com fácil acesso às informações. Contudo, não foi possível realizar a codificação dos textos cujos arquivos apresentavam duas colunas. Optou-se por utilizar instrumento no formato xlsx., inserido por meio da codificação direta. Esse processo otimizou o tempo de trabalho, pois os dados relativos à caracterização dos artigos foram codificados automaticamente como códigos descritivos e as demais informações empíricas foram armazenadas no sistema das fontes internas e codificadas através dos códigos árvores. **Conclusões:** A potencialidade do webQDA foi verificada na otimização das etapas do tratamento e aprofundamento da análise dos dados empíricos para o mapeamento de indicadores qualitativos. Como limitação, dado o formato em colunas dos artigos, necessitou utilizar o formato xlsx.

Palavras-chave: Pessoas em Situação de Rua; Indicadores de Saúde Comunitária; Enfermagem; Pesquisa Qualitativa; Revisão.

Methodological Path Supported by Software for Mapping Qualitative Indicators for Best Health Practices for the Homeless Population

Abstract: Introduction: The homeless population is a social group that demands special attention from the health services because their needs require qualified and attentive care, due to the profound social vulnerabilities. It is essential to map qualitative indicators for Best Health Practices (BHP) for this population. **Goals:** To know the potential and limits of webQDA for qualitative analysis of a scope review on the mapping of qualitative indicators for BHP to the homeless population. **Methods:** This is a qualitative study, part of a larger project about the construction of BHP indicators in Primary Health Care. It is based on the authors' experience related to the use of the webQDA software as a support for the qualitative analysis of the data collected by scope review. The 29 articles selected in the scope review were subjected to thematic content analysis to map qualitative indicators. **Results:** Articles in full pdf. format were inserted as internal sources in webQDA. The System of Sources allowed the storage of data from the collection in an organized manner and with easy access to information. However, it was not possible to carry out the encoding of texts whose files had two columns. We opted to use an instrument in the xlsx. format, inserted through direct coding. This process optimized the working time, since the data related to the characterization of the articles were automatically coded as descriptive codes and the other empirical information was stored in the system of the internal sources and coded through the tree codes. **Conclusions:** The potential of webQDA was verified in the optimization of the treatment steps and in-depth analysis of the empirical data for the mapping of qualitative indicators. As a limitation, given the two columns format of the articles, it was necessary to use the xlsx. format.

Keywords: Homeless Persons; Community Health Indicators; Nursing; Qualitative Research; Review.

CC BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.562-570

1. Introdução

A população em situação de rua (PSR) tem maiores taxas de morbidade e mortalidade quando comparada com a população em geral. Essas taxas estão associadas ao uso de drogas lícitas e ilícitas e transtornos mentais. Com isso, ocorre a maior demanda aos serviços de saúde para tratamento das condições agudas e crônicas (Fazel, Geddes, & Kushel, 2014).

O acesso aos serviços de saúde pela PSR é dificultado devido ao estigma, promovendo piora das condições de vida. A PSR é um grupo social situado abaixo da linha da pobreza, tendo como importante marca a exclusão social. No Brasil, nota-se o aumento da população que ocupa as ruas como espaço de abrigo e moradia (Teixeira, Belmonte, Engstrom, & Lacerda, 2019).

Na vigência da pandemia do novo Coronavírus, houve um aumento da PSR brasileira, tendo sido acrescido de famílias que perderam sua renda e moradia. O auxílio emergencial dado pelo Governo Federal, pode ter reduzido este contingente de novas famílias em situação de rua. Entretanto, ao término do auxílio, estima-se que novamente houve aumento expressivo da PSR.

O crescimento da PSR, por diversos motivos, demanda a diversificação dos modos de fornecer assistência qualificada nos diferentes níveis de atenção à saúde. Essa assistência tanto pode ser considerada como uma Boa Prática, quanto orientada por outras Boas Práticas em Saúde. Essas Boas Práticas estão relacionadas à melhor forma de identificar, implementar e avaliar as informações produzidas no contexto da saúde, assim como monitorar os resultados das intervenções no cuidado à saúde de usuários ou grupos populacionais. Além disso, consideram as melhores evidências ligadas à segurança, eficácia, efetividade, custo, adequação, valores sociais e éticos, e qualidade, o que resulta no aperfeiçoamento do cuidado à população (Perleth, Jakubowski, & Busse, 2001).

A literatura registra uma série de práticas realizadas junto à PSR, todavia pouco se sabe se essas práticas de fato resultam no qualitativo “boas”, que no presente estudo são entendidas como aquelas que utilizam indicadores de efetividade e avaliação do efeito produzido pelas intervenções no cuidado à saúde.

Os indicadores consistem em parâmetros quantitativos ou qualitativos que detalham os objetivos de uma proposta de acordo com a condução (avaliação do processo) ou o alcance (avaliação dos resultados). Esses indicadores são utilizados como sinalizadores da realidade, que instrumentalizam e não operam por si mesmos (Minayo, 2009).

Nesta perspectiva, as autoras verificaram a necessidade de mapear os indicadores qualitativos para as Boas Práticas em Saúde à PSR. Dessa forma, optou-se por uma revisão de escopo, pois tem como finalidade mapear evidências, explorar a amplitude e a extensão de um tema na literatura, e informar pesquisas futuras. Também é recomendada para identificar e analisar lacunas do conhecimento a respeito de determinado tópico de estudo (Peters et al., 2020).

A revisão de escopo geralmente envolve a gestão de um grande volume de informações provenientes de bases dados da literatura científica e cinzenta. Diante disso, o emprego de *Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software* (CAQDAS) se mostra como um importante suporte aos revisores para a organização, o tratamento e a ampliação da análise dos dados e, consequentemente, apoiam na produção das evidências científicas.

Estudo salienta a utilidade de *softwares* específicos para revisão associados aos *softwares* de análise qualitativa. De acordo com os autores, o uso de *software* torna a análise dos dados mais gerenciável e transparente, favorece a tomada de decisões, a codificação e a agregação dos temas. No caso dos *softwares* específicos, apresentam funções e ferramentas que possibilitam a auditoria de todas as etapas de revisão. Enquanto os *softwares* de análise qualitativa, apoiam a análise dos dados e a produção do relatório final (Soilemezi & Linceviciute, 2018).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.562-570

As autoras deste estudo optaram pelo uso do *software Web Qualitative Data Analysis* (webQDA), devido à experiência na utilização desse CAQDAS. O webQDA é orientado para a análise de dados qualitativos de maneira individual e colaborativa. Permite ao pesquisador editar, visualizar, interligar e organizar os dados, assim como criar categorias, codificar, controlar, filtrar, buscar e questionar os dados (Minayo & Costa, 2019).

Diante do exposto a pesquisa teve como questão norteadora: Quais as potencialidades e os limites do webQDA para análise qualitativa de dados gerados em uma revisão de escopo? O objetivo foi conhecer as potencialidades e os limites do webQDA para análise qualitativa de uma revisão de escopo sobre o mapeamento de indicadores qualitativos para as Boas Práticas em Saúde à PSR.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo, integrante de um projeto de maior âmbito que pretende a construção de indicadores de Boas Práticas na Atenção Primária em Saúde na perspectiva da Enfermagem em Saúde Coletiva. A primeira fase dele tratou-se de uma revisão de escopo de artigos originais de base empírica para levantar os estudos nacionais e internacionais acerca dos indicadores de efetividade das intervenções junto à PSR[1].

Esta pesquisa é baseada na experiência das autoras na utilização do *software* webQDA como apoio para a análise qualitativa dos dados coletados por meio da revisão de escopo.

O protocolo de revisão foi baseado no processo de revisão de escopo proposto pelo Instituto Joanna Briggs. Ele orientou a procura de estudos que atendessem aos critérios de elegibilidade: estudos publicados em língua inglesa, espanhola e portuguesa, sem delimitação do período de publicação; pesquisas primárias, empíricas, quantitativas e qualitativas de qualquer desenho ou metodologia. Os critérios de inclusão foram estudos que apontavam indicadores ou meios de avaliação de uma prática de cuidado à PSR; estudos que lidavam com avaliação de saúde da PSR decorrente de alguma intervenção; estudos que descreveram uma prática e sua avaliação do ponto de vista da mudança do perfil de saúde ou da condição pré-existente; e estudos que apontavam para o efeito de uma dada prática para a PSR. O critério de exclusão constituiu-se de estudos que apresentam a percepção dos profissionais de saúde sobre uma prática de cuidado a esta população específica.

A questão de revisão foi: Quais indicadores são utilizados para descrever as Boas Práticas em Saúde à PSR? Essa questão foi construída por meio da estratégia PCC, que definiu os elementos: P - População (população em situação de rua); C - Conceito (indicadores de Boas Práticas); C - Contexto (saúde).

A busca dos artigos nas bases de dados foi realizada em dezembro de 2019 e atualizada em agosto de 2020. A coleta de dados foi realizada nas bases de dados que apresentavam interface multidisciplinar sobre o objeto de pesquisa. As bases de dados consultadas foram: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* via PubMed (MEDLINE/PubMed), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PsycINFO, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), Scopus e *Excerpta Medical Database* (EMBASE). Também foi acessada a biblioteca virtual *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) como fonte adicional.

[1] Hino, P., Fornari, L. F., Santana, C., Oliveira, E., & Egry, E. Y. (2021). Indicadores de Boas Práticas em Saúde para a população em situação de rua: revisão de escopo. Submetido à publicação.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.562-570

Para a busca foram definidos e utilizados os seguintes termos de pesquisa: *homeless persons*, *homeless*, *runway, foster care*, *street people*, *health status indicators*, *primary care nursing* e *primary health care*. A estratégia de busca foi adotada de acordo com a especificidade de cada base de dados.

A seleção dos estudos de acordo com o título e o resumo foi realizada por meio do aplicativo Rayyan (Ouzzani, Hammady, Fedorowicz, & Elmagarmid, 2016). Enquanto a seleção dos artigos completos foi realizada por meio do *software* webQDA (Costa, Moreira, & Souza, 2019), que também deu suporte para o tratamento e a análise dos dados. Este estudo adotou a técnica de análise de conteúdo temática, que prevê cinco etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, interpretação e inferência (Bardin, 2011).

A técnica de análise de conteúdo temática foi adaptada ao webQDA. Este *software* é acessível pela internet, tem compatibilidade com diversos sistemas operacionais e permite o compartilhamento de informações entre os utilizadores (Freitas et al., 2017). Neste estudo, a primeira autora participou como gestora do projeto, a segunda autora como colaboradora e as demais como convidadas.

O *software* foi incorporado ao processo de análise qualitativa dos dados provenientes da revisão de escopo com a finalidade de organizar e sistematizar as informações, devido à sua flexibilidade no gerenciamento dos dados e na configuração dos resultados (Costa & Amado, 2018).

O webQDA está estruturado em quatro sistemas: Fontes (inserção dos dados), Codificação (criação das categorias descritivas e empíricas), Questionamento (cruzamento dos conjuntos de dados) e Gestão (organização do fluxo de trabalho individual e colaborativo). O Sistema de Fontes está dividido em internas, externas e notas. O Sistema de Codificação dispõe de códigos livres e árvore, descritores e classificações. O Sistema de Questionamento tem palavras mais frequentes, pesquisa de texto ou código, e matrizes. O Sistema de Gestão apresenta a inclusão dos utilizadores, o diário de bordo, o fluxo de trabalho e os registros.

3. Resultados e Discussão

Apesar de o webQDA dispor de funcionalidade específica para o desenvolvimento de revisões da literatura, neste estudo as autoras optaram por utilizar o aplicativo Rayyan no processo de triagem inicial dos títulos e resumos.

O Rayyan é um aplicativo gratuito para *web* que otimiza o processo de triagem inicial e a colaboração entre os revisores. Caracteriza-se pela facilidade de acesso às pesquisas, pela economia de tempo e pela simplicidade no compartilhamento e na comparação das decisões entre os revisores (Ouzzani et al., 2016).

A buscas realizadas nas sete bases de dados foram salvas no formato de arquivo BibTex e importadas para o aplicativo Rayyan. O aplicativo identificou automaticamente 254 artigos duplicados. Posteriormente, duas das autoras desse estudo realizaram a leitura de maneira independente e duplo cega dos 761 títulos e resumos selecionados. Em seguida, uma terceira autora realizou a revisão dos artigos que apresentaram divergência na decisão para inclusão ou exclusão do estudo (Fig. 1). Nos casos em que a dúvida sobre a seleção permaneceu, os artigos avançaram para a etapa seguinte correspondente à leitura na íntegra.

CC BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.562-570

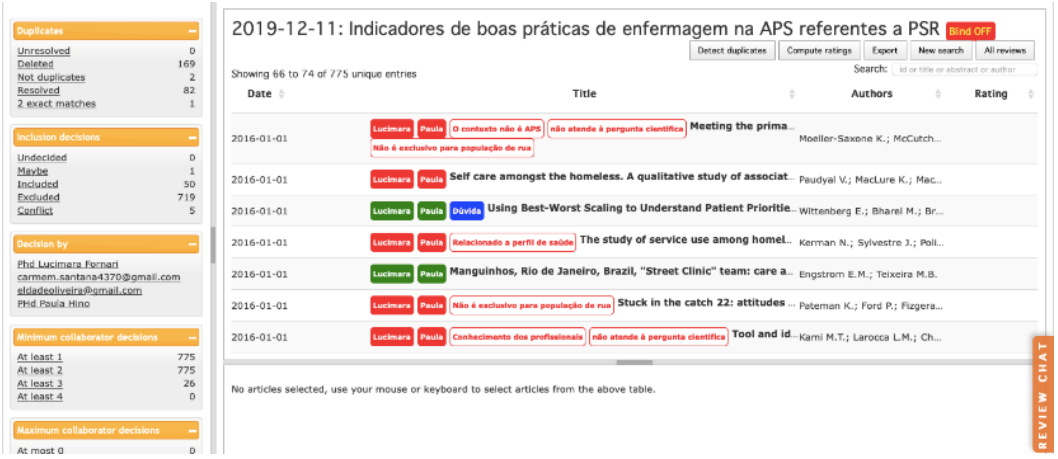
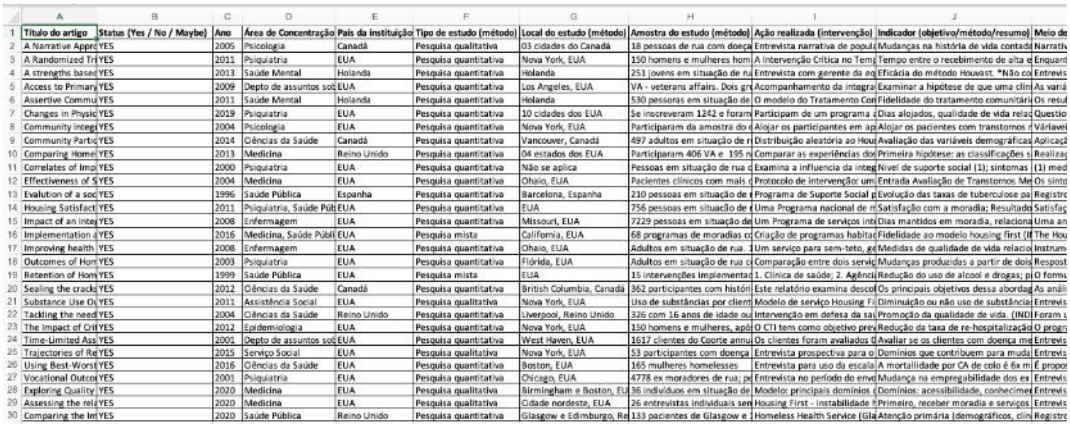


Fig. 1. Processo de triagem inicial dos títulos e resumos no aplicativo Rayyan.

Foram selecionados 82 artigos na íntegra e importados no formato *Portable Document Format* para o webQDA por meio do sistema de Fontes Internas. Contudo, no início do tratamento dos dados verificou-se que o *software* não permitia codificar os arquivos que tinham duas colunas. Diante disso, as autoras optaram por realizar a extração dos dados dos artigos na íntegra por meio de instrumento elaborado de acordo com a pergunta de revisão (Fig. 2), no qual foram verificados os seguintes itens: ano de publicação, área de concentração, país da instituição que produziu o artigo, tipo de estudo, amostra do estudo, local do estudo, ação realizada, indicador de qualidade, meio de avaliação, resultado ou desfecho encontrado, benefícios do ponto de vista dos usuários e dos autores do estudo.



	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	
1	Título do artigo	Status (Yes / No / Maybe)	Ano	Área de Concentração	País da instituição	Tipo de estudo (método)	Local do estudo (método)	Amostra do estudo (método)	Ação realizada (intervenção)	Indicador (objetivo/método/resumo)	Meio de
2	A Narrative Appr	YES	2005	Psicologia	Canadá	Pesquisa qualitativa	03 cidades do Canadá	18 pessoas de rua com doença	Entrevista narrativa de popul	Mudanças na história de vida contada	Narrati
3	A Randomized Tri	YES	2011	Psiquiatria	EUA	Pesquisa quantitativa	Nova York, EUA	150 homens e mulheres hom	A Intervenção Crítica no Tem	Tempo entre o recebimento de alta e	Enquant
4	A strengths based	YES	2013	Saúde Mental	Holanda	Pesquisa quantitativa	Holanda	251 jovens em situação de ru	Entrevista com gerente da eq	Eficácia do método Housest. *Não co	Entrevis
5	Access to Primary	YES	2009	Depto de assuntos soc	EUA	Pesquisa quantitativa	Los Angeles, EUA	VA - veterans affairs. Dois gra	Acompanhamento da integra	Examinar a hipótese de que uma clín	As variá
6	Assertive Commu	YES	2011	Saúde Mental	Holanda	Pesquisa quantitativa	Holanda	530 pessoas em situação de	O modelo do Tratamento Com	Fidelidade do tratamento comunitário	Os resu
7	Changes in Physic	YES	2019	Psiquiatria	EUA	Pesquisa quantitativa	10 cidades dos EUA	Se inscreveram 1242 e foram	Participam de um programa d	Dias alojados, qualidade de vida relac	Questio
8	Community Integ	YES	2004	Psicologia	EUA	Pesquisa quantitativa	Nova York, EUA	Participaram da amostra do e	Alojar os participantes em ap	Alojar os pacientes com transtornos r	Variável
9	Community Partic	YES	2014	Ciências da Saúde	Canadá	Pesquisa quantitativa	Vancouver, Canadá	497 adultos em situação de r	Distribuição aleatória ao Hou	Avaliação das variáveis demográficas	Aplicaç
10	Comparing Home	YES	2013	Medicina	Reino Unido	Pesquisa quantitativa	04 estados dos EUA	Participaram 406 VA e 195 n	Comparar as experiências dos	Primeira hipótese: as classificações s	Realiza
11	Correlates of Imp	YES	2000	Psiquiatria	EUA	Pesquisa quantitativa	Não se aplica	Pessoas em situação de rua c	Examina a influencia da integ	Nivel de suporte social (1); sintomas	(1) med
12	Effectiveness of S	YES	2004	Medicina	EUA	Pesquisa quantitativa	Ohaio, EUA	Pacientes clínicos com mais d	Protocolo de intervenção: um	Entrada Avaliação de Transtornos Me	Os sinto
13	Evalution of a soc	YES	1996	Saúde Pública	Espanha	Pesquisa quantitativa	Barcelona, Espanha	210 pessoas em situação de r	Programa de Suporte Social p	Evolução das taxas de tuberculose pa	Registro
14	Housing Satisfact	YES	2011	Psiquiatria, Saúde Púb	EUA	Pesquisa quantitativa	EUA	756 pessoas em situação de r	Uma Programa nacional de r	Satisfação com a moradia; Resultado	Satisfaç
15	Impact of an Inte	YES	2008	Enfermagem	EUA	Pesquisa quantitativa	Missouri, EUA	7229 pessoas em situação de	Um Programa de serviços int	Dias mantidos em moradia, relaciona	Uma an
16	Implementation a	YES	2016	Medicina, Saúde Públ	EUA	Pesquisa mista	California, EUA	68 programas de moradias co	Criação de programas habita	Fidelidade ao modelo housing first (If	The Hou
17	Improving health	YES	2008	Enfermagem	EUA	Pesquisa quantitativa	Ohaio, EUA	Adultos em situação de rua. 1	Um serviço para sem-teto, ge	Medidas de qualidade de vida relacio	Instrum
18	Outcomes of Hom	YES	2003	Psiquiatria	EUA	Pesquisa quantitativa	Flórida, EUA	Adultos em situação de rua c	Comparação entre dois serviç	Mudanças produzidas a partir de dois	Respost
19	Retention of Hom	YES	1999	Saúde Pública	EUA	Pesquisa mista	EUA	15 intervenções implementad	1. Clínica de saúde; 2. Agênci	Redução do uso de alcool e drogas; pi	O formu
20	Sealing the cracks	YES	2012	Ciências da Saúde	Canadá	Pesquisa quantitativa	British Columbia, Canadá	362 participantes com histór	Este relatório examina descol	Os principais objetivos dessa abordag	As análi
21	Substance Use Di	YES	2011	Assistência Social	EUA	Pesquisa qualitativa	Nova York, EUA	Uso de substâncias por client	Modelo de serviço Housing Fi	Diminuição ou não uso de substância	Entrevis
22	Tackling the need	YES	2004	Ciências da Saúde	Reino Unido	Pesquisa quantitativa	Liverpool, Reino Unido	326 com 16 anos de idade ou	Intervenção em defesa da sa	Promoção da qualidade de vida. (IND	Foram u
23	The impact of Onl	YES	2012	Epidemiologia	EUA	Pesquisa quantitativa	Nova York, EUA	150 homens e mulheres, após	O CTI tem como objetivo prev	Redução da taxa de re-hospitalização	O progr
24	Time-Limited Ass	YES	2001	Depto de assuntos soc	EUA	Pesquisa quantitativa	West Haven, EUA	1617 clientes do Coorte annu	Os clientes foram avaliados d	Avaliar se os clientes com doença me	Entrevis
25	Trajectories of Re	YES	2015	Serviço Social	EUA	Pesquisa qualitativa	Nova York, EUA	53 participantes com doença	Entrevista prospectiva para o	Domínios que contribuem para muda	Entrevis
26	Using Best-Worst	YES	2016	Ciências da Saúde	EUA	Pesquisa quantitativa	Boston, EUA	165 mulheres homelesses	Entrevista para uso da escala	A mortalilidade por CA de colo é 6x m	É propo
27	Vocational Outco	YES	2001	Psiquiatria	EUA	Pesquisa quantitativa	Chicago, EUA	4778 ex moradores de rua; pe	Entrevista no período do envo	Mudança na empregabilidade dos ex	Entrevis
28	Exploring Quality	YES	2020	Medicina	EUA	Pesquisa qualitativa	Birmingham e Boston, EU	36 indivíduos em situação de	Modelo: principais domínios (	Domínios: acessibilidade, conhecimen	Entrevis
29	Assessing the rel	YES	2020	Medicina	EUA	Pesquisa qualitativa	Cidade nordeste, EUA	26 entrevistas individuais sen	Housing First - instabilidade h	Primeiro, receber moradia e serviços	Entrevis
30	Comparing the Im	YES	2020	Saúde Pública	Reino Unido	Pesquisa quantitativa	Glasgow e Edimburgo, Re	133 pacientes de Glasgow e 1	Homeless Health Service (Gla	Atenção primária (demográficos, clín	Registro

Fig. 2. Instrumento de extração dos dados dos artigos na íntegra.

Quatro autoras do estudo ficaram responsáveis pela leitura de 16 artigos cada e uma autora ficou responsável pela leitura de 18 artigos. Após a leitura de todos os artigos foi marcada uma reunião *online* através da Plataforma *Google Meet*, na qual cada artigo foi apresentado seguido pela justificativa da inclusão ou exclusão. Nesta etapa da revisão foram excluídos 56 artigos.

Devido ao tempo decorrido entre a busca dos artigos nas bases de dados e a triagem dos artigos completos, verificou-se a necessidade de atualização da busca oito meses após a primeira, sendo rastreados 11 artigos elegíveis para a revisão de escopo. Esses artigos foram lidos na íntegra por duas autoras do estudo de forma independente. Posteriormente, houve o agendamento de uma nova reunião *online* com o grupo das autoras do estudo para a definição da amostra final (29 artigos).

CC BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.562-570

O instrumento preenchido com as informações dos 29 artigos foi incorporado ao webQDA. Para tanto, foi utilizada a funcionalidade de codificação direta, na qual os dados correspondentes à caracterização dos artigos (ano de publicação, área de concentração, país da instituição que produziu o artigo, tipo de estudo, amostra do estudo e local do estudo) foram codificados automaticamente como códigos descritivos (Fig. 3).

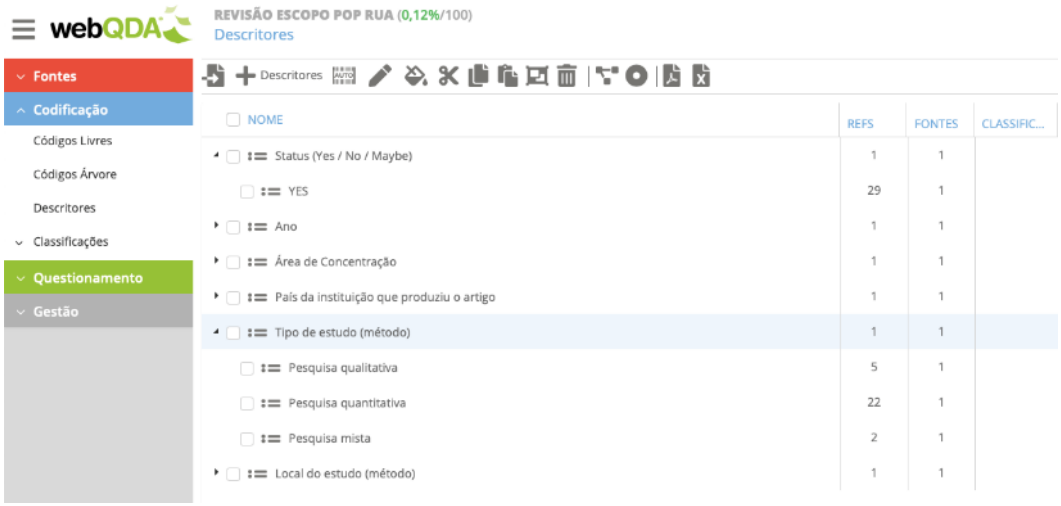


Fig. 3. Códigos descritivos associados à revisão de escopo.

As demais informações associadas aos dados empíricos dos artigos (ação realizada, indicador de qualidade, meio de avaliação, resultado ou desfecho encontrado, benefícios do ponto de vista dos usuários e dos autores do estudo) foram importadas para o sistema de Fontes Internas e submetidas à técnica de análise de conteúdo temática.

No webQDA, as categorias empíricas foram construídas por meio dos códigos árvores (Fig. 4). A primeira autora do estudo realizou a codificação de todos os dados e a segunda autora realizou a validação por meio da funcionalidade da codificação oculta.



Fig. 4. Códigos árvores associados à revisão de escopo.

Os indicadores qualitativos, correspondentes à cada artigo selecionado, foram agrupados em quatro categorias empíricas: Relação do usuário com os serviços de atendimento; Avaliação das condições de saúde e doença; Avaliação da inclusão social e Avaliação de mudanças nas características comportamentais e psicológicas (Quadro 1).

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.562-570

Tabela 1. Descrição das categorias de indicadores e seus respectivos indicadores.

Categorias de indicadores	Indicadores
Relação do usuário com o serviço de atendimento	Acesso e uso dos serviços de saúde; Número e frequência de internação hospitalar ou psiquiátrica; Adesão ao projeto terapêutico-cuidativo; Aumento da confiança nos profissionais; *Working aliance* e relação médico-paciente; Assistência jurídica e sistema de justiça; Motivos para permanência e saída do programa; Qualidade do cuidado primário; Melhoria do acesso ao cuidado; Experiências nos serviços.
Avaliação das condições de saúde e doença	Frequência e intensidade do consumo de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas; Melhoria da saúde física, mental e sexual; Melhoria da qualidade de vida; Avaliação dos transtornos mentais, condições médicas e doenças infeciosas; Efetividade das condições médicas; Evolução das taxas de tuberculose.
Avaliação de inclusão social	*Housing stability*, estado de moradia, tempo sem teto e satisfação com a moradia; Participação social e melhoria nos relacionamentos interpessoais e com a comunidade; Suporte e apoio social; Emprego e renda.
Avaliação de mudanças nas características comportamentais e psicológicas	Necessidades de cuidados psicológicos e específicas dos moradores de rua; Satisfação geral com a vida e saúde, resultados subjetivos e funcionais; Escolhas e mudanças de vida; Sensação de segurança e proteção; Comportamento de busca de ajuda e funcionamento mental e social; *Coping*; Resiliência; Vitimização; Sentimento de esperança; Incapacidade intelectual; Modelo comportamental; Recuperação clínica, existencial, funcional, física e social; Gestão das condições agudas e crônicas.

O quadro contendo a síntese dos indicadores qualitativos para as Boas Práticas em Saúde à PSR foi validado pelas demais autoras do estudo considerando sua expertise no tema da revisão de escopo.

Compreende-se que a revisão envolve um processo de trabalho complexo e árduo, que se mostra desafiador diante da necessidade de coerência interna, abrangência na busca de estudos, transparência e rigor em todas as etapas de desenvolvimento. Assim, ressalta-se a importância de utilizar um *software* para dar suporte para a organização das etapas de revisão e dos achados, de forma a obter sínteses coerentes e robustas, que contribuam para a produção de conhecimentos (Soares, 2019).

O processo de revisão pode ser otimizado por meio da utilização de *softwares* que apoiam a organização, o tratamento e a análise dos dados. Eles também reforçam a adequação das etapas do percurso metodológico e promovem credibilidade às evidências científicas (Fornari & Pinho, 2019). Dessa forma, considera-se que os *softwares* potencializam a construção das revisões por meio da organização dos dados, e influenciam no tempo de duração, na transparência metodológica e no trabalho colaborativo entre os membros da equipe de investigação (Dixon-Woods, Fitzpatrick, & Roberts, 2001; Grant & Booth, 2009).

Revisão da literatura sobre o uso de ferramentas digitais como apoio para o desenvolvimento de revisões, verificou que as ferramentas específicas foram fundamentais na etapa de seleção dos documentos e no tratamento dos dados. Contudo, apesar de serem específicas para revisões, não foram utilizadas em todas as etapas metodológicas. No que se refere às ferramentas de análise qualitativa, foram primordiais na etapa de tratamento e síntese dos dados (Fornari, Pinho, de Almeida, & Costa, 2019).

Na presente revisão, as ferramentas digitais de apoio foram utilizadas em todas as etapas da metodologia, com exceção do momento de elaboração do protocolo de revisão. A experiência das autoras revela que o processo de revisão foi otimizado diante da facilidade de gerenciamento dos dados por meio das ferramentas, que possibilitou maior tempo para a produção das análises e reflexões sobre os indicadores qualitativos para as Boas Práticas em Saúde à PSR.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.562-570

Estudo realizado a partir de uma revisão sistemática sobre o impacto dos *softwares* de análise qualitativa na reflexividade dos investigadores, verificou que os *softwares* foram responsáveis pelo aprimoramento da coleta, exploração e codificação dos dados. A utilização desses *softwares* também potencializou as ações, análises e interpretações dos investigadores (Woods, Macklin, & Lewis, 2016).

Por fim, a partir da experiência das pesquisadoras na condução da presente revisão, considera-se que o percurso de revisão é influenciado por diferentes aspectos, como: pelo propósito e pela experiência dos investigadores em relação ao método e tema de investigação, pela quantidade e qualidade das publicações, pelo acesso e domínio dos recursos, pela perspectiva teórico e metodológica, e pelo tempo de desenvolvimento.

4. Conclusões

O *software* webQDA se mostrou potente para análise dos dados produzidos a partir de uma revisão de escopo, uma vez que apoiou a organização dos dados por meio da importação direta dos metadados extraídos das bases de dados de maneira sincronizada, ampliou o tratamento e aprofundou a análise do material empírico devido à possibilidade de apresentar as sínteses do conhecimento através do formato de texto, tabela e figura. Além disso, o fato de estar disponível na *web* favoreceu o trabalho colaborativo entre as autoras do estudo pertencentes à duas instituições de ensino superior distintas. Em época de distanciamento social, o *software* facilitou grandemente o desenvolvimento do estudo, especialmente na parte de análise e discussão. A participação de mais de um revisor no mesmo projeto favoreceu a credibilidade na seleção das publicações e na codificação dos resultados, uma vez que diminuiu o viés interpretativo. Os limites encontrados foram os relacionados à decodificação e análise do material empírico, os artigos em pdf., que quando dispostos em duas colunas necessitou a conversão em xlsx.

O estudo ressaltou o papel do webQDA unicamente como apoio para a análise dos dados empíricos, pois esses não são automaticamente codificados pelo *software*, mas requerem o conhecimento dos pesquisadores a respeito da técnica de análise dos dados proposta na metodologia, ao processo de desenvolvimento da revisão de escopo e à aproximação com o tema objeto de estudo.

Agradecimentos

Agradecemos à Bibliotecária-Chefe da Universidade Federal de São Paulo Campus São Paulo Dra. Andreia do Carmo pelo apoio na busca dos dados. Esta pesquisa é resultado de projeto financiado por Bolsa de Produtividade em Pesquisa do CNPq, por Bolsa do Programa Nacional de Pós-Doutorado da CAPES, e pelo CNPq – Processo 408589/2018-3.

5. Referências

Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.

Blismas, N. G., & Dainty, A. R. J. (2003). Computer-aided qualitative data analysis: Panacea or paradox? *Building Research and Information*, *31*(6), 455–463. https://doi.org/10.1080/0961321031000108816

Costa, A. P., & Amado, J. (2018). *Content Analysis Supported by Software*. Aveiro - Portugal: Ludomedia.

Costa, A. P., Moreira, A., & Souza, F. N. de. (2019). webQDA - Qualitative Data Analysis. Aveiro - Portugal: Aveiro University and MicroIO.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.562-570

Fazel, S., Geddes, J. R., & Kushel, M. (2014). The health of homeless people in high-income countries: Descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *The Lancet*, *384*(9953), 1529–1540. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61132-6

Freitas, F., Ribeiro, J., Brandao, C., Reis, L. P., Souza, F. N. de, & Costa, A. P. (2017). Learn by yourself: The Self-Learning Tools for Qualitative Analysis Software Packages. *Digital Education Review*, (32), 97–117.

Minayo, M. C. de S. (2009). The construction of qualitative indicators for the evaluation of changes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, *33*(Supl. 1), 83–91.

Minayo, M. C. de S., & Costa, A. P. (2019). *Techniques that use speech, observation and empathy: qualitative research in action*. Aveiro - Portugal: Ludomedia.

Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, *5*(1). https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4

Perleth, M., Jakubowski, E., & Busse, R. (2001). What is “best practice” in health care? State of the art and perspectives in improving the effectiveness and efficiency of the European health care systems. *Health Policy*, *56*(3), 235–250. https://doi.org/10.1016/S0168-8510(00)00138-X

Peters, M., Godfrey, C., Mcinerney, P., Munn, Z., Tricco, A., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBI Manual for Evidence Synthesis*.

Soilemezi, D., & Linceviciute, S. (2018). Synthesizing Qualitative Research: Reflections and Lessons Learnt by Two New Reviewers. *International Journal of Qualitative Methods*, *17*(1), 1–14. https://doi.org/10.1177/1609406918768014

Teixeira, M. B., Belmonte, P., Engstrom, E. M., & Lacerda, A. (2019). The invisible urban dwellers: the stigma of People Living in the Streets in Rio de Janeiro. *Saúde Em Debate*, *43*(7), 92–101. https://doi.org/10.1590/0103-11042019s707

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.562-570

Impacto de la pandemia COVID-19 en colectivos vulnerables a través de la mirada de los estudiantes de enfermería: Un proyecto educativo con Photovoice

Elena Andina Díaz[1], José Siles González[2], Néstor Serrano Fuentes[3], Lindsay Welch[3], Gema del Blanco Ubiergo[1] y MCarmen Solano Ruiz[2]

[1] Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Universidad de León, España | elena.andina@unileon.es; gblau@unileon.es | https://orcid.org/0000-0001-9687-1967; https://orcid.org/0000-0002-9067-9189

[2] Departamento de Enfermería, Universidad de Alicante, España | jose.siles@ua.es; carmen.solano@ua.es | https://orcid.org/0000-0003-3046-639X; https://orcid.org/0000-0001-8720-8397

[3] School of Health Sciences, University of Southampton, United Kingdom | n.serrano-fuentes@soton.ac.uk; lw13e14@soton.ac.uk | https://orcid.org/0000-0003-3085-7593; https://orcid.org/0000-0001-5564-2252

Resumen: Introducción: Las nuevas estrategias de enseñanza de los universitarios sugieren la integración de metodologías dinámicas en las que se trabaje activamente su pensamiento crítico. La fotografía reflexiva o Photovoice se ha utilizado en el ámbito educativo con el fin de formar conocimientos sobre la esfera social. **Objetivo:** desarrollar un proyecto educativo en la que, a través del Photovoice, se promoviera el pensamiento crítico en estudiantes de enfermería. **Métodos**: Investigación Acción Participativa, concretamente Photovoice. El proyecto educativo se llevó a cabo en tres contextos diferentes: estudiantes de enfermería de la Universidad de León (España), de Alicante (España) y de Southampton (Reino Unido). El tema elegido: el impacto que la pandemia COVID-19 estaba causando en grupos socioeconómicos bajos y minorías étnicas. Los alumnos salieron a la calle y fotografiaron dicho impacto. Cada fotografía la acompañaron de una explicación (narrativa). Posteriormente en el aula se realizó un grupo de discusión, mediante el que analizaron cualitativamente las fotografías/narrativas, estableciendo categorías. Para representar cada categoría, se seleccionaron fotografías. Finalmente se construyó una exposición fotográfica para promover la reflexión en el resto de la comunidad. **Resultados**: 84 alumnos participaron del proyecto. Las categorías “hambre”, “sin hogar”, “barrios desfavorecidos”, “trabajando en la calle”, “silencio en las calles” y “minorías étnicas” que emergieron de los datos sirvieron como hilo para que los estudiantes reflexionaran sobre el impacto que la pandemia COVID-19 estaba causando en grupos socioeconómicos bajos y minorías étnicas. **Conclusiones**: Este proyecto educativo mostró cómo, a través de la herramienta del Photovoice, se promovió el pensamiento crítico en estos estudiantes, en tres contextos diferentes. El Photovoice parece ser una herramienta original, simple y económica para promover pensamiento crítico de los universitarios respecto a las dimensiones sociales y culturales de la salud. Algo muy importante dado que ellos son futuros promotores de cambios de salud de la comunidad**.**

Palabras clave: Investigación Cualitativa; Photovoice; Estudiantes de Enfermería; Pensamiento Crítico; Colectivos Vulnerables; COVID-19.

Impact of the COVID-19 pandemic on vulnerable groups through the gaze of nursing students: an educational project with Photovoice

Abstract: **Introduction**: New teaching strategies for higher education suggest integrating dynamic methodologies. Thus, university students’ critical thinking can be actively worked. Reflective photography or photovoice has been used in the educational field to form knowledge about the social context. **Goals**: To develop an educational project where critical thinking is promoted in nursing students using photovoice. **Methods**: Participatory Action Research, specifically photovoice. The educational project was carried out in three different geographical areas: nursing students from the University of León (Spain), Alicante (Spain) and Southampton (United Kingdom). The chosen topic was the impact of COVID-19 pandemic on lower socioeconomic groups and ethnic minorities. The students accessed the community context and photographed this impact. Each photograph was accompanied by an explanation (narrative). Then, a discussion group was conducted in seminars where they analysed the photographs/narratives qualitatively, establishing categories. Photographs were selected to represent each category. Finally, a photographic exhibition was built to promote reflection at the community level. **Results**: 84 students participated in the project. The categories "hunger", "homeless", "disadvantaged neighbourhoods", "working in the streets", "silence in the streets" and "ethnic minorities" emerged from the data and served as a thread for students to reflect on the impact of COVID-19 pandemic on these vulnerable groups. **Conclusions**: This educational project, which used the photovoice tool, showed how critical thinking was promoted in students across different countries. Photovoice seems to be an original, simple, and inexpensive tool to encourage university students' critical thinking regarding the social and cultural dimensions of health. This is relevant since they are the future promoters of community health changes.

Keywords: Qualitative Research; Photovoice; Nursing Students; Critical Thinking; Vulnerable Populations; COVID-19.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.571-581

1. Introducción

Las nuevas estrategias de enseñanza y aprendizaje de los estudiantes universitarios en ciencias de la salud sugieren la combinación de la educación tradicional, centrada en la adquisición de conocimientos y en la formación de comportamientos, con metodologías en las que se integran dimensiones como los valores, las creencias, los sentimientos, las experiencias o las circunstancias de los estudiantes, así como la creatividad y el pensamiento crítico (Jin & Bridges, 2016). Estas nuevas tendencias requieren que los estudiantes participen e interactúen directamente en el proceso de aprendizaje, lo que constituye un importante desafío para los académicos. Algunos de los objetivos que estos nuevos enfoques de enseñanza pretenden abordar son los siguientes: adquirir conocimientos, acercar los conceptos teóricos a los prácticos y lograr que los estudiantes lleguen a comprender mejor la naturaleza compleja y/o fenómenos complejos como los relacionados con la salud y el cuidado (Siles-González & Solano-Ruiz, 2017).

Como docentes, si queremos orientarlos en esa dirección, debemos promover experiencias relacionadas con la salud-enfermedad y el cuidado, además de promover el diálogo crítico. De esta manera, las técnicas y los métodos cualitativos, enmarcados en los paradigmas interpretativos y críticos, se han utilizado de diferentes maneras en el ámbito académico de nuestra disciplina para promover tal reflexión (Edwards et al., 2018; Siles-González & Solano-Ruiz, 2017).

La fotografía también se ha utilizado en el ámbito educativo reflexivo (Bran et al., 2015; De Lina et al., 2018; Kronk et al., 2015; Mullen et al., 2017), con el fin de crear imágenes y formar conocimientos sobre la esfera social. Así, algunos estudios han utilizado la fotografía participativa o Photovoice. Desde su desarrollo en la década de 1990, a través de una investigación centrada en contextos de conciencia crítica y teoría feminista, el método se ha estado utilizando en la educación sanitaria y en campos conexos (Díez et al., 2017; Evans-Agnew et al., 2017; García Leal et al., 2018; Johnston, 2016).

Encontramos escasos estudios en los que el Photovoice haya sido utilizado como herramienta educativa en estudiantes universitarios de diferentes disciplinas, entre ellas, de ciencias de la salud (Andina-Díaz, 2020; Coronado et al., 2020; Fernandes et al., 2018; Gallagher & Stevens, 2015). Por ello, nos planteamos la siguiente pregunta de investigación: ¿la utilización del photovoice en estudiantes universitarios favorece el pensamiento crítico? El hecho de realizar investigaciones utilizando dicha herramienta, en diferentes contextos, nos ayudará a ampliar el conocimiento sobre su utilidad.

El objetivo de este trabajo se centró en desarrollar un proyecto educativo en estudiantes de enfermería el que, a través de la herramienta del Photovoice, se promoviera el pensamiento crítico y la reflexión con respecto a la afectación de la pandemia en grupos vulnerables.

2. Metodología

2.1 Diseño

Investigación Acción Participativa (IAP), concretamente Photovoice. El Photovoice es una metodología/herramienta enmarcada dentro de la IAP que permite a las personas "identificar, representar y mejorar su comunidad a través de una técnica fotográfica específica" (Wang & Burris, 1997). Siguiendo sus pautas básicas, en nuestro estudio, esta fotografía participativa nos permitió: i) que los estudiantes registraran y reflejaran las fortalezas y las preocupaciones de un tema, y ii) se promoviera el diálogo crítico y el conocimiento sobre cuestiones importantes mediante el debate de las fotografías en grupos pequeños y grandes.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.571-581

2.2 Emplazamiento y Participantes

Este proyecto se llevó a cabo en tres contextos diferentes por separado. Por una parte, en la Universidad de León (España), con estudiantes matriculados en la asignatura "Proyectos de Cooperación Sanitaria y Ayuda Humanitaria" (4º curso, Grado Enfermería, campus Vegazana). Por otra parte, en la Universidad de Alicante (España), con estudiantes matriculados en la asignatura "Cultura de los Cuidados, Educación para el Desarrollo y Pensamiento Crítico" (4º curso, Grado Enfermería). Por otra parte, en la Universidad de Southampton (Reino Unido), con estudiantes matriculados en la asignatura "Global and Public Health" (1º curso, Enfermería).

Se invitó a todos los estudiantes matriculados en las tres asignaturas que participaran de manera voluntaria.

2.3 Procedimiento

Este proyecto educativo estuvo compuesto por 3 sesiones. Las 3 sesiones se llevaron a cabo durante los meses de noviembre/diciembre de 2020 con los estudiantes de la Universidad de Alicante, durante los meses de enero/febrero de 2021 con los estudiantes de la Universidad de León, y durante los meses de febrero-marzo de 2021 con los estudiantes de la Universidad de Southampton.

El tema con el que se trabajó fue el impacto que la pandemia COVID-19 estaba causando en grupos socioeconómicos bajos y minorías étnicas. Un tema que estaba alineado con los contenidos docentes de las tres asignaturas.

En una primera sesión (60 min), en el aula:

En primer lugar, se explicaron las características básicas de los colectivos vulnerables en los que debían centrar su mirada, grupos socioeconómicos bajos y minorías étnicas, incidiendo en cómo la COVID-19 estaba impactando en sus vidas, por acrecentar las disparidades sociales, económicas, o relativas a la salud, entre otras (United Nations, 2020), con varios ejemplos.

Seguidamente se expusieron los conceptos básicos de la metodología del Photovoice, incidiendo en 3 pasos: Fotodocumentación, Fotoelicitación y Exposición en Galería (Wang & Burris, 1997).

Se les explicó lo que debían realiza en la siguiente sesión: salir a la calle y, ayudados con sus móviles/tablets/cámaras, tomar 3 fotografías en su comunidad centradas en el objetivo expuesto: "retratar el impacto que la COVID-19 ha causado en la vida/salud de colectivos vulnerables (minorías étnicas y grupos socioeconómicos bajos)". Cada una de las 3 fotografías debía ser acompañada por una narrativa, siguiendo el modelo SHOWED, específico del Photovoice (Wallerstein & Bernstein, 1988; Wang & Burris, 1997). Dicho modelo cuenta con 6 preguntas a las que hay que dar respuesta: ¿Qué se ve en esta fotografía?, ¿Qué está realmente pasando?, ¿Cómo se relaciona esto con nuestras vidas?, ¿Por qué existe este problema?, ¿Cómo puede esta imagen educar a la gente?, ¿Qué podemos hacer al respecto? Para ello se les entregaron copias de dicho modelo.

Se les entregó también copias de los Consentimientos Informados pertinentes (Aspectos éticos).

En una segunda sesión (120 min), se realizó la salida a la comunidad (Fotodocumentación). Cada alumno, solo o en grupo, eligió la zona/barrio de la ciudad en la que sacar las 3 fotografías, así como las escenas/personajes.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.571-581

En una tercera sesión (120 min), en el aula, se llevó a cabo una exposición de las fotografías/narrativas realizadas por los alumnos y un grupo de discusión para reflexionar sobre ellas. Inicialmente se distribuyeron a todos los alumnos de la asignatura en dos grupos (dos clases) de 20-25 alumnos.

Dentro del aula, se formaron grupos de 5 estudiantes (4-5 grupos por aula). En primer lugar, en cada grupo de 5, cada estudiante debía explicar a los otros 4 las tres fotografías seleccionadas utilizando sus narraciones basadas en SHOWED. Se generó un debate dentro del grupo, en el que seleccionaron las cinco fotografías/narrativas SHOWED que reflejaban mejor la realidad de esos colectivos.

En segundo lugar, se formó un debate entre todos los estudiantes del aula. Con todas las fotografías/narrativas SHOWED (5 por grupo, 20-25 por aula), los estudiantes realizaron un análisis de estas, estableciendo diferentes temas o categorías. Para representar cada una de esas categorías, se seleccionaron algunas fotografías (Fotoelicitación).

Finalmente, las fotografías se expusieron en las paredes de la facultad (simulando una Exposición en galería), con el fin de promover la reflexión entre el resto de la comunidad universitaria.

2.4 Análisis de Datos

Se realizó un análisis de contenido temático de las fotografías/narrativas, de manera grupal, en la tercera sesión. En este análisis participaron todos los estudiantes, estableciendo categorías. Los profesores dieron pautas y guiaron a los estudiantes en dicho proceso.

Posteriormente, dos miembros del equipo investigador realizaron un análisis de contenido temático conjunto, con los datos de los tres contextos, reagrupando las categorías y validando. Para ello, se siguieron los pasos propuestos por Giorgi (1997): (i) lectura detallada de las narrativas, así como una observación de todas las fotografías; (ii) extracción de código y agrupación en categorías; (iii) el contenido de cada una de las categorías analizadas fue interpretado considerando las reflexiones descritas en las narrativas y las categorías que habían surgido en los grupos de debate en el aula. No se utilizó ningún marco predeterminado para realizar el análisis de datos cualitativos. Los códigos y categorías se extrajeron de las narrativas y las fotografías. Se utilizó el software MAXQDA 2020® para respaldar este análisis. Los resultados fueron mostrados al resto de miembros del equipo de investigación, para llegar a un consenso, manteniendo en todo momento una actitud reflexiva y crítica.

2.5 Aspectos Éticos

Los estudiantes firmaron un Consentimiento Informado (voluntariedad, cesión de imágenes, confidencialidad). Los estudiantes llevaron una copia de un Consentimiento Informado para dárselo a firmar a las personas que aparecieran en sus fotografías (voluntariedad, cesión de imágenes, confidencialidad). Este proyecto cuenta con el informe favorable de los Comités de Ética de las tres universidades implicadas (ETICA-ULE-039-2020; UA-2020-12-04; US-62375).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.571-581

3. Resultados

En el proyecto educativo participaron 84 estudiantes de las tres universidades.

De las fotografías y narrativas surgieron 6 categorías: “hambre”, “sin hogar”, “barrios desfavorecidos”, “trabajando en la calle”, “silencio en las calles”, “minorías étnicas”. Todas ellas sirvieron como hilo para que los estudiantes reflexionaran sobre el impacto que la pandemia COVID-19 estaba causando en grupos socioeconómicos bajos y minorías étnicas.

3.1 Hambre

En esta categoría los estudiantes incluyeron historias en las que se hablaba del hambre. Se reflexionó sobre cómo a causa de la pandemia, muchas familias se habían quedado sin trabajo, por tener que estar confinados y/o por quiebra de negocios al no ser rentables ya. Este hecho trajo como consecuencia que no contaran con recursos económicos suficientes para poder satisfacer sus necesidades básicas, entre ellas, la de alimentación.

En las figuras 1, 2 y 3 se muestran imágenes de bolsas de alimentos, sobre una mesa de un banco de alimentos, la entrada de una Organización No Gubernamental donde reparten alimentos a gente con bajos recursos, y un hombre buscando comida en un contenedor.



Fig. 1. Buscando ayuda de la caridad.



Fig. 2. Cruz Roja.



Fig. 3. Buscando en contenedores.

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.571-581

3.2 Sin Hogar

En esta categoría los estudiantes incluyeron ilustraciones en las que se abordaba el tema de las personas sin hogar, y cómo sus vidas se habían visto seriamente afectadas por las medidas impuestas a consecuencia de la pandemia (uso de mascarilla, higiene extrema, distancia de seguridad…). En las figuras 4, 5 y 6 se retrató el día a día de algunas personas sin hogar.



Fig. 4. Cazarrecompensas.



Fig. 5. Mi casa en pandemia.



Fig. 6. Vendo pañuelos.

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.571-581

3.3 Barrios Desfavorecidos

En esta categoría los estudiantes mostraron algunos barrios desfavorecidos de su ciudad, como se ve en las figuras 7, 8 y 9.



Fig. 7. Cultura y Covid.



Fig. 8. Mal barrio.



Fig. 9. Búsqueda.

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.571-581

3.4 Trabajando en la Calle

En esta categoría los estudiantes incluyeron historias de personas que contaban con diferentes trabajos/oficios que, antes de la pandemia, se desarrollaban en la calle, y que como consecuencia de la pandemia tuvieron que readaptarse o cerrar. Ejemplos de ello fueron el ocio ambulante (figura 10), o los mercados ambulantes (figuras 11 y 12).



Fig. 10. Ocio ambulante.



Fig. 11. Mercado.



Fig. 12. No hay mercado.

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.571-581

3.5 Silencio de Calles

En esta categoría los estudiantes discutieron el impacto que la pandemia estaba teniendo en los autónomos y pequeños comercios, como tiendas y bares. Sus cierres obligados estaban afectando a sus vidas a nivel económico y de salud (figuras 13 y 14).



Fig. 13. Cierre obligado.



Fig. 14. La otra cara del covid.

3.6 Minorías Étnicas

En esta categoría los estudiantes hablaron del impacto de la pandemia en los colectivos de inmigrantes, resaltando la necesidad de crear lazos, y extenderlos al resto de la comunidad, para sobrevivir (figuras 15 y 16).



Fig. 15. Unión.



Fig. 16. Lazos entre iguales.

4. Discusión y Conclusiones

Este proyecto educativo describe cómo, a través de la herramienta del Photovoice, se consiguió promover el pensamiento crítico en estos grupos de estudiantes, en tres contextos diferentes. Los alumnos salieron a la calle para fotografiar el impacto que la pandemia COVID-19 había originado en grupos socioeconómicos bajos y minorías étnicas en su ciudad. Para ello tuvieron que pensar previamente en los lugares/situaciones/colectivos afectados a visitar, y en cómo retratarlos. Posteriormente, el debate establecido en el aula, exponiendo las fotografías y narrativas, y el análisis/categorización, sirvió para estimular su pensamiento crítico al respecto.

En este caso, el Photovoice tuvo un efecto pedagógico significativo, ayudando a que los estudiantes de enfermería empatizaran y conocieran las dimensiones sociales y culturales de la salud, en un contexto de pandemia, a través de la reflexión y el pensamiento crítico. Algo muy importante, dado que ellos son futuros promotores de cambios de salud de la comunidad.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.571-581

No son muchos los estudios que se han encontrado publicados en los últimos años en los que se haya trabajado con el Photovoice como herramienta pedagógica en el ámbito de ciencias de la salud (Andina-Díaz, 2020; Coronado et al., 2020; Fernandes et al., 2018; Gallagher & Stevens, 2015), así como en otras disciplinas (Malka, 2021; Von Sommoggy et al., 2020). Los resultados de este estudio ayudan a dar consistencia al Photovoice como herramienta válida para tal fin. Además, la presentan como una técnica original, simple y económica.

Este trabajo cuenta con algunas limitaciones, como la homogeneidad de la muestra (el estudio se realizó sólo con estudiantes de enfermería), así como la forma en la que se recogieron las impresiones de los estudiantes (debate en el aula). Por ello, como futuras líneas de investigación sería interesante ponerla en práctica con otras temáticas, así como en estudiantes de otras titulaciones. Por último, sería pertinente recoger la opinión de los estudiantes paralelamente a través otras herramientas (cuestionarios, por ejemplo).

5. Referencias

Andina-Díaz, E. (2020). Using Photovoice to stimulate critical thinking: An exploratory study with Nursing students. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, *28*:e3314. http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3625.3314

Bran, G., Miller, K., Saunde, R., Dugmore, H., Etherton-Beer, C. (2015). Expanding the Caring Lens: Nursing and Medical Students Reflecting on Images of Older People. *Gerontology & Geriatric Education, 37*(2). https://doi.org/10.1080/02701960.2015.1059832

Coronado, C., Freijomil-Vázquez, C., Fernández-Basanta, S., Andina-Díaz, E., Movilla-Fernández, M. J. (2020). Using photovoice to explore the impact on a student community after including cross-sectional content on environmental sustainability in a university subject: a case study. *International Journal of Sustainability in Higher Education*, *21*(7), 1331-1350. https://doi.org/10.1108/IJSHE-01-2020-0031

De Lima, R., Bergold, L.B., Souza, J.D.F., Barbosa, G.S., Ferreira, M.A. (2018). Death education: sensibility for caregiving. *Revista Brasileira Enfermagem*, *71(*4), 1779-84. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0018

Díez, J., Conde, P., Sandin, M., Urtasun, M., López, R., Carrero, J.L., et al. (2017). Understanding the local food environment: A participatory photovoice project in a low-income area in Madrid, Spain. *Health Place*, *43*, 95-103. https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2016.11.012

Edwards, S., Fryer, N., Boot, M., Farquharson, M., McCormarck, S., Sluman, K., Tigar, K. (2018). Results of cross-faculty 'capstone' assessments involving nursing and performing arts students. *Nursing Management*, *25*(4), 22-9. https://doi.org/10.7748/nm.2018.e1777

Evans-Agnew, R.A., Boutain, D.M., Rosemberg, M.A. (2017). Advancing nursing research in the visual era. Reenvisioning the Photovoice Process Across Phenomenological, Grounded Theory, and Critical Theory Methodologies. *ANS Advances in Nursing Science, 40*(1), E1-15. https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000159

Fernandes, C.S., Ferreira, F., Marques, G. (2018). The use of the Photovoice methodology to determine the concept of family which nursing students have. *Avances en Enfermería*, *36*(1), 59-68. https://doi.org/10.15446/av.enferm.v36n1.63988

Gallagher, M.R., Stevens, C.A. (2015). Adapting and Integrating Photovoice in a Baccalaureate Community Course to Enhance Clinical Experiential Learning. *Journal of Nursing Education, 54*(11), 659-62. https://doi.org/10.3928/01484834- 20151016-09

Garcia Leal, C.C., Gomes-Sponholz, F.A., Mamede, F.V., Lossi-Silva, M.A., Baptista-Oliveira, N.T., Moraes-Leite, A. (2018). Photovoice: method experiment research with adolescent mothers. *Escola Anna Nery, 22*(3), e20170322. https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0322

Giorgi, A. (1997). The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological Psychology, 28*(2), 235–260. https://doi.org/10.1163/156916297X00103

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.571-581

Jin, J., Bridges, S. (2016). Qualitative Research in PBL in Health Sciences Education: A Review. *Interdisciplinary Journal of Problem-Based Learning*,*10*(2). https://doi.org/10.7771/1541-5015.1605

Johnston, G. (2016). Champions for social change: photovoice ethics in practice and false hopes for policy and social change. *Global Public Health, 11*(5-6), 799-811. https://doi.org/10.1080/17441692.2016.1170176

Kronk, R., Weideman, Y., Cunningham, L., Resick, L. (2015). Capturing students transformation from a global service-learning experience: the efficacy of photo-elicitation as a qualitative research method. *Journal of Nursing Education, 54*(9), S99-S102. https://doi.org/10.3928/01484834- 20150814-18

Malka, M. (2021). Photovoice as a creative coping tool with the COVID-19 crisis in practical training seminar for social work students. *Qualitative Social Work, 20*(1–2), 544–552. https://doi.org/10.1177/1473325020973309

Mullen, R.F., Kydd, A., Fleming, A., McMillan, L. (2017). Dignity in nursing care: what does it mean to nursing students? *Nursing Ethics, 1*:969733017720825. https://doi.org/10.1177/0969733017720825

Siles-Gon´zalez, J., Solano-Ruiz, C. (2017). Poesía y cuidados: un instrumento para la gestión de emociones y sentimientos en enfermería. *Enfermería: Cuidados Humanizados, 6*(2), 2393-6606. https://doi.org/10.22235/ech.v6i2.1463

United Nations. (2020). UN working to ensure vulnerable groups not left behind in COVID-19 response. Available at: https://www.un.org/en/un-coronavirus-communications-team/un-working-ensure-vulnerable-groups-not-left-behind-covid-19

Von Sommoggy, J., Rueter, J., Curbach, J., Helten, J., Tittlbach, S., & Loss, J. (2020). How Does the Campus Environment Influence Everyday Physical Activity? A Photovoice Study Among Students of Two German Universities. Frontiers in public health, 8, 561175. https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.561175

Wallerstein, N., Bernstein, E. (1988). Empowerment education: Freire's ideas adapted to health education. *Health Education Behaviour, 15*, 379–394.

Wang, C.C., Burris, M.A.(1997). Photovoice: Concept, Methodology and Use for Participatory needs Assessment. *Health Education Behaviour, 24*(3), 369-87.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.571-581

Enfermeiras na Avaliação Qualitativa do Curta-metragem "Nossas Histórias" sobre revelação da condição HIV à criança

Renata de Moura Bubadué[1] e Ivone Evangelista Cabral[2]

[1] Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ), Brasil | renatabubadue@gmail.com | https://orcid.org/0000-0001-8121-1069

[2] Departamento de enfermagem Materno-infantil. Faculdade de Enfermagem. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FE/UERJ), Brasil | icabral444@gmail.com | https://orcid.org/0000-0002-1522-9516

Abstract: Introdução O vídeo educativo vem sendo produzido no campo da promoção de saúde em diferentes países para disseminar informação em saúde e contribuir para fomentar o diálogo sobre processos de saúde e doenças. A literatura sobre produção e validação de vídeo na saúde utiliza, em sua maioria, abordagem quantitativa. Diante disso, o curta-metragem "Nossas Histórias" foi produzido a partir de narrativas empíricas de enfermeiras e familiares que participaram da revelação do HIV à criança soropositiva. **Objetivos**: avaliar o curta-metragem "Nossas Histórias", sobre preparação de famílias para a revelação da criança HIV soropositiva, por enfermeiros e enfermeiras. **Métodos** Estudo qualitativo de avaliação de inovação tecnológica implementado com o Método da Roda, proporciona espaços coletivos de encontro e diálogos grupais onde os participantes valorizam seus saberes na criação de estratégias coletivas de mudança. Ele foi desenvolvido com 12 enfermeiros e enfermeiras no Rio de Janeiro. Os dados produzidos foram submetidos à análise de conteúdo de Minayo **Resultados** Após a análise do corpus textual do material produzido pelas enfermeiras na avaliação do curta-metragem, emergiram cinco temas: o conjunto da ferramenta curta-metragem, cenário, conteúdo do roteiro e público-alvo, indissociabilidade entre personagens e conteúdos e indissociabilidade entre personagem e técnica. **Conclusões**. O curta-metragem "Nossas Histórias" é um recurso inovador com potencial para ser aplicado no campo clínico do cuidado de advocacia pela enfermeira no ambiente da consulta de enfermagem. Sua produção foi estruturada tomando como marco de referência as dimensões ontológicas, metodológicas e epistemológicas de geração de conhecimento numa linguagem audiovisual que traduziu saberes próprios (de famílias) e científicos. No entanto, ainda é necessário realizar ajustes para que o curta metragem esteja adequado à realidade das enfermeiras.

Palavras-chave: HIV; Criança; Enfermeiros e Enfermeiras; Revelação da Verdade; Filme e Vídeo Educativo.

Nurses in the Qualitative Evaluation of the Short Film "Nossas Histórias" about Disclosing the HIV Condition to the Child

Abstract. Introduction: Educational video has been produced in the field of health promotion in different countries to disseminate health information and contribute to foster dialogue on health and disease processes. The literature on video production and validation in health uses, for the most part, a quantitative approach. Therefore, the short film "Nossas Histórias" was produced from empirical narratives of nurses and family members who participated in the disclosure of HIV to HIV-positive children. **Goals:** to evaluate the short film "Nossas Histórias", about the preparation of families for the disclosure of HIV-positive children, by male and female nurses. **Methods:** Qualitative study for the assessment of technological innovation implemented with the Wheel Method, provides collective meeting spaces and group dialogues where participants value their knowledge in the creation of collective change strategies. It was developed with 12 nurses in Rio de Janeiro. The data produced were subjected to content analysis by Minayo **Results:** After the analysis of the textual corpus of the material produced by the nurses in the evaluation of the short film, five themes emerged: the set of the short film tool, scenario, script content and audience- target, inseparability between characters and content and inseparability between character and technique**. Conclusions:** The short film "Nossas Histórias" is an innovative resource with the potential to be applied in the clinical field of advocacy care by nurses in the nursing consultation environment. His production was structured based on the ontological, methodological and epistemological dimensions of knowledge generation in an audiovisual language that translated his own (from families) and scientific knowledge. However, it is still necessary to make adjustments so that the short film is appropriate to the reality of nurses.

Keywords: HIV; Child; Nurses; Truth Revelation; Video-Audio Media [Publication Type].

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.582-590

1. Introdução

A preparação de famílias por enfermeiras, para revelar a condição soropositiva do HIV/AIDS a criança, é uma problemática de saúde pública sensível que requer o envolvimento de toda a equipe de saúde. Portanto, constata-se uma escassez de materiais de consulta rápida em tempos de inclusão digital e uso de ferramentas para traduzir conhecimentos científicos e torná-los facilmente disponíveis aos seus usuários. Entre essas ferramentas destaca-se o vídeo como uma alternativa, que conjuga som (áudio) e imagem em movimento (visual), a ser integrada no encontro terapêutico da enfermeira com a família, nos diferentes cenários de cuidado.

A integração do vídeo ao processo de informar e educar em saúde promove reflexão e torna a aprendizagem mais motivadora, revitaliza conhecimentos esquecidos, reforça a aprendizagem de técnicas instrumentalizadoras de cuidados, além de melhorar a literacia em saúde. (Newsom, Proctor, Marshall & Liao, 2019; Brockfeld, Müller & de Laffolie, 2018; Isumi, Fujiwara, Sampei, 2019).

Nesse sentido, o vídeo já vem sendo produzido no campo da promoção de saúde em diferentes países para disseminar informação em saúde e contribuir para fomentar o diálogo sobre processos de saúde e doenças. Contudo, essas produções baseiam-se mais na perspectiva de profissionais (de saúde e comunicação) do que em experiências de pacientes. Além disso, a literatura sobre produção e validação de vídeo na saúde utiliza, em sua maioria, abordagem quantitativa (Campoy et al., 2018; Rodrigues Junior et al. 2017; Lima et al., 2017; Rosen, Albin & Sicherer, 2014)

Para além de um vídeo educativo, as potencialidades da linguagem visual e dos dramas de um curta-metragem são pouco explorados como tecnologia educacional em movimento. Nesse tipo de linguagem, os dramas movimentam as cenas constituindo histórias com início, conflito e resolução. O espectador pode transportar-se para a cena, criando com ela uma identidade que os leva à construção de suas próprias interpretações da realidade. Porém, observa-se que há lacunas no desenvolvimento de estudos qualitativos que considerem a subjetividade dos usuários como fator importante no desenvolvimento desta tecnologia.

Portanto, traçou-se como questão de investigação: como enfermeiros e enfermeiras pediátricos avaliam o curta-metragem "Nossas Histórias" para uso na consulta de Enfermagem? E como objetivo: avaliar o curta-metragem “Nossas Histórias”, sobre preparação de famílias para a revelação à criança HIV soropositiva, por enfermeiros e enfermeiras.

2. Metodologia

Estudo qualitativo de avaliação de inovação tecnológica implementado com o Método da Roda. Segundo Campos (2015), esse método proporciona espaços coletivos de encontro e diálogos grupais onde os participantes valorizam seus saberes na criação de estratégias coletivas de mudança. A roda produz um movimento circular orientado para a tomada de decisão coletiva, mediada pelo diálogo simultâneo e contínuo que favorece a coleta e análise, reflexão e circulação das informações e intercâmbio de ideias entre os participantes (Campos, 2015).

O Método da Roda estimula a criticidade, capacidade analítico-reflexiva e inventiva de novos modos de viver e de produção de novos saberes. A produção dos dados estrutura-se na escuta das falas, na observação do agir, na leitura dos signos e nas representações do grupo sobre o tema. Cada sessão pode ter um tempo de duração de até duas horas para que sejam examinadas criticamente as dificuldades e sucessos na implementação da tarefa definida pelo grupo. Além disso, identificam-se novos temas de análise que poderão produzir uma síntese agregada de novos valores ao modo de pensar e operar dos participantes (Campos, 2015).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.582-590

2.1 Operacionalização do Método da Roda

Operacionalizou-se a pesquisa em três encontros grupais, um total de três rodas de conversa com quatro enfermeiras (12 participantes). Nenhuma enfermeira participou duas vezes de uma mesma sessão. Os encontros duraram em média 30 minutos e aconteceram com intervalo de uma semana, sendo todos gravados e transcritos.

O espaço destinado à sessão assumiu uma configuração simulando uma roda. Projetou-se o curta-metragem, com aproximadamente dez minutos. Nele, o telespectador acompanha uma enfermeira na consulta de enfermagem de três grupos de pacientes, em dois momentos diferentes. Eles são familiares em processo de preparação para revelar o HIV a criança, já diagnosticada e em acompanhamento regular da condição soropositiva. Cinco dramas são encenados por três grupos de familiares: um homoafetivo feminina soroconcordante; outro cisheteronormativa; e ainda outro monoparental. As narrativas inspiraram-se em histórias reais de familiares que questionam sobre como conduzir a revelação do HIV à criança. Na consulta de enfermagem, ao deparar-se com esses dramas, a enfermeira desenvolve uma abordagem compreensiva de cuidado em favor do melhor interesse da criança.

Após assistir o filme, os participantes da roda debateram quatro temas sobre sua estrutura – cenário, personagens e tempo – e conteúdo – dramas. No giro da roda, introduziu-se cada tema foi debatido simultaneamente, com criticidade na medida em que as informações circulavam, para melhor organizar a discussão da pergunta disparadora: Como vocês avaliam o - cenário, conteúdo, personagens… - do curta-metragem?

2.2 Participantes da Pesquisa

Os participantes foram captados no Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente, da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (NUPESC/EEAN/UFRJ), um espaço onde se reúnem pesquisadores, estudantes de todos os níveis de formação (nacionais e estrangeiros), enfermeiros de serviços hospitalares e atenção primária, com atuação na área da infância e adolescência. Após aplicar os critérios de inclusão: ter graduação em enfermagem, atuar em pediatria por um período mínimo de três meses e estar inserido em pesquisa científica na área, 15 participantes foram contatados por telefone para agendamento dos encontros. Desses, 12 confirmaram presença, sendo os grupos de quatro pessoas organizados de maneira aleatória, conforme disponibilidade dos mesmos. No dia programado, os grupos reuniram-se presencialmente em uma sala da Escola de Enfermagem Anna Nery. Ressalta-se que nenhum dos participantes havia trabalhado com a pesquisadora previamente.

2.3 Análise de dados

O corpus textual foi submetido aos procedimentos da análise temática manual, como proposto por Minayo (2012), em três etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação. A pré-análise consistiu em leitura flutuante e exaustiva do material coletado; constituição do corpus de análise pela exaustividade, homogeneidade, pertinência e representatividade; formulação de hipótese. Definiram-se palavras ou expressões chave que permitiram o agrupamento de registros com padrões convergentes de significados para categorizar e proceder a análise interpretativa (Minayo, 2012).

Nas 18 páginas de material transcrito buscaram-se enunciados para organizar e sistematizar o corpus textual, resultando em sete páginas cuja análise foi conduzida pela hipótese: o vídeo apresentou elementos técnicos e de conteúdo adequados à tradução de evidências científicas sobre o preparo da família para revelar o HIV/AIDS da criança para ela. As palavras-chave que permitiram o agrupamento dos registros foram vídeo, conteúdo, personagens, técnica. Optou-se pela categorização temática ao organizar os resultados.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.582-590

Na exploração do material, procede-se a codificação, ou seja, na identificação de tema, frase ou palavra que permite classificar e agregar os dados, alcançando assim o núcleo compreensivo do texto. Na sequência, procedeu-se ao que Minayo (2012) recomenda para tratamento dos resultados e interpretação, ou seja, o cruzamento dos dados para destacar informações convergentes e interpretá-las.

Portanto, nessa etapa adotou-se o destaque colorimétrico do conteúdo das falas dos especialistas sobre os personagens com a cor ciano; aspectos técnicos, na cor cinza, e assim por diante. Em seguida, organizaram-se essas falas em unidades de registro representadas por frases, transversalizadas pelas unidades de contexto. Por semelhança de núcleos de sentido procedeu-se uma nova agregação para constituir os temas. Os enunciados individuais foram aproximados por significados convergentes e agrupados como unidades de enunciados de uma multiplicidade de vozes de participantes.

2.4 Aspectos Éticas da Pesquisa

As duas pesquisas que deram origem ao material do curta-metragem foram aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer no 1.515.557, de 26 de abril de 2016 (CAAE: 55304316.0.0000.5238) e em 26 de agosto de 2014 (CAAE: 33997914.4.0000.5264).

3. Resultados

Entre os 12 participantes, 11 eram do sexo feminino e um do masculino, com média de idade de 36 anos (25 a 41 anos). A conclusão do curso de graduação em enfermagem ocorreu em dois momentos: com os familiares em 1997 (banco de dados) e com os especialistas no ano de 2016. Duas enfermeiras eram especialistas na área de saúde da criança, duas possuíam o mestrado e duas o doutorado, três cursaram o mestrado e três o doutorado. Quanto à experiência profissional, cinco eram docentes em Saúde da Criança; seis tinham experiência clínica. Dez participantes trabalhavam no setor público e uma era estudante somente.

Os cinco temas relacionados ao curta-metragem envolvem o cenário, conteúdo do roteiro e público-alvo, indissociabilidade entre personagens e conteúdos e indissociabilidade entre personagem e técnica.

3.1 Conjunto da Ferramenta

Os especialistas consideraram o curta-metragem como estratégico na tradução de evidências científicas sobre o preparo da família para a revelação do HIV/AIDS à criança. A linguagem audiovisual é autoexplicativa, interessante e acessível. A combinação da narrativa dos dramas com a imagem em movimento permite o entrelace das histórias. Percebe-se que os dramas estão coesos e desenvolvidos no tempo adequado de consulta de enfermagem, sem cansar o espectador.

> *Eu gostei do vídeo. Foi interessante*. *Eu não percebi problemas com o roteiro*. *A linguagem acessível, explicativa, com bom vocabulário*. *O tempo está ótimo. Não é muito curto, o que você pensa: já acabou? E não é longo demais para ser cansativo* (E1a, E2a, E3a, E4a, E5b, E7b, E8b, E9c, E10c, E11c e E12c).

Em seguida, novos elementos foram sendo incorporados no processo avaliativo do curta-metragem do giro da roda de conversa.

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.582-590

3.2 Cenário

Para avaliar o cenário, as enfermeiras se reportaram às suas vivências na atenção primária e hospitalar ambulatorial. O ambiente das cenas reflete um lugar vazio, sem cor e com pouca informação visual nas paredes. Metade dos especialistas consideraram que o ambiente neutro poderia aplicar-se às salas de consultas e de espera de um ambulatório do hospital ou de uma unidade básica de saúde. Porém, faltavam elementos para que fosse representativo daqueles ambientes de cuidados.

> *Eu achei a sala de espera vazia. O fundo da parede branco e as cadeiras pretas. A sala de espera tem pessoas passando e gente sentada, gente circulando, agente comunitário de saúde conversando com família. Eu senti falta de algum cartaz de vacinas, teste de sífilis, de HIV; coisas que servem para a população em geral. Eu fiquei pensando no ambulatório do hospital. Eu achei a mesa da sala de consulta muito vazia, não tinha um livro de ocorrência (E5b, E6b, E7b, E10c, E11c e E12c).*

Já o cenário neutro, com escassez de informação e pouco mobiliário, foi avaliado como positivo.

> *Eu gostei da sala de consulta porque é limpa, não tem muita informação, não tem muita mobília (E1a e E9c).*

Como sugestão, destacaram melhorias no cenário de encenação dos dramas e identificação da sala de consulta de enfermagem para dar visibilidade e reconhecimento da atuação da enfermeira na preparação de famílias na revelação do HIV a criança soropositiva.

> *Sala de espera de posto de saúde tem muita informação…(E10c, E11c e E12c).*

> *… uma placa escrita consulta de enfermagem na porta da sala que a enfermeira atende, para saber que [é]… uma enfermeira em uma consulta de enfermagem (E2a).*

3.3 Conteúdo do Roteiro e Público-Alvo

Avaliou-se que na linguagem visual e dramas do curta-metragem, as cenas contextualizam os conteúdos científicos traduzidos na narrativa da personagem enfermeira. As imagens eram esteticamente agradáveis, a profissional mostrava-se disponível e atenta, desenvolvendo uma escuta qualificada de todo os grupos familiares. O encontro terapêutico foi dinâmico, compreensivo e resolutivo ao responder a demanda sobre como os familiares poderiam preparar-se para revelar a criança que ela vivia com o HIV.

> *… passa o recado, está bem feito. A informação não está jogada. A gente consegue identificar o foco [no] profissional [ao] se mostrar disponível, atento, ter uma escuta qualificada (E1a e E12c).*

A diversidade de gênero, orientação sexual (grupo familiar homoafetivo feminina) e racial (com familiares de raça/cor branca e negra) foram representados nos dramas do curta-metragem e avaliados como positivos e agregaram valor à inovação tecnológica como ferramenta educacional.

> *foram ótimas, a representatividade no casal homoafetivo, uma mulher negra (E5b, E6b e E8b).*

A variedade de situações encenadas explorou diversas facetas do fenômeno da preparação de familiares para a revelação do HIV, início, conflito e resolução bem demarcados pela passagem do tempo. Manter o telespectador atento aos desfechos dos dramas de cada um dos grupos familiares foi avaliado positivamente.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.582-590

> *O vídeo tem diversidade, composição muito boa. A situação inicial é disparadora, … passam-se cinco anos e mostra o que aconteceu. Tem uma e outra situação que foi revelada. Esses "Cinco anos depois..." é interessante porque prende [a atenção do] telespectador (E6, E8, E9c, E10c e E11c).*

A mensagem de esperança no desfecho dos dramas, mediada pela personagem da enfermeira no encontro terapêutico da consulta de enfermagem com os grupos familiares, foi avaliada como positiva. O conteúdo científico traduzido indica um deslocamento da concepção do viver com HIV, como uma condição fatal, para uma condição crônica, com possibilidades de futuro.

> *… legal terminar com a parte de 'constituir família'* [reforço positivo sobre viver com o HIV]. *Hoje, tem tratamento,* [a pessoa com HIV] *tem uma vida normal (E3a, E6b, E9c e E11c).*

O cenário e o modo de apresentar-se (vestir, atitude e comportamento) da profissional de saúde na história e a centralidade do seu protagonismo na condução de cada consulta destacaram o enfermeiro como o público-alvo direto, para uso da ferramenta. Além disso, os familiares e seus acompanhantes foram visualizados como destinatário indireto da ferramenta.

> *O vídeo é para o enfermeiro, mas acaba sendo útil para o familiar (E1a, E2a, E3a, E4a e E11d).*

Sugeriu-se ainda sobre a necessidade de se produzir curta-metragem projetado especificamente para familiares.

3.4 Indissociabilidade Personagens e Conteúdos

A personagem da enfermeira demonstrou segurança, falou pausadamente e manteve o olho-no-olho na interação com os grupos familiares durante parte da consulta de enfermagem que abordou o modo de os familiares se prepararem para a revelação do HIV à criança. Todo o tempo, manteve-se disponível a escutar as pessoas e responder os questionamentos.

Eu gostei da personagem enfermeira, ela demonstra segurança, ela fala pausadamente. Ela está sempre disposta a ouvir as pessoas, a olhar nos olhos (E1a, E2a, E3a, E5b, E8b, E10c).

A personagem da Enfermeira aplicou os princípios de comunicação em saúde na consulta, com empatia, escuta ativa e sensível. Observou-se que o processo de preparação para a revelação foi gradual, sem pressa, respeitoso e encorajador. Abordou-se um tema de cada vez e em dias diferentes, sempre direcionando para cada etapa do desenvolvimento da criança.

A Enfermeira está encorajando os pais a iniciar essa conversa com a criança aos pouquinhos, gradativo, respeitando e direcionando à faixa etária. Ela mostra estágios do desenvolvimento que vai revelar. Acho que ela falou de maneira prática, aplicada [à situação] como revelar: 'Fale pouca coisa, uma coisa de cada vez e em diferentes dias' (E2a, E8b, E9c, E10c e E11c).

Em cada uma das histórias encenadas, a enfermeira sugeriu que o familiar usasse uma linguagem comunicativa simples na abordagem da revelação à criança, baseando-se somente na narrativa verbal.

Ela fala sempre de utilizar a linguagem mais simples; mas, ela não exemplifica de que forma e como poderia ser abordado. Por exemplo: brinquedos, desenhos. […] (E1a, E2a, E3a).

O fato de a enfermeira não ter sugerido que o familiar incluísse brinquedos e desenhos, para explicar a soropositividade da criança, foi avaliado como aspecto negativo do curta-metragem.

CC BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.582-590

3.5 Indissociabilidade Personagens e Técnica

Exploraram-se na avaliação dos especialistas, a expressão facial e dramatização, plano de gravação, sotaque e dicção, aparência dos personagens e figurino.

Sobre a expressão facial e dramatização, destaca-se a homogeneidade nas reações das atrizes ao interpretar os personagens. Uma avaliação de que poderia influenciar a falta identificação dos telespectadores com os dramas encenados pelos personagens dos grupos familiares.

> *… as atrizes que interpretaram as personagens Clarissa e Joana sorriram para a câmera em um momento dramático. Ao mesmo tempo, faltou emoção à personagem Isabel. Aquela mãe vestida com a blusa verde e depois estava com um vestido, ela estava rindo (E2a e E3a).*

Sugeriu-se a heterogeneidade de reações dos personagens que representaram os grupos familiares como possibilidade de maior engajamento e identificação com outros dramas, em diferentes estágios do processo de preparação da revelação.

> *… pensar* [em] *diferenciar as reações para que as pessoas possam se encontrar também nessas reações (E2a).*

Quanto ao plano de gravação, sugeriu-se que todos os personagens se mantivessem em um mesmo plano. Porém, decidiu-se manter o ângulo de filmagem com mudança de planos, por razões técnicas e por ser estratégico para evitar a monotonia do filme.

> *Acho que a posição da mãe e da companheira do Manoel ficou melhor. Está mais de frente que no casal heterossexual. O plano que filmaram não favoreceu (E5b, E7b e E8b).*

O sotaque carioca e problemas com a dicção de alguns atores, que interpretaram os grupos familiares, foram avaliados como obstáculos à compreensão da fala dos personagens. Esses aspectos poderiam limitar o uso da ferramenta para uma audiência mais ampliada, com aplicabilidade em serviços de saúde localizados em outras regiões do Brasil.

> *… é uma tecnologia que pode e possivelmente vai ser usada por diferentes famílias em diferentes locais, o sotaque carioca precisaria ser amenizado (E11c).*

Quanto à aparência dos personagens e figurino, destacou-se o fato de que mesmo com a passagem do tempo, uma personagem, de um dos grupos de familiares, encenou com a mesma roupa.

> *Quando mudou para cinco anos, a personagem não mudou a roupa e nem a cor do batom dos outros personagens. Então, tirou um pouco da realidade (E2a, E4a e E5b).*

Sugeriu-se atenção ao figurino e maquiagem dos atores para acompanhar as mudanças do tempo de cada drama na encenação dos personagens quando do desfecho do conflito.

4. Discussão

O curta-metragem foi avaliado positivamente pelos enfermeiros nos aspectos técnicos que envolveram o tempo e extensão das histórias, marcadores temporais de passagem do tempo; na demarcação do público-alvo, adequação do roteiro e diálogo com o conteúdo científico.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.582-590

Em estudo metodológico, Campoy et al. (2018) produziu e avaliou um vídeo sobre a reabilitação intestinal em indivíduos com lesão de medula espinhal. Os resultados apontaram índice de concordância alto (94%) entre os *experts* nos itens que se referem ao conteúdo abordado. Tanto indicadores quantitativos como qualitativos podem sugerir uma melhor caracterização dos personagens nas cenas dos dramas, no entanto, predominam evidências quantitativas. Por isso, a discussão não apresenta estudos qualitativos na área.

Os achados de indissociabilidade de personagens e conteúdo indicaram avaliações positivas e negativas. Por indissociabilidade, compreende-se que a conceptualização de personagens depende do conteúdo e dos enunciados, uma vez que a linguagem confere identidade às personagens, demonstrando quem são no desenvolvimento do curta-metragem. A personagem da enfermeira foi avaliada positivamente, porque apresentou diretrizes concretas de como revelar a soropositividade da criança com HIV, envolvendo o modo de revelar (gradual, em dias diferentes) o respeito a idade e a etapa de desenvolvimento da criança, o uso de uma linguagem comunicativa simples e coloquial, em local protegido e privativo. Contudo, a avaliação negativa deveu-se ao fato de a enfermeira não ter sugerido a aplicação de recursos (brincadeiras e desenho) mediadores do diálogo entre o familiar, que revela a condição, e a criança.

Esse tipo e abordagem para explicar o HIV no corpo da criança com uma história de herói (antirretroviral) e bandido (HIV) (Sariah et al., 2016; Beima-Sofie et al., 2017) reforça o estereótipo de que o corpo é um campo de batalha e que ele está em constante guerra. Nesse sentido, Gachanja e Buckholder (2016) propõem uma linguagem simplificada e coloquial, considerando o modo como a criança se expressa e não como o adulto espera que ela se expresse. Assim, a recomendação das participantes do estudo foi compreendida como desconhecimento da recomendação científica atual. E, por isso, não houve mudança desse aspecto no curta-metragem.

Na versão final do curta-metragem disponível em http://www.eean-nupesc.com.br, decidiu-se por não modificar a narrativa para romper com estruturas de conhecimentos não baseadas em evidências científicas.

O módulo de finalização trata da revisão externa, consultoria a organizações profissionais relevantes e *experts*; plano de manutenção do material produzido e sua produção propriamente dita (Harrison, Graham, Fervers, Hoek, 2013), foi mantida por ser aderente ao contexto local de onde os dramas emergiram. Essa etapa é incorporada no ciclo da ação do modelo teórico da tradução do conhecimento de Straus, Tetroe, Grama (2013).

A dramatização é uma representação cênica de um tema, em que atores podem ou não ter treinamento profissionalmente. Nos achados, os enfermeiros se referiram a técnica cênica e criticaram a performance dos atores e não o conteúdo da cena em si. Ressaltamos que isso pode ser solucionado com a contratação de atores profissionais.

5. Conclusões

O curta-metragem “Nossas Histórias” é um recurso inovador com potencial de aplicação clínica do cuidado de advocacia pela enfermeira na consulta de enfermagem. Como pontos positivos do curta-metragem destacam-se a diversidade de tipos de famílias, etnia e raça, o tempo curto e a estética agradável. É necessário ajustes no cenário, encenação e enquadramento para que esteja adequado à realidade das enfermeiras. A alteridade construída pelas participantes, com base nos conhecimentos científicos e na experiência prática, circulou no espaço dialógico do método da roda. Ao mesmo tempo, a roda funcionou como um dispositivo metodológico de avaliação do curta-metragem, uma ferramenta com aplicabilidade na prática do cuidado clínico em diferentes cenários de interação da enfermeira com familiares de crianças em preparação para a revelação do HIV/aids.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.582-590

6. Referências

Beima-Sofie K, John-Stewart G, Shah B, Wamalwa D, Maleche-Obimbo E, Kelley M. (2014) Using health provider insights to inform pediatric HIV disclosure: a qualitative study and practice framework from Kenya. AIDS Patient Care STDS. 28(10), 555-64. doi: 10.1089/apc.2014.0040. Epub 2014 Sep 12. PMID: 25216105; PMCID: PMC4183914.

Brockfeld T, Müller B, de Laffolie J. Video versus live lecture courses: a comparative evaluation of lecture types and results. Med Educ Online. 2018 Dec;23(1):1555434. doi: 10.1080/10872981.2018.1555434..

Campos, Gastão Wagner de Sousa. (2015). Um Método para Análise e Cogestão de Coletivos. São Paulo: Hucitec.

Campoy, Laura Terenciani, Rabeh, Soraia Assad Nasbine, Castro, Fabiana Faleiros Santana, Nogueira, Paula Cristina, & Terçariol, César Augusto Sangaletti. (2018). Bowel rehabilitation of individuals with spinal cord injury: video production. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *71*(5), 2376-2382. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0283

Gachanja, G., & Burkholder, G. J. (2016). A model for HIV disclosure of a parent's and/or a child's illness. *PeerJ*, *4*, e1662. https://doi.org/10.7717/peerj.1662

Harrison, Margareth B., Graham, Ian D., Fervers, Beatric , Hoek, Joan van den . (2013).Adapting Knowledge to The Local Context. In: Straus, S.E., Tetroe, J., Graham, I.D. (Org.). Knowledge Translation in Health Care: Moving from Evidence to Practice. Oxford: Bmj Publishing Group, 110-120

Lima, Marília Brito de, Rebouças, Cristiana Brasil de Almeida, Castro, Régia Christina Moura Barbosa, Cipriano, Maria Aneuma Bastos, Cardoso, Maria Vera Lúcia Moreira Leitão, & Almeida, Paulo César de. (2017). Construction and validation of educational video for the guidance of parents of children regarding clean intermittent catheterization. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *51*, e03273. Epub December 18, 2017.https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016005603273

Minayo, Maria Cecília de Souza. (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, *17*(3), 621-626. https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007

Newsom L, Proctor R, Marshall LL, Liao TV. Implementation and evaluation of problem-based video podcasts in an introductory pharmacokinetics course. Curr Pharm Teach Learn. 2019 Dec;11(12):1213-1220. doi: 10.1016/j.cptl.2019.09.003..

Rodrigues Junior, Jânio Cavalcanti, Rebouças, Cristiana Brasil de Almeida, Castro, Régia Christina Moura Barbosa, Oliveira, Paula Marciana Pinheiro de, Almeida, Paulo César de, & Pagliuca, Lorita Marlena Freitag. (2017). Construção De Vídeo Educativo Para A Promoção Da Saúde Ocular Em Escolares. *Texto & Contexto - Enfermagem*, *26*(2), e06760015. Epub July 10, 2017.https://doi.org/10.1590/0104-07072017006760015.

Rosen J, Albin S, Sicherer SH. (2014) Creation and validation of web-based food allergy audiovisual educational materials for caregivers. *Allergy Asthma Proc.*, 35(2),178-84. doi: 10.2500/aap.2014.35.3732. PMID: 24717796.

Isumi, A., Fujiwara, T., & Sampei, M. (2019). *[Nihon koshu eisei zasshi] Japanese journal of public health*, *66*(11), 702–711. https://doi.org/10.11236/jph.66.11_702

Sariah A, Rugemalila J, Somba M, Minja A, Makuchilo M, Tarimo E, Urassa D, 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. PMID: 27737669; PMCID: PMC5064891.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.582-590

Rede Cegonha na visão de gestantes e profissionais: Uso de grupo focal e entrevista

Vanessa Aparecida Sanches Campassi de Oliveira[1], Mara Quaglio Chirelli[2], Kátia Terezinha Alves Rezende[3], Silvia Franco da Rocha Tonhom[4], Luzmarina Aparecida Doretto Braccialli[5], Edinalva Neves Nascimento[6]

[1] Enfermeira Mestre em Ensino e Saúde, Docente do Centro Estadual de Ensino e Tecnologia Paula Souza, Enfermeira da Estratégia da Saúde da Família, Marília/Brasil | vcampassi@hotmail.com | https://orcid.org/0000-0001-8726-919X

[2] Docente na Faculdade de Medicina de Marilia/Brasil; Pós-doutorado na Faculdade de Educação na Unicamp/Brasil | marachirelli@gmail.com | https//orcid.org/0000-0002-7417-4439

[3] Docente na Faculdade de Medicina de Marilia/Brasil; Doutorado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Brasil | katialvesrezende@gmail.com | https//orcid.org/0000-0002-9022-2680

[4] Docente na Faculdade de Medicina de Marilia/Brasil; Doutorado na Faculdade de Educação Universidade Estadual de Campinas/Brasil | siltonhom@gmail.com | https//orcid.org/0000-0001-7522-2861

[5] Docente na Faculdade de Medicina de Marilia/Brasil; Doutorado em Ciências na EEUSP/Brasil | luzbra@terra.com.br | https//orcid.org/0000-0002-9622-8629

[6] Preceptora de Campo da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e Preceptora de Núcleo da Residência em Materno Infantil na Faculdade de Medicina de Marília/Brasil Pós-doutorado em Saúde Pública na Universidade de São Paulo/Brasil | edinalvanesvesnascimento@gmail.com | https//orcid.org/0000-0002-8154-0716

Resumo: A Rede Cegonha assegura um atendimento de qualidade, humanizado às gestantes e recém- nascidos. Além disso promove a integração das ações e a conexão entre os serviços de saúde pautada na integralidade, no acesso, no acolhimento, na resolubilidade e na produção do cuidado em rede; **Objetivos**; Analisar a percepção dos profissionais da Atenção Primária a Saúde e das gestantes sobre as ações da Rede Cegonha; **Métodos:** Entrevistas e grupos focais com análise temática dos dados; **Resultados** Na percepção das gestantes o cuidado está centrado no médico. Os profissionais apresentam dificuldades de compreender o cuidado em Rede. **Conclusões**. Para que a implementação do trabalho em rede ocorra, os gestores necessitam construir estratégias a partir das necessidades de cada município.

Palavras-chave: Política Pública; Serviços de Saúde Materno-Infantil; Integração de Sistemas; Saúde da Mulher.

Stork Network in the View of Pregnant and Professionals: Use of Focus Group and Interview

Abstract: The Stork Network ensures quality, humanized care for pregnant women and newborns. Besides, it promotes the integration of actions and the connection between health services based on completeness, access, welcoming, resolution, and the production of networked care; **Goals**: to analyse the perception of Primary Health Care professionals and pregnant women about the actions of the Stork Network. **Methods**: interviews and focus groups with thematic data analysis. Results: In the perception of pregnant women, care is centered on the doctor. Professionals have difficulties in understanding networked care. **Conclusions**: for the implementation of a care networking to occur, managers must build strategies based on the needs of each municipality

Keywords: Public Policy; Maternal and Child Health Services; Systems Integration; Women's Health.

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.591-599

1. Introdução

A organização do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil ocorre atualmente, por meio da Rede Atenção à Saúde (RAS). Assim essa organização está pautada na integralidade e na produção do cuidado em rede. Cecílio *et al*. (2012) propõem que a produção do cuidado em redes, seja ordenado pelas diretrizes das RAS, construídas por meio de relações horizontais, nas quais se estabelece a unidade básica de saúde como porta de entrada a um sistema que atenda às necessidades em saúde da população adscrita do território, contemplando os princípios da integralidade e com atenção contínua. Nestes cenários, as equipes multiprofissionais são responsáveis pela produção do cuidado em saúde e em compartilhar os objetivos e resultados conjecturados.

O caráter rizomático no trabalho em rede respeita a singularidade do sujeito, com múltiplas conexões para realizar o trabalho vivo. Essas representações irão definir os diferentes olhares entre os profissionais e as suas atuações em cenários variados. Assim, a autogestão, por meio da autoanálise, também permite a conexão entre os trabalhadores de saúde, produz o trabalho vivo em ato e dispara as "linhas de cuidado" em diferentes direções. Valoriza o próprio conhecimento, sua iniciativa e criatividade, retornando aos coletivos-equipe uma capacidade que lhes é retirada pela normatização do mundo do trabalho É operacionalizada sobre altos graus de liberdade e promove o autocontrole da rede em articulação (Franco, 2013).

A fim de contemplar a singularidade do sujeito e nortear a trajetória da gestante, a Rede Cegonha (RC) criada em junho de 2011 no Brasil, apresenta a proposta de conexão entre os fluxos, promoção da integração das ações e serviços de saúde para possibilitar uma atenção eficiente e de qualidade em todos os pontos de atenção, com foco na satisfação dos usuários, e a melhoria dos indicadores de morbimortalidade materno infantil (Assis *et al.,* 2019).

A rede estruturada e articulada permite uma produção de cuidados em saúde centrados nas necessidades das pessoas. O epicentro é a articulação dos fluxos e circuitos a partir da singularidade do sujeito, com múltiplas integralidades processuais, institucionais e intencionais. Uma maior possibilidade de máxima integralidade no micro desperta a reflexão da organização do macro (Cecilio, 2001).

Faz-se necessário assegurar um modelo de Atenção à Saúde que garanta a continuidade de cuidados materno-infantis para a população adscrita com responsabilização pelos resultados alcançados (Assis *et al.,* 2019).

Um dos componentes temáticos da RAS é a RC que está estruturada a partir de quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico que se refere ao transporte sanitário e regulação. Garante um atendimento seguro, de qualidade e humanizado para todas as gestantes e recém-nascidos (Brasil, 2011).

Muitos desafios são sentidos no cotidiano das ações das equipes e no atendimento às necessidades dos usuários, por não praticar o trabalho em rede, por desconhecimento, falta de qualificação ou por não vivenciar esta cultura. Fragilidades da gestão em articular os grupos condutores, financiamento insuficiente ou falta de repasse financeiro para atender as necessidades demandadas, características hegemônicas do modelo de saúde vigente, demora na estruturação dos planos regionais são apresentados como entraves para a efetiva implementação das redes (Cecilio, 2001).

Há a necessidade de fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS) por meio do acolhimento, consultas humanizadas, interprofissionais e menos tecnicistas, ou seja, na perspectiva da integralidade no cuidado Faz-se necessário a qualificação dos profissionais na produção do cuidado em rede (Brasil, 2007).

A integralidade está articulada às necessidades do sujeito com ações voltadas à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Apresenta uma proposta de reorganização dos serviços junto com a universalidade, e com a equidade.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.591-599

Busca envolver e amalgamar os saberes de profissionais, de usuários e da comunidade, na construção de um cuidado em saúde efetivo, com qualidade técnica da assistência recebida e com o exercício da cidadania, por meio da gestão participativa (Assis *et al.*, 2019).

A partir de pactuações realizadas em nível regional, em 2012, elaborou-se documento com a proposta para a implantação da RC e o Plano de Ação contemplando as diretrizes do Ministério da Saúde (MS), com novo modelo organizacional que possibilite enfrentamentos e implementações na área materno infantil (Costa *et al., 2*016).

Mesmo diante de tal direcionamento, percebe-se o desenvolvimento de um cuidado fragmentado e desarticulado, desconsiderando as singularidades das gestantes, em um município do interior paulista. Diante deste cenário as perguntas da presente investigação são: Qual é a percepção das equipes de saúde da APS em relação à RAS e RC, considerando o período gestacional? Como essas equipes operacionalizam as ações preconizadas pelas redes? Como a atenção à saúde no período gestacional é desenvolvida na perspectiva das gestantes?

Espera-se iluminar os aspectos que requerem atenção e que os resultados da pesquisa contribuam para a construção de um produto técnico, aplicativo que poderá ser instalado em celular Android ou IOS que auxiliará gestantes, profissionais e gestores na superação dos desafios para a implementação da RC nos municípios.

Objetiva-se, portanto, analisar a percepção dos profissionais da Atenção Primária a Saúde e das gestantes sobre as ações da Rede Cegonha, para caracterizar a produção de cuidados de saúde, os fluxos estabelecidos e os desafios apresentados, bem como elaborar estratégias de superação.

2. Metodologia

Esse artigo integra uma dissertação de mestrado profissional, que está articulada a outras duas, integrando o Programa de Mestrado Profissional “Ensino em Saúde”, as quais analisaram a operacionalização da RAS e da RC a partir da percepção do gestor municipal, dos profissionais e gestantes pertencentes à DRS do centro-oeste do Estado de São Paulo, Brasil.

Pesquisa exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa baseada em Minayo (2013), realizada nas Unidades de Saúde que compõe a Rede de APS em um município de médio porte no interior do Estado de São Paulo, com uma população estimada no ano de 2017 de 235.234 habitantes (IBGE, 2010). No momento da coleta de dados, a APS era constituída de 38 equipes de Saúde da Família (eSF) e 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Utilizou-se como critério de inclusão, uma eSF e uma equipe de UBS com maior número de gestantes cadastradas e maior número de encaminhamentos ao hospital de alta complexidade e uma eSF e uma equipe de UBS com menor número de gestantes cadastradas e maior número de encaminhamentos ao hospital de alta complexidade.

Trabalhou-se com a amostra por conveniência que propõe um subgrupo da população em que a escolha dos elementos deve refletir as diferentes dimensões do objeto de estudo. Os profissionais foram incluídos considerando como critério na UBS: realizar atendimentos com as gestantes; na eSF: definiu-se a representatividade proporcional das categorias profissionais. Participaram da pesquisa 34 profissionais sendo, quatro enfermeiros, três fisioterapeutas, quatro médicos, sendo dois ginecologistas e obstetras, um nutricionista, dois auxiliares de saúde bucal, dois auxiliares de enfermagem, três técnicos de enfermagem, um auxiliar de escrita, nove agentes comunitários de saúde, três agentes de controle de endemias e dois auxiliares de limpeza.

Participaram 33 gestantes, selecionadas de forma aleatória, considerando a combinação entre os critérios de idade gestacional e classificação obstétrica nas quatro unidades pesquisadas.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.591-599

Em três unidades de saúde foram convidadas a compor o estudo enquanto aguardavam a consulta de pré-natal. Em uma eSF foram realizadas visitas domiciliarias para a coleta de dados, devido ao número reduzido de gestantes cadastradas e a impossibilidade de aplicar o instrumento em horário comercial.

A coleta de dados compreendeu o período de julho a outubro de 2019, sendo realizada por uma única pesquisadora, iniciando com as gestantes. Utilizou-se a entrevista semiestruturada, individualizada, a qual constou de questões norteadoras, tendo como referência as ações a serem realizadas na RC durante a gestação.

Com os profissionais realizou-se um encontro com cada equipe selecionada, aplicando a técnica de grupo focal, utilizando-se um roteiro que contemplava questões norteadoras sobre a compreensão da RAS e RC e como essas são operacionalizadas no município.

Para a análise dos dados das entrevistas e dos grupos focais utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, modalidade temática, onde o conceito central é o tema (Minayo, 2013). Na pré-análise, organizou-se o conteúdo das entrevistas e dos grupos focais para a leitura flutuante e exaustiva. Nesse processo definiu-se as categorias de análise das entrevistas - a organização do processo de trabalho para atendimento as gestantes para o cuidado no pré-natal; e dos grupos focais - compreensão e a operacionalização da RAS e RC.

A segunda fase constituiu-se da exploração dos materiais coletados, selecionando os fragmentos das falas de acordo com as categorias estabelecidas. Em seguida, elaborou-se síntese de cada categoria, a qual permitiu identificar os núcleos de sentido e agrupá-los em temas (quadro 1). A codificação dos dados foi realizada por uma pesquisadora e validada por duas outras com título de doutor.

Quadro 1. Apresentação dos temas e núcleos de sentido das entrevistas com gestantes e grupo focal com profissionais, 2020.

Gestantes	
Tema	Núcleos de sentido
A organização e atuação dos profissionais de saúde na Rede Cegonha: percepção das gestantes	- captação da gestante antes e depois do tempo oportuno; cuidado centrado no médico e cuidado na perspectiva multiprofissional; - acesso e atuação nos diferentes serviços da rede cegonha e acesso aos exames preconizados no pré-natal.
Profissionais	
Tema	Núcleos de sentido
Aproximações dos profissionais sobre a compreensão e a operacionalização da Rede de Atenção e Rede Cegonha	- heterogeneidade de conhecimentos sobre Redes de Atenção e Rede Cegonha; - desconhecimento do protocolo de atendimento as gestantes do município e diferentes formas de operar a Rede Cegonha.

Na terceira fase realizou-se a apresentação, discussão e interpretação dos dados coletados. Nessa fase trabalhou-se com os referenciais de integralidade no cuidado e de cogestão em saúde.

Essa investigação obteve a aprovação no dia 04 de dezembro de 2018, com o registro CAAE: 02874218600005413 e parecer nº 3.123.730 pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

As unidades receberam nomes fictícios: eSF Diamante, eSF Safira, UBS Rubi e UBS Esmeralda. Os dados das entrevistas foram apresentados pela letra G (gestantes) e o número da entrevista, seguido da identificação dos serviços de saúde, ESF ou UBS, por exemplo, G1 a G14, G30-G33- ESF, de G15- a G30- UBS.

3. Resultados

A seguir serão apresentados os fragmentos das falas das gestantes e profissionais de saúde agrupados a partir dos núcleos de sentido e temas.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.591-599

Quadro 2. Resultado da pesquisa considerando os temas, núcleos de sentido e falas dos entrevistados, 2020.

Gestantes		
Tema	Núcleos de sentido	Fragmentos das entrevistas
A organização e atuação dos profissionais de saúde na Rede Cegonha: percepção das gestantes	- captação da gestante antes e depois do tempo oportuno; cuidado centrado no médico e cuidado na perspectiva multiprofissional; - acesso e atuação nos diferentes serviços da rede cegonha e acesso aos exames preconizados no pré-natal.	*"Demorou uns 30 dias, porque a doutora só atende de segunda". (G33-eSF)* *"A enfermeira informou e anotou os resultados dos exames". (G31-eSF)* *"Quando tem consulta com o médico, ele dá todos os resultados e as orientações". (G13-UBS)* *"Estou esperando uma vaga, há cinco meses, lá para o Hospital Terciário e ainda não chegou". (G3-eSF)* *"Em emergência que, [...]. Eu fui ao Hospital (Terciário), passei lá no domingo e agora eu fui a UPA, estava mais próximo do meu trabalho". (G22-UBS)* *"Já [fiz] três ultrassons, vou fazer a quarta ultrassom. Eu não sabia que eu estava grávida, tive uma crise depressiva e tentei me matar [...]. Foram três [ultrassons] do SUS e um pago". (G3-eSF)* *"O posto me encaminhou para a [unidade] X. Eu paguei um, que o médico tinha feito, para pagar mais em conta. O tratamento foi de um jeito. Eu fui pelo posto o tratamento foi diferente". (G20-UBS)*
Profissionais		
Aproximações dos profissionais sobre a compreensão e a operacionalização da Rede de Atenção e Rede Cegonha	- heterogeneidade de conhecimentos sobre Redes de Atenção e Rede Cegonha; - desconhecimento do protocolo de atendimento as gestantes do município e diferentes formas de operar a Rede Cegonha.	*"É o que o município tem para o cuidado em saúde, independente da atenção, se for primária, secundária ou terciária. Voltado para o cuidado em saúde, promoção e prevenção da saúde". (Equipe SF Diamante)* "*Rede Cegonha conheço bem superficial. A RC [ ] deve ser ligado ao pré-natal, à pediatria, puericultura, tanto a gestante quanto ao aleitamento, quanto ao recém-nascido". (Equipe UBS Rubi)* *"Teoricamente teria que ter [...]. Vamos mandar o protocolo! Nunca manda. E agora, o que a gente faz? Ligamos e respondem: Ainda não fechou o protocolo! [...] é uma falha muito grande no município". (Equipe SF Safira)* "[...] *A pessoa vai lá (no hospital) e eles mandam voltar para o PA. Eu acho que isso não está bem estabelecido". (Equipe UBS Rubi)* *"O Banco de Leite que a gente tem um vínculo muito forte". (Equipe UBS Esmeralda)* *"Contrarreferências que nós recebemos do Hospital Secundário [...].O Hospital Terciário trabalha muito com alta qualificada, [...], mas eles não têm muita "perna" para fazer todos os pacientes [...]". (Equipe UBS Esmeralda)*

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.591-599

4. Discussão

4.1 A Organização e Atuação dos Profissionais de Saúde na Rede Cegonha: Percepção das Gestantes

As diretrizes estabelecidas por meio da RC determinam que o início do pré-natal no Brasil ocorra antes da 12ª semana de gestação, garantindo atendimento multiprofissional, acesso a exames clínicos obstétricos, ações de educação em saúde, imunização. A APS é responsável em coordenar e executar estas ações, atuando no binômio mãe-filho na perspectiva da integralidade (Brasil, 2011).

Contemplar a integralidade no período gestacional proporciona maior liberdade para que a gestante expresse suas preocupações, garantindo maior resolubilidade para as necessidades e fortalecimento do vínculo com as equipes das unidades de saúde (Franco, 2013).

No cenário pesquisado compreende-se que a gestante tem acesso aos serviços e cadastra-se para iniciar o cuidado. Esse cuidado fica reduzido à realização de consultas médicas e com a enfermeira, especificamente na eSF. O processo de trabalho nas UBS mantém-se focado no médico e as ações da equipe de enfermagem e de outros profissionais são restritas. Constata-se atividades sucintas ligadas a RAS e a RC. Os profissionais têm dificuldade em compreender os fluxos e organização em rede.

A investigação apontou a necessidade de implementar estratégias de reorientação do modelo de assistência ao pré-natal por meio de redes integradas e unificadas, com serviços qualificados em espaços físicos que disponibilizem equipamentos adequados.

O MS assegura que o enfermeiro pode realizar consultas de pré-natal intercaladas com o médico. O profissional de enfermagem precisa produzir cuidado humanizado, tendo disponibilidade em realizar escuta qualificada, permitindo que a gestante compreenda e compartilhe os sentimentos vivenciados neste período (Brasil, 2010). Contemplar a integralidade no cuidado no período gestacional proporciona maior liberdade para que a gestante expresse suas preocupações, garantindo maior resolubilidade para as necessidades e fortalecimento do vínculo com as equipes das unidades de saúde (Franco, 2013).

Na UBS perdura o modelo de cuidado centrado no médico e na eSF o cuidado às gestantes é desenvolvido por esse profissional e os enfermeiros. No entanto, não surge na fala das gestantes a atuação de outros profissionais como Agente Comunitário de Saúde (ACS) e técnicos/auxiliares de enfermagem no contexto do seu acompanhamento.

Com a criação e implantação do SUS várias mudanças no modelo de atenção à saúde foram propostas, tendo destaque as dimensões política e gerencial. Contudo, em muitos cenários locais não se estabeleceu uma mudança na APS, mesmo tendo muitas experiências das décadas anteriores. Muitos determinantes influenciaram e influenciam na formulação e implementação das políticas. Vigorava a medicina previdenciária, restrita e fragmentada à saúde, dicotômica entre assistência e prevenção baseada na concepção biomédica e hospitalocêntrico na produção do cuidado. Para superação dessa forma de organização foi proposta a Estratégia Saúde da Família (ESF) e um novo ordenamento e articulação em rede dos serviços (Giovanella *et al.,* 2020).

A atual política do MS tem desconstruído muitas das diretrizes desse modelo de cuidado, desde a forma de financiamento, agora baseado no cálculo pelo número de pessoas cadastradas as equipes, a prática em equipe poderá ter perdas em função da opção de inclusão ou não do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) junto à equipe de referência e o enfoque primordial ao cuidado individual em detrimento ao cuidado coletivo (Cecilio *et al.,* 2012).

Quanto aos fluxos em rede, estabelecidos na RC, capta-se que não estão organizados de forma a atender as necessidades das gestantes ao acesso dos serviços de Urgência e Emergência e ao Hospital Terciário.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.591-599

O atendimento de Urgência e Emergência do município ocorre, aos finais de semana e após o término do expediente das unidades de saúde da APS, quando requisitado, por meio do Serviço de Atendimento de Urgência (SAMU), o qual efetua a regulação dos atendimentos e encaminha as gestantes, referenciando primeiramente às unidades de Pronto Atendimento e após a avaliação deste serviço, a gestante poderá ser direcionada ao Hospital Terciário (Costa *et a*l., 2016). Porém, a gestante busca os serviços considerando suas necessidades, mas as pactuações não estão funcionando a contento, não encontrando acolhimento e resolubilidade dos problemas, ou seja, a garantia de acesso aos serviços em rede está comprometida.

A finalidade do cuidado ao pré-natal de risco é intervir em uma gestação que possa ter resultados desfavoráveis, de modo a diminuir os riscos da mãe e do feto e reduzir possíveis consequências adversas. É fundamental que estados e municípios organizem suas RAS, especialmente a RC, de modo que contemple todos os níveis de complexidade e defina os seus pontos de atenção e responsabilidades atribuídas, para que ocorra a redução da morbimortalidade materna e perinatal mediante ao acesso e atendimento de qualidade e em tempo oportuno (Giovanella *et al.*, 2020). A RC tem como objetivo assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança, com a finalidade de reduzir a mortalidade materno-infantil (Assis *et al.,*2019). Embora esses objetivos estejam regulamentados, no cotidiano dos serviços vive-se um distanciamento frente ao proposto, uma vez que os problemas estão determinados pelo modelo de gestão do cuidado, com sérios desdobramentos relacionados ao financiamento das políticas públicas e da própria proposta de organização do cuidado.

4.2 Aproximações dos Profissionais sobre a Compreensão e a Operacionalização da Rede de Atenção e Rede Cegonha

O estado da arte da saúde materna evidenciado no Brasil é de uma agenda proposta com ações inacabadas por meio dos programas de Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e do Recém-Nascido (2004) e a da Rede de Cegonhas (2011) que se depara com desafios relacionados à qualidade nos cuidados pré-natal, parto e pós-natal; sistema limitado e desarticulado na produção do cuidado em saúde (De La Torre *et al.,* 2018).

Por outro lado, a formação inicial e contínua dos profissionais não tem contribuído para que a prática do cuidado em rede seja operacionalizada. No Plano Municipal da Rede Cegonha do local pesquisado, há proposta de formação dos profissionais para atuarem junto as gestantes, tendo como enfoque o cuidado clínico para melhorar a classificação de risco das gestantes, realizar “socialização de conhecimento às equipes quanto as intercorrências clínicas mais frequentes na gestação através de atualização e/ou discussão caso a caso” (Merhy *et al.,* 2014). Porém, não há menção a mudança do modelo de atenção centrado na prática interdisciplinar, com cuidado humanizado, com articulação mais explícita em rede entre os serviços.

Dessa forma, verifica-se que a formação dos profissionais também precisa ser redesenhada nos planos municipais por meio de parcerias com as instituições de ensino, de forma que tanto na formação na graduação como na pós-graduação, em especial nos programas de residência médica e multiprofissional, se propostas que sustentem a prática do cuidado em rede.

Para que ocorra a mudança do modelo tecnocrático de atendimento faz-se necessário a disseminação nacional de informações que estejam disponíveis e o acesso ao conhecimento sobre as políticas públicas e novas diretrizes que norteiam a produção do cuidado em saúde. Treinamentos e capacitações dos profissionais que atuam na assistência são ferramentas para qualificar a práxis de maneira ética e humanizada (Diniz *et al.,* 2018).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.591-599

5. Conclusões

Para que a implementação do trabalho em rede ocorra, os gestores necessitam construir estratégias a partir das necessidades de cada município, compor negociação com os diversos serviços que integram a rede temática e as linhas de cuidado e traçar um plano que atenda às necessidades e possibilidades de mudanças de acordo com os cenários encontrados, além de um plano de acompanhamento das ações implementadas.

Há indicativos, também, de que se necessita retomar a formação dos profissionais quanto à RC, seus princípios, as políticas que embasam a proposta e como organizar o trabalho em saúde, refletindo sobre os desafios a serem enfrentados e, ao compreendê-los, poderem propor novas práticas.

Embora ocorra uma necessidade de mudanças na organização do cuidado em rede na perspectiva da integralidade no cuidado, o risco de recrudescimento das propostas voltadas às ações de cunho reducionista é real, haja vista as tendências das políticas públicas do atual governo federal.

6. Referências

Assis, T. R., Chagas, V. O., Goes, R. M., Schafauser, N. S., Caitano, K. G. & Marquez, R. A. (2019). Implementação da Rede Cegonha em uma Regional de Saúde do estado de Goiás: o que os indicadores de saúde mostram sobre atenção materno-infantil?. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde. 13*(4):843-53. https://doi.org/10.29397/reciis.v13i4.1595

Brasil. (2007) Lei n. 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 28 dez 2007; Seção 1:2.

Brasil. (2010). Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Diário Oficial daUnião, Brasília (DF); 31 dez 2010; Seção 1:88.

Brasil. (2011). Ministério da Saúde. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 27 jun 2011; Seção 1:109.

Cecílio, L. C. O. (2001). As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In R. Pinheiro & R. Mattos. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde (8º ed., pp. 113-126.). Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Associação Brasileira de Saúde Coletiva.

Cecilio, L. C. O., Andreazza, R., Carapinheiro, G., Araújo, E. C, Oliveira, L. A., Andrade, M. G. G., Meneses, C. S., Pinto, N. R. S., Reis, D. O., Santiago, S., Souza, A. L. M. & Spedo, S. M. (2012). A atenção básica à saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?. *Revista Ciência & Saúde Coletiva. 17(*11):2893-2902. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100006

Costa, F. J. L. S., Camara, J. T., Costa, K. R., Serejo, E. C. S., Pedrosa, A. O. & Lima, A. K. A. (2016). Avaliação da assistência pré-natal na perspectiva da integralidade. *Revista de Pesquisa (Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro)*.*8(*2):4563-86. http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4563-4586.

De La Torre, A., Nikoloski, Z. & Mossialos, E. (2018). Equity of access to maternal health interventions in Brazil and Colombia: a retrospective study. *Int J Equity Health*.*11;17*(1):43. http://dx.doi.org/10.1186/s12939-018-0752-x.

Diniz, C. S. G., Daphne, R., Oliveira, A. F. P. L., Aguiar, J. M & 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. http://dx.doi.org/DOI: 10.1080/09688080.2018.1502019

CC BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.591-599

Franco, T.B. (2013). As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In T.B Franco, & E. E. Merhy. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. Hucitec. 226-42.

Giovanella, L., Franco, C. M. & Almeida, P. F. (2020) Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?. *Ciência & Saúde Coletiva*. *25*(4):1475-82. http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). Censos demográficos: censo demográfico 2010.

Merhy, E. E., Gomes, M. P. C., Silva, E., Santos, M. F. L., Cruz, Cruz, K. T. F. & Tulio, B. (2014) Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde*. Divulgação em Saúde para Debate. (52):*153-64.

Minayo, M. C. S. (2013). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde (13º ed). Hucitec.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.591-599

Motivos da utilização frequente do serviço de urgência pelas pessoas idosas no contexto de uma unidade de saúde familiar

Idalina Delfina Gomes[1] e Alexandra Seara Almeida[2]

[1]Professora Doutora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal | idgomes@esel.pt | https//orcid.org/0000-0003-2974-0734

[2]Enfermeira mestranda do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem à Pessoa Idosa da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal | alexandraseara51@gmail.com | https://orcid.org/0000-0001-6528-2211

Resumo: A população a nível mundial encontra-se a envelhecer, o que leva a um aumento de doenças crónicas e a um aumento do risco de fragilidade, com implicações na utilização frequente do serviço de urgência pelas pessoas idosas, com impacto a nível social e da saúde o que deve constituir uma preocupação dos enfermeiros que precisam de intervir na promoção da saúde desta população. **Objetivo:** analisar os motivos da utilização frequente do serviço de urgência pelas pessoas idosas; **Método:** estudo descritivo qualitativo, com recurso a entrevista semiestruturadas e análise de conteúdo; participantes - 6 (pessoas idosas frágeis e familiares cuidadores); **Resultados**: constatou-se que a maioria dos motivos que levaram os participantes a recorrer ao serviço de urgência estavam relacionados com períodos de agudização da(s) doença(s) crónica(s) e as razões relacionadas com: a procura de cuidados especializados, referenciação por profissionais de saúde, medo de agravamento da situação de doença e dificuldade na acessibilidade à unidade de saúde. **Conclusões:** os enfermeiros dos cuidados de saúde primários precisam de apostar mais na vigilância da(s) doenças crónicas(s) e promover a literacia da pessoa idosa e do familiar cuidador para promover o Cuidado-de-SI.

Palavras-chave: Pessoa Idosa; Fragilidade; Utilizador Frequente; Serviço de Urgência.

Reasons for the Frequent Use of the Emergency Service by the Elderly in the Context of a Family Health Unit

Abstract: The world population is aging, which leads to an increase in chronic diseases and an increased risk of frailty, with implications for the frequent use of the emergency department by the elderly, with an impact on social and health levels, which should be a concern for nurses who need to intervene in promoting the health of this population; **Goals:** analyse the reasons for the frequent use of the emergency department by the elderly; **Method:** qualitative descriptive study, using semi-structured interviews and content analysis; participants - 6 (frail elderly and family caregivers); **Results:** it was found that most of the reasons that led the participants to make use of emergency department were related to periods of acute of the chronic disease(s), search for specialized care, referral by healthcare professionals, fear of worsening the disease and difficulty in accessing the primary healthcare facility; **Conclusions:** primary healthcare nurses need to invest more in the surveillance of chronic diseases(s) and promote the literacy of the elderly and the family caregiver to promote the Self-Care.

Keywords: Elderly; Frailty; Frequent User; Emergency Department.

1. Introdução

O envelhecimento populacional é uma realidade a nível mundial. Estima-se que em 2025 existirão em todo o mundo 1,2 mil milhões de pessoas idosas e destas, com ou mais de 80 anos constituirão um grupo etário de extrema importância. O aumento da esperança média de vida é um objetivo partilhado por inúmeras sociedades, contudo, este facto só se traduz numa conquista se for acompanhado por qualidade de vida. Neste sentido, as políticas de saúde devem incidir na promoção do envelhecimento ativo e saudável (WHO, 2020). Porém, constata-se que o envelhecimento populacional tem levado ao aumento da incidência e prevalência de doenças, de comorbilidades, das condições de fragilidade, assim como ao aumento dos índices de óbitos causados pelas doenças crónicas não transmissíveis (Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS], 2018).

CC BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.600-605

Desta forma, a população idosa é um dos grupos etários que mais recorre ao serviço de urgência (SU), tornando-se utilizadores frequentes do serviço de urgência (UFSU) o que faz alterar a capacidade e os cuidados no mesmo. Existem algumas definições para o conceito de UFSU, a que reúne maior consenso é a do utente que recorre ao SU, num período de um ano um mínimo de quatro vezes (Dufour et al., 2019). As pessoas idosas apresentam uma maior taxa de internamento hospitalar, risco de declínio funcional e morte após uma visita ao SU. Além disso, constata-se que muitos desses episódios são de utilização inadequada levando a um excessivo uso dos meios complementares de diagnósticos, de tratamento, e à superlotação do SU e ao aumento do tempo de espera, traduzindo-se num aumento dos custos com a saúde e num fardo para os sistemas de saúde (Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS], 2017). Conscientes desta problemática os enfermeiros da Unidade de Saúde Familiar X (USFX), e nomeadamente porque esta Unidade apresentava e uma taxa anual ajustada de episódios de urgência hospitalar de 62,39%, perceberam a necessidade imperiosa de promover o Cuidado-de-Si às pessoas Idosas, visando a prevenção e controlo da UFSU, indo ao encontro das suas reais necessidades e potencialidades.

Primeiramente há que identificar os motivos dessa UFSU. Contudo, na revisão da literatura efetuada, revelaram-se escassos os estudos qualitativos que incidem sobre os motivos da UFSU sob ponto de vista das pessoas idosas e familiares cuidadores (FC).

Assim, colocámos a seguinte questão de investigação: Quais os motivos que levam as pessoas idosas da USFX a serem UFSU?

2. Metodologia

Optou-se pela realização de um estudo qualitativo com recurso a entrevista semiestruturada, porque pretendíamos obter informações sobre o que pensam os sujeitos do estudo (Minayo & Costa, 2018), ou seja perceber os motivos da UFSU. A pesquisa qualitativa está relacionada com a capacidade de compreensão do significado de um fenómeno e descrição pormenorizada dos contextos, sem dar relevância aos números “a quantidade é substituída pela intensidade, pela imersão profunda” (Taquette, 2016, p. 526). Deste modo, não existe verdade absoluta, uma vez que, se pretende compreender a complexidade de um fenómeno. A entrevista permite colher dados fornecidos pelos entrevistados, que estão relacionados com o conhecimento, atitudes, crenças e sentimentos (Batista et al., 2017). Assim, procurou-se responder às seguintes questões: Quais os motivos que levam as pessoas idosas da USFX a serem UFSU? As respetivas pessoas idosas e seus FC têm a perceção que são UFSU? Conhecem outros recursos na comunidade a que recorrer em situações de urgência? Este estudo tem por objetivo identificar os motivos da UFSU e face aos resultados, analisar como os enfermeiros da respetiva unidade podem ajudar a prevenir e controlar esta situação na USFX.

Participantes do estudo: três pessoas idosas e três FC. A escolha dos participantes da entrevista foi por conveniência, tendo em conta os critérios de inclusão: pessoas idosas (65 e mais anos) utentes da USFX; que após aplicação do instrumento de avaliação Mini Exame do Estado Mental não revelassem alterações cognitivas; pessoas idosas UFSU ou FC de pessoas idosas utentes da USFX que preencham os critérios acima referidos e cujas pessoas idosas não tivessem capacidade para responder.

2.1 Procedimentos Metodológicos

Os participantes foram selecionados pelos enfermeiros de família (EF), tendo em conta os critérios de inclusão acima referidos. Num primeiro contato o EF, através de consulta ou telefone, abordou o entrevistado no sentido de o informar da existência do estudo, do respetivo objetivo e da extrema importância em participar. Segundo Batista et al. (2017) esta abordagem diminui o fator surpresa e dá confiança ao entrevistado. Posteriormente, foi contatado o entrevistado para confirmar se continuava interessado em participar na entrevista. Após aprovação combinou-se o dia e o local.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.600-605

No momento da entrevista a abordagem consistiu na apresentação do investigador, na explicitação da finalidade do estudo e do objetivo da entrevista. Foi igualmente explicado que a participação era voluntária, que seria assegurado anonimato, que a entrevista seria audiogravada e que a qualquer momento poderia desistir, sem sofrer qualquer tipo de coação. Antes de se iniciar a entrevista foi permitido o esclarecimento de dúvidas e solicitado consentimento informado e esclarecido. No decorrer da entrevista tentou-se proporcionar promover um ambiente harmonioso propício a expressão de sentimentos e emoções. O entrevistado pode escolher o locar da entrevista o que possibilitou uma maior segurança e abertura de emoções e sentimentos (especialmente quando a opção foi o domicílio). As entrevistas tiveram uma duração média de quinze minutos, uma vez que eram pessoas idosas frágeis. Foram realizadas entre os dias quatro a treze de dezembro de 2019. A utilização de entrevistas semiestruturadas foi facilitadora para redirecionar e focalizar a entrevista pela flexibilidade que permite. A mesma foi terminada de forma cordial, agradecendo a participação do entrevistado e mostrando disponibilidade para eventuais esclarecimentos que possam surgir.

Como foi referido, um dos critérios de inclusão consistia em identificar se existia alguma alteração do estado mental dos participantes, que comprometesse a informação fornecida pelos mesmos e quando assim fosse a entrevista era realizada aos FC. Deste modo, identificámos que dos seis participantes inicialmente referenciados três apresentaram alteração do estado mental, assim a entrevista foi realizada aos respetivos FC que demonstraram disponibilidade e desejo de participar.

A transcrição das entrevistas foi efetuada em ambiente silencioso, foram ouvidas inúmeras vezes e transcritas na integra, nomeadamente as pausas e a entoação da voz.

Os dados foram analisados seguindo os princípios de análise de conteúdo. Na pesquisa qualitativa, a análise de conteúdo, trata-se de uma descrição objetiva, sistemática, quantitativa do conteúdo extraído das comunicações e respetiva interpretação. Segundo (Bardin, 2016), a análise de conteúdo apresenta 3 etapas: pré-análise, exploração do material e por último tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A pré-análise é uma fase em que se sistematizam as ideias iniciais, colocadas pelo quadro referencial teórico, de modo a elaborar um esquema compreensível que dê significado aos dados. Na exploração do material, codificam-se os dados, em que estes são transformados sistematicamente e agregados em unidades. Consiste na exploração do material com a definição de categorias e da identificação de unidades de registo. A categorização consiste na organização das categorias, onde estas e as subcategorias são explicadas, com base nas unidades de sentido identificadas anteriormente (Leite, 2017).

Neste estudo foram cumpridas as três etapas sugeridas por Bardin (2016). As categorias e as subcategorias foram definidas à *posteriori*, ou seja, de forma indutiva, a partir dos significados referidos pelos participantes de forma explícita. Assim, realizou-se uma divisão manual da informação recolhida das entrevistas em unidades manejáveis de síntese, na procura de padrões e de descoberta. Na categorização tivemos em conta os princípios da exclusividade entre categorias, da homogeneidade dentro das categorias e da objetividade entre os codificadores e a adequabilidade e pertinência aos conteúdos e objetivos (Bardin, 2016). A análise da informação recolhida, foi agrupada em categoria, subcategorias, unidades de registo e unidades de frequência. De forma a simplificar as unidades de registo foram codificadas em “U” quando se referem a declarações prestadas pelos próprios utentes e em “F” quando as informações se referem aos FC. Para garantir a fiabilidade dos dados a análise de conteúdo foi aferida pelos dois investigadores.

2.2 Principios Éticos

A realização do estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde para a ARSLVT - Proc.111/CES/INV/2019. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo e assinaram o consentimento informado. Garantiu-se o anonimato dos participantes e da instituição, bem como o sigilo e a confidencialidade das informações prestadas.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.600-605

3. Resultados

Os participantes foram seis (três pessoas idosas e três FC dos respetivos utentes). Em relação às pessoas idosas, um era do sexo masculino e dois do sexo feminino. As idades situavam-se entre os 70 e os 78 anos de idade. Após a aplicação do TFI pode-se concluir que os três utentes entrevistados eram todos pessoas idosas frágeis. Relativamente aos FC dois eram do sexo feminino e um do sexo masculino, dois destes eram os conjugues dos utentes e um deles era filha. Todos viviam com o respetivo utente.

Após a análise das entrevistas emergiram quatro categorias: *Perceção de ser UFSU; Serviços que dão apoio ao SU, Situação de saúde/doença que levaram ao SU e Razões que levaram a recorrer ao SU.*

Relativamente à categoria "*Perceção de ser UFSU*" nesta identificaram-se as subcategorias: Utilizador não frequente do SU e Utilizador frequente do SU. Na categoria "*Serviços que dão apoio ao SU*" evidenciaram-se as subcategorias: conhecimento e desconhecimento dos serviços de apoio. Em relação à categoria "*Situação de saúde/doença que o levaram ao SU",* surgiram as subcategorias: acidentes e agravamento da doença crónica e percebeu-se que quando eram UFSU por motivo de doença na maior parte das vezes (com quatro unidades de frequência) o motivo foi sempre o mesmo. A última categoria "*Razões que levaram a recorrer ao SU"* identificaram-se as subcategorias: Procura de cuidados especializados; Referência por profissionais de saúde; Medo de agravamento da situação de doença; Dificuldade na acessibilidade à USFX.

4. Discussão dos Resultados

Em relação à categoria "*Perceção de ser UFSU*", concluímos que apenas um dos seis participantes tinha a perceção de ser um UFSU, como refere F02 "Fui quatro vezes ao SU." Os restantes cinco participantes não tinham essa perceção. A referir, que após consentimento dos próprios, tinha sido primeiramente consultado o processo clínico, no sentido de confirmar se todos os utentes eram UFSU, tendo-se constado que sim (uma vez que este era um dos critérios de inclusão). Este resultado leva-nos a pressupor que os participantes podem não dar a devida importância quando recorrem ao SU. Este é um aspeto importante a ser aprofundado, na medida em que o enfermeiro pode informar os utentes e FC sobre os vários serviços que dão apoio ao SU, nomeadamente à Consulta Aberta Diária (CAD) da USFX, explicar a finalidade de cada serviço e as implicações e consequências quando o SU é utilizado sem ser para situações urgentes.

Relativamente à categoria "*Serviços que dão apoio ao SU*". Apenas o participante U4 é que afirmou que conhecia a USFX como serviço que dá apoio ao SU como nos referiu: "É só aqui. Já aqui venho há trinta anos", referindo-se à CAD da USFX. Esta dificuldade em identificar outros serviços que dão apoio ao SU, foi igualmente constatada na pesquisa efetuada, pelos autores Andrews & Kass (2018). Deste modo, salienta-se a importância de os enfermeiros promoverem a sua função de educação e ensino para informar e esclarecer os utentes e FC sobre a existência dos diversos serviços que dão apoio ao SU, assim como a sua finalidade o que pode evitar os episódios frequentes de idas ao SU.

Na categoria "*Situação de saúde/doença que o levaram ao SU*" após a análise dos dados, constatou-se que a maior parte das situações de saúde que fizeram com que os participantes recorressem ao SU, estavam relacionados com períodos de agudização da doença(s) crónica(s), sobrepondo-se a situações associadas a acidentes, nomeadamente a quedas. As situações de doença mais frequentes estavam relacionadas com o sistema circulatório e cardíaco, úlcera varicosas, úlcera diabética, dor, sistema urinário e respiratório. Outro aspeto a salientar, é que os participantes do estudo, também referiram que as situações de saúde que os fizeram recorrer ao SU da última vez, eram os mesmos que das outras vezes, "Foram, sempre os mesmos…" (U05). Apenas um participante referiu que se dirigiu ao SU por motivos diferentes.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.600-605

O que nos leva a refletir na importância do papel do enfermeiro na promoção do Cuidado-de-SI, tendo em conta o duplo sentido deste conceito: o de ajudar as pessoas idosas a gerir as situações de saúde doença, promovendo nelas o Cuidado-de-SI próprias ou capacitando o FC para assegurar o cuidado do seu familiar doente (Gomes, 2021).

Por último na categoria "*Razões que levaram a recorrer ao SU*" percebeu-se que um FC recorre ao SU com o seu familiar devido à dificuldade na acessibilidade à USFX, em que um FC verbalizou "(…) porque no Centro de Saúde não me atendem na altura própria. Tenho, tenho que ir para o hospital." (F02). Dois utentes e dois FC foram ao SU para terem acesso a cuidados especializados. Outras vezes são mesmos os profissionais de saúde (médico de família e assistentes em cuidados domiciliários) que os referenciam. Por outro lado, um FC considerou que os sintomas precisam de resposta urgente e referiu medo dos mesmos se agravem se não forem atendidos rapidamente como se pode constatar na seguinte frase significativa: "Bem eu só vou ao serviço de urgência quando efetivamente tenho mesmo medo que aconteça qualquer coisa mais grave." (F06). Estes resultados vão ao encontro do contatado por Coster et al. (2017), em que os resultados do estudo mostraram que os utentes consideravam que a sua condição exigia recursos e instalações especializadas, por desejarem ser atendidos rapidamente e pela dificuldade no acesso aos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Os autores Kraaijvanger et al. (2016), salientaram que as razões se prendiam com medo de condições de risco de vida. Deste modo, torna-se primordial que os enfermeiros consigam desmitificar os preconceitos relacionados com o SU e sobre o funcionamento e atendimento da USFX, mais especificamente a CAD e promovam um acompanhamento de proximidade com as pessoas idosas que as ajude a gerir as suas situações de saúde/fragilidade/doença no seu quotidiano de Vida. Estas asserções têm implícito uma teoria holística do cuidado, remetendo um Modelo Centrado na Pessoa (McCance et al., 2020).

5. Conclusões

Ao longo do tempo tem-se verificado um aumento crescente da utilização frequente do SU com aumento dos custos e sobrecarga do serviço. Após a análise das entrevistas realizadas aos seis participantes, pode-se constar que se tratavam todos de pessoas Idosas frágeis em que a maioria não tinha a perceção que era um UFSU. Este facto torna-se numa barreira para diminuir/controlar esta problemática.

Os participantes do estudo não identificaram a CAD, inserida na USFX, como sendo um dos serviços que dá apoio ao SU para situações urgentes. Por outro lado, constatou-se que a maioria dos motivos que levaram os participantes a recorrer ao SU estavam relacionados com períodos de agudização da(s) doença(s) crónica(s), sobrepondo-se aos motivos associados a acidentes, e as razões relacionadas com a procura de cuidados especializados; referenciação por profissionais de saúde; medo de agravamento da situação de doença e dificuldade na acessibilidade à USF**.** O que realça a importância dos profissionais de saúde e nomeadamente os enfermeiros dos CSP apostarem mais na prevenção e gestão da doença crónica e promover a literacia da pessoa idosa e do FC em parceria, por forma a promover o Cuidado-de-SI, para um desenvolvimento sustentável da saúde, em que a saúde/doença seja vista como um projeto em inter-relação com o projeto de vida e existência da pessoa (I. D. Gomes, 2019).

O recurso a análise de conteúdo realizada focada no emergir dos significados que os participantes dão aos fenómenos quando estão em estudo problemas emergentes, mas ocultos, contribui para mostrar a importância do desenvolvimento da pesquisa qualitativa.

Como limitação do estudo salienta-se o facto de não se ter conseguido incluir mais participantes, devido à dificuldade em identificar utentes como UFSU e as dificuldades colocadas pelas questões da pandemia, pelo que no futuro pensamos retomar o estudo.

CC BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.600-605

6. Referências

Andrews, H., & Kass, L. (2018). Non-urgent use of emergency departments: populations most likely to overestimate illness severity. *Internal and Emergency Medicine*, 1–8. doi: ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29380133.

Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo* (1.ª ed.). Edições 70.

Batista, E. C., Matos, L. A. L., & Nascimento, A. B. (2017). A entrevista como técnica de investigação na pesquisa qualitativa. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, *11*(3), 23–38. doi: file:///C:/Users/EU/Downloads/Aentrevistacomotcnicadeinvestigaonapesquisaqualitativa (1).pdf.

Coster, J. E., Turner, J. K., Bradbury, D., & Cantrell, A. (2017). Why Do People Choose Emergency and Urgent Care Services? A Rapid Review Utilizing a Systematic Literature Search and Narrative Synthesis. *Academic Emergency Medicine*, *24(9)*, 1137-11–49. doi: ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5599959/pdf/ACEM-24-1137.pdf.

Dufour, I., Chouinard, M.-C., Dubuc, N., Beaudin, J., Lafontaine, S., & Hudon, C. (2019). Factors associated with frequent use of emergency-department services in a geriatric population: a systematic review. *BMC Geriatrics*, *19(185)*, 1–9. doi: bmcgeriatr.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12877-019-1197-9.

Gomes, I. (2021). Partnership of Care in the Promotion of the Care-of-the-Self: An Implementation Guide with Elderly People. Em J. Garcia-Alonso & C. Fonseca (Eds.), *Gerontechnology III: Contributions to the Third International Workshop on Gerontechnology, IWoG 2020* (pp. 345–356). Évora: Lecture Notes in Bioengineering - Springer.

Gomes, I. D. (2019). Promover o Cuidado-de-Si: património da enfermagem para o desenvolvimento sustentado, bem-estar e saúde das populações. *Revista Pensar Enfermagem*, *23*(2), 7–15.

Kraaijvanger, N., Rijpsma, D., Willink, L., Lucassen, P., Leeuwen, H. van, & Edwards, M. (2016). Why patients self-refer to the Emergency Department: A qualitative interview study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, *23*, 593–598. doi: onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jep.12680.

Leite, R. F. (2017). Perspectiva da análise de conteúdo na pesquisa qualitativa: algumas considerações. *Revista Pesquisa Qualitativa*, *5*(9), 539–551. doi: editora.sepq.org.br/rpq/article/view/129/98.

McCance, T., McCormack, B., Slater, P., & McConnell, D. (2020). Examining the theoretical relationships between constructs in the person-centered practice framework: a structural equation model. *BMC Health Services Research*, 1–23. doi: 10.21203/rs.3.rs-22586/v1.

Minayo, M. C. S., & Costa, A. P. (2018). Fundamentos teóricos das técnicas de investigação qualitativa. *Revista Lusófona de Educação*, *40*, 139–153. doi: revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/6439.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS]. (2017). *Viver em tempos incertos - sustentabilidade e equidade na saúde*. OPSS. doi: opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio_Primavera_2017.pdf

Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS]. (2018). *Meio caminho andando - Relatório primavera 2018*. OPSS. doi: opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/relatorio-primavera-2018.pdf.

Taquette, S. R. (2016). Análise de dados de pesquisa qualitativa em saúde. *Atas CIAIQ 2016*, *2*, 524–533. doi: proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/790.

WHO. (2020). *Decade of Healthy Ageing (2020-2030)*. doi: who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf?sfvrsn=b4b75ebc.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.600-605

Análise de conteúdo aos diagnósticos e intervenções tegumentares: O primeiro passo para um modelo de cicatrização de feridas

João Gomes[1,2], Paulino Sousa[2,3], Filipe Pereira[2,3], Fernanda Bastos[2,5], Ana Paula Prata[2,5] e Catarina Silva[6]

[1] Doutorando, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Portugal. Enfermeiro, Hospital de Braga, Portugal | enfermeirojoao@gmail.com | https://orcid.org/0000-0001-5060-7976

[2] Centro de Investigação Desenvolvimento em Sistemas de Informação em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal (CIDESI-ESEP)

[3] Professor Coordenador, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal | paulino@esenf.pt; filipereira@esenf.pt | https://orcid.org/0000-0002-5778-0111; https://orcid.org/0000-0000-0000-0000

[5] Professor Associado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal | fernandabastos@esenf.pt; prata@esenf.pt | https://orcid.org/0000-0003-3097-7114; https://orcid.org/0000-0001-7552-9716

[6] Enfermeira Especialista, ACES Alto Ave, Portugal | catsilva@gmail.com | https://orcid.org/0000-0002-7597-9343

Resumo: Introdução: Especialistas em tratamento de feridas são essenciais para abordar necessidades crescentes de prevenção e tratamento de feridas que afetam milhões de pessoas. Os sistemas de informação com apoio à tomada de decisão clínica tornam-se essenciais ao recolher, codificar e armazenar conhecimento, devolvendo informação pertinente ao enfermeiro. **Objetivos:** Este estudo visa identificar oportunidades para melhoria da interoperabilidade semântica através da análise da construção e conceitos presentes nos diagnósticos e intervenções do Sistema de Informação em Saúde. **Métodos**: Estudo descritivo com recolha de dados no Sistema de Informação em Saúde Português, sendo reconhecido pelo progresso em termos de tecnologias de informação e comunicação no setor da saúde. Todos os diagnósticos, intervenções e relações disponíveis para a prática clínica no âmbito do processo tegumentar foram extraídos. Realizámos esta investigação em duas fases: (1) Análise de conteúdo aos diagnósticos e intervenções, revista por dois peritos externos e (2) Grupo focal com peritos em Sistemas de Informação em Saúde de forma a discutir os resultados anteriores e implementar contribuições para um modelo clínico relativo à cicatrização de feridas. **Resultados**: Fizemos correspondência a 66 diagnósticos, 171 intervenções e 318 relações. As intervenções de enfermagem são centradas em três tipos de ação: executar, determinar e informar. Encontrámos inconsistências inesperadas no que diz respeito às associações entre ações do tipo ensinar e a ausência de diagnósticos centrados no conhecimento. O grupo focal acrescentou uma importante perspetiva na importância de intervenções de outros domínios para a cicatrização de feridas. **Conclusões**: Os enfermeiros usam uma linguagem padronizada para descrever os conceitos na prática clínica. A interoperabilidade semântica é questionável por alterações sustentadas em opiniões no lugar de conhecimento científico, sem normas ou procedimentos de domínio público. A abordagem qualitativa permitiu melhorias em termos dos conceitos utilizados para representar a prática clínica e validade da construção dos enunciados.

Palavras-chave: Modelo Clínico de Informação; Diagnóstico de Enfermagem; Intervenção de Enfermagem; Cicatrização; Ferimentos e Lesões.

Content Analysis of Nursing Integumentary Diagnoses and Interventions: Firsts Step Towards a Wound Healing Information Model

Abstract: Introduction: Wound care specialists are essential to meet the growing need to prevent and treat acute and chronic wounds affecting millions worldwide. Information systems with clinical decision support become essential by collecting, codifying, and storing knowledge, and returning information on-screen to the nurse.**Goals:** This study aims to identify opportunities for semantic interoperability improvement through the analysis of all diagnoses and interventions used in a public Health Information System related to the integumentary system. **Methods:** A qualitative descriptive study of nursing diagnoses and interventions data. We selected the Portuguese national Health Information System for data analysis since it was recognized for the progress in terms of information and communications technologies used in the health sector. All nursing diagnoses, interventions, and their relationships available for selection in clinical practice regarding wound healing were analyzed. We performed this research in two phases: (1) Content analysis of nursing diagnoses and interventions, revised by two external experts, and (2) Focus group with Health Information Systems and terminologies experts to discuss and implement contributions to a wound healing clinical model.**Results:** We matched 66 diagnoses, 171 interventions, and 318 relationships to the integumentary system. Nursing interventions were centered on three action types: performing, determining, and informing. We found unexpected inconsistencies regarding the association between teaching actions and missing knowledge-centered diagnoses. The focus group added an essential perspective on interventions from other domains becoming essential to wound healing. **Conclusions:** Nurses use standardized language to describe nursing concepts in daily practice. Semantic interoperability is still questionable by persistent changes based on opinions instead of scientific knowledge, with no known public rules or procedures. A qualitative approach allowed for improvements in the concepts used to represent clinical practice and the sentences construction validity.

Keywords: Clinical Information Model; Nursing Diagnosis; Nursing Intervention; Wound Healing; Wounds and Injuries.

CC BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.606-616

1. Introdução

Desde que Nightingale abriu caminho para a enfermagem moderna ao cuidar de soldados e prevenindo infeções e mortes causadas por feridas, mais de 150 anos de conhecimento científico acumularam no domínio da cicatrização (Strickler, 2017). No nosso século, as preocupações estão a inverter de feridas traumáticas para um número exponencial de doenças crónicas, com as feridas de difícil cicatrização a colocarem um peso significativo nos sistemas de saúde, nas pessoas que vivem com feridas e na sua família (Woo et al., 2018). Dados europeus sugerem que 64% das feridas tratadas em casa são crónicas e a gestão de feridas ocupa cerca de 3% de todas as despesas de saúde (Lindholm & Searle, 2016). O custo por tratamento varia no entanto com fatores como o tipo de ferida, complicações ou a instituição (Nussbaum et al., 2018).

Especialistas em tratamento de feridas são necessários para ir de encontro à necessidade crescente de prevenir e tratar feridas agudas e crónicas. Os enfermeiros providenciam cuidados à pessoa com um leque alargado de feridas causadas por pressão, insuficiência venosa, arterial, diabetes, trauma ou cirurgias. As feridas podem ter efeitos devastadores sobre a pessoa aumentando a morbilidade e mortalidade associadas a complicações. A dor, sangramento, exsudado, necrose, infeção ou amputação são algumas destas complicações (WOCN Task Force, 2018).

Criar um ambiente favorável à cicatrização é um processo complexo que requer coordenação de decisões e ações em resposta a várias condições. Tomar decisões e realizar juízos clínicos na avaliação e planeamento de cuidados são um desafio que os enfermeiros enfrentam por falta de evidência sólida (Samuriwo & Dowding, 2014).

A documentação de cuidados tem várias lacunas, causando constrangimentos no futuro do conhecimento de enfermagem e desenvolvimento de uma identidade profissional. Em alguns trabalhos, foi evidenciado que 50% das pessoas tratadas não têm um diagnóstico adequado documentado (Ivins et al., 2018) e a troca de apósitos, bem como a documentação da avaliação, não é realizada, dificultando a análise dos resultados (Batista da Cunha et al., 2018).

Os termos e conceitos utilizados também necessitam de consenso para os profissionais estabelecerem melhores critérios diagnósticos, eliminando variações não desejadas da tomada de decisão e providenciando melhores cuidados através de procedimentos padronizados (Atkin & Tickle, 2018). A Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE) é uma terminologia de enfermagem reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (2017). As terminologias são representações de conceitos clínicos necessárias para descrever condições e atividades (International Organization for Standardization, 2014). A utilização destes vocabulários controlados é recomendada para a representação de conceitos e relações dado que permitem uma comunicação clara de informação clínica entre remetente e recetor, local ou internacionalmente (Lozano-Rubí et al., 2016).

A utilização de terminologias em modelos clínicos melhora sistematicamente a interoperabilidade semântica, definida como “assegurar que o significado preciso da informação comutada é percetível por qualquer outro sistema ou aplicação não desenvolvido inicialmente para esse propósito” (International Organization for Standardization, 2015, p.5). Esta capacidade de permutar informação entres diferentes sistemas sem perda de significado permite uma implementação segura e efetiva do suporte à tomada de decisão.

Este artigo descreve a primeira fase na direção deste objetivo, consistindo numa análise de conteúdo focada no sistema tegumentar. Este estudo visa identificar as oportunidades para a melhoria da interoperabilidade semântica através de uma análise da construção e dos conceitos presentes nos diagnósticos e intervenções em uso no Sistema de Informação em Saúde (SIS) português.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.606-616

2. Metodologia

A documentação de enfermagem em Portugal começou a migrar em 2005 de suportes em papel para registos eletrónicos. Cada instituição foi convidada a desenvolver os seus conjuntos de diagnósticos e intervenções com recurso à CIPE, sendo que cada um destes agrupamentos foi descrito como uma "parametrização". Ao longo de uma década foram criadas centenas de parametrizações nas várias instituições do país, com diferentes nomenclaturas para representar os mesmos conceitos, o que colocou um compromisso severo na interoperabilidade semântica e na mensuração de indicadores (Paiva et al., 2014).

A Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) analisou em 2014 todas as parametrizações em uso e propôs uma parametrização única para todas as instituições, implementada depois pelo Ministério da Saúde (Paiva et al., 2014). Após este esfoço, o Centro de Investigação Desenvolvimento em Sistemas de Informação em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto (CIDESI-ESEP) decidiu criar uma ontologia de enfermagem, definida como uma descrição de conceitos e relações de um domínio científico (Gruber, 1993). Esta ontologia, desenvolvida em parceria com a Ordem dos Enfermeiros que tem um papel regulatório no exercício profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2018), é constituída por vários modelos de informação em diversas áreas. Cruz et al. (2016), Gonçalves et al. (2019), Neves e Parente (2019) e Queirós et al. (2021) desenvolveram trabalhos iniciais nas áreas do regime medicamentoso, saúde mental, processo neuromuscular e autocuidado, respetivamente.

Um estudo descritivo e exploratório foi agora desenvolvido para analisar os diagnósticos e intervenções de enfermagem parametrizados no SIS relativos ao sistema tegumentar. Um diagnóstico de enfermagem é um rótulo atribuído a um achado de uma observação ou evento que é considerado relevante para o enfermeiro e a pessoa cuidada. Por sua vez, uma intervenção de enfermagem é uma ação implementada para melhorar ou manter a saúde uma pessoa, grupo ou população (International Organization for Standardization, 2014).

Foram seguidas as recomendações da ISO 13972 que orientam para a pesquisa dos conteúdos existentes nos sistemas de informação em uso e do envolvimento dos peritos no domínio científico na criação de modelos de dados.

Consiste em duas fases sequenciais:

(1) Análise de conteúdo aos diagnósticos e intervenções de enfermagem extraídos do SIS em uso no Sistema Nacional de Saúde português, revista por dois peritos externos, e

(2) Grupo focal com quatorze enfermeiros, peritos em desenvolvimento de conteúdos para os SIS com recurso a terminologias de enfermagem, de forma a discutir os resultados obtidos na fase anterior e implementar novas contribuições para um modelo de informação.

A aprovação deste projeto foi atribuída pela comissão de ética da ESEP (ADHOC_553/2020). Apenas os focos, diagnósticos e intervenções, bem como as relações entre eles, foram extraídos e analisados neste projeto (por exemplo, "ferida cirúrgica" ou "Avaliar queimadura"). Iremos referir-nos a estas concatenações de termos como "frases" que os enfermeiros usaram para descrever a sua prática clínica.

Dado que apenas analisámos uma parametrização em vez de registos clínicos descritivos, não foram recolhidos dados relativos à pessoa, enfermeiro, instituição ou data, garantindo a anonimização e todos os direitos relativos à proteção de dados.

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.606-616

2.1 Fase 1 – Análise de Conteúdo aos Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem

De acordo com Bardin (1977), seguimos um método de análise de conteúdo para atingir um conjunto de categorias que representem a prática de enfermagem, minimizando a ocorrência de múltiplas frases representando o mesmo conceito clínico.

Um enfermeiro com grau de mestre, doutorando em Ciências de Enfermagem, pós-graduado em sistemas de informação em enfermagem e em intervenção avançada em feridas realizou esta fase. Dois enfermeiros doutorados em Ciências de Enfermagem com mais de quinze anos de experiência no desenvolvimento e análise de conteúdos para os SIS realizaram a revisão da análise.

2.1.1 Pré-análise

Selecionámos o SIS público português (SClínico®) para extração dos dados dado que Portugal é reconhecido pelo progresso em tecnologias de informação e comunicação na área da saúde (European Observatory on Health Systems and Policies, 2018). A maioria dos serviços públicos usam este SIS e os seus conteúdos estão em contínuo desenvolvimento há mais de 20 anos. É usado em contexto hospitalar e comunitário.

Este SIS permite o registo descritivo dos cuidados, mas tem por suporte a parametrização única proposta pela ESEP, agora mantida e atualizada pelo Ministério da Saúde. Esta parametrização é constituída por frases pré-concatenadas de diagnósticos, intervenções e relações entre eles tendo por suporte a terminologia da CIPE. Dado o âmbito alargado desta parametrização, a sua aplicação na maioria das instituições e o desenvolvimento contínuo ao longo de décadas, consideramos a nossa amostra representativa dos cuidados de enfermagem.

Todos os focos, diagnósticos, intervenções e relações acessíveis em maio de 2016 foram disponibilizados pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde à ESEP. Foi realizada uma leitura flutuante de todos os focos existentes na parametrização e selecionámos os relevantes para o sistema tegumentar, extraindo para uma base de dados. Utilizámos a definição da CIPE (2017) para o sistema tegumentar, que envolve a pele, epiderme, derme, mucosa, tecido subcutâneo, dermas, glândulas sebáceas, cabelo e unhas.

Após selecionar todos os focos, extraímos os diagnósticos e intervenções associados a eles, bem como as relações existentes. Foi utilizado outro critério de inclusão relativo à pessoa cuidada: apenas as frases relativas à própria pessoa foram extraídas, desconsiderando todos os conteúdos relativos a cuidadores ou pais.

2.1.2 Codificação

Utilizámos a CIPE (2017) como terminologia de forma a obter os conceitos que sustentam o enunciado e a norma ISO 18104:2014 para analisar a validade das construções das frases de diagnósticos e intervenções, atualizando as mesmas sempre que possível e criando o corpo de análise.

Todas as frases extraídas estavam num formato legível com estrutura semântica adequada, pelo que não foi necessária uma análise do contexto das mesmas antes do processo indutivo.

2.1.3 Categorização e Interpretação

Não utilizámos categorias definidas *a priori*. Cada frase foi usada como unidade de registo para análise, depois agregada e organizada em categorias através de um processo indutivo. Tentámos promover a consistência entre diferentes níveis de granularidade presentes nas frases para atingir o melhor potencial para a interoperabilidade semântica.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.606-616

Após categorização de todo o corpo de análise, as categorias que emergiram foram revistas por dois peritos externos para discussão e reavaliação do processo.

2.2 Fase 2 – Grupo Focal

Dada a natureza qualitativa do processo de análise, um grupo focal foi selecionado como método para discussão dos resultados anteriores através da exposição dos critérios de categorização sustentados na terminologia e nas regras de construção dos enunciados. Como apresentado por Itulua-Abumere (2015), um grupo focal consegue desmascarar ideias, crenças e opiniões originadas pela análise qualitativa e esclarece alguns mal-entendidos com frases que necessitam de clarificação. É também uma abordagem rápida para a análise de grandes quantidades de informação e providencia uma oportunidade para discutir várias perspetivas sempre que necessário.

Cada unidade de registo foi apresentada ao grupo com uma categoria proposta ou um critério de exclusão. Seguiu-se uma breve discussão onde os participantes puderam sugerir outras opiniões. Se não for atingido consenso em determinado assunto, decidimos incluir e categorizar a frase.

Mais do que repetir a fase anterior com um grupo maior, nesta reunião promoveu-se a discussão de critérios utilizados em relação a outros modelos de informação em desenvolvimento na ontologia. Novas ideias foram discutidas e as relações com outros focos foram exploradas.

3. Resultados

3.1 Fase 1

Após analisar os focos extraídos, fizemos a correspondência de 18 ao sistema tegumentar, extraindo depois todos os diagnósticos, intervenções e relações entre eles, criando uma lista com 18 focos, 66 diagnósticos, 171 intervenções diferentes e 318 relações, resumidos na tabela 1.

Tabela 1. Relações verificadas entre os focos, diagnósticos e intervenções de enfermagem

Focos	Diagnósticos	Intervenções associadas ao diagnóstico
Candidíase	3	9
Dor Por Ferida	5	32
Eritema	3	9
Eritema Pelas Fraldas	3	9
Escoriação	1	3
Exantema	1	4
Ferida	6	29
Ferida Cirúrgica	3	15
Ferida Traumática	3	25
Fissura	3	11
Laceração	1	14
Maceração	4	22
Membrana Mucosa	3	7
Queimadura	4	13

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.606-616

Focos	Diagnósticos	Intervenções associadas ao diagnóstico
Úlcera	9	48
Úlcera Arterial	3	8
Úlcera por Pressão	7	43
Úlcera Venosa	4	17
Total	**66**	**318**

Realizámos a análise de todas as frases extraídas relativamente ao processo de construção pela norma ISO 18104:2014, tendo em conta o objetivo de cicatrização para cada diagnóstico, resultando na exclusão de 46 diagnósticos e 90 intervenções. Isto representa uma exclusão de 70% dos diagnósticos e 50% das intervenções para prevenir redundâncias no sistema de informação, dado representarem outras áreas de atenção como a capacidade para se posicionar de forma a prevenir por exemplo uma úlcera de pressão. Outros diagnósticos foram excluídos por não terem um juízo clínico associado ao foco ou por terem um conceito clínico demasiado abstrato.

As restantes frases foram depois analisadas qualitativamente para criar categorias. Para a maioria utilizámos uma categorização *in vivo* com única frase como amostra. Esta singularidade demostra um bom nível de otimização da linguagem para a promoção da interoperabilidade semântica. Algumas frases envolvendo graus, como no caso das queimaduras, foram agrupadas numa única categoria dado que especificação destes graus corresponde à avaliação de dados realizada após o diagnóstico ser identificado.

Analisando a estrutura dos diagnósticos pela normal ISO 18104:2014, verificámos que a maioria são achados clínicos como “Úlcera por Pressão”, conceitos que não necessitam de um juízo na sua construção, em oposição a outros conceitos que dependem de campos adicionais como a oportunidade e o juízo, como o “Potencial para melhorar o conhecimento sobre a cicatrização da úlcera arterial”.

As categorias das intervenções também foram criadas essencialmente in vivo, excetuando algumas ações do tipo avaliar onde várias frases tinham como alvo as características da ferida. As categorias criadas são centradas em três tipos de ação: executar, determinar e informar, o que em termos práticos significa avaliar a ferida, tratá-la e ensinar sobre a cicatrização.

Terminámos a análise com a leitura de todas as relações entre diagnósticos e relações, resultado em 247 exclusões, essencialmente pelos diagnósticos ou intervenções previamente excluídos, retirando o contexto à relação. Seis associações foram consideradas inadequadas por não existir relação lógica ou científica entre elas, como “Ferida traumática – Aplicar terapia compressiva”, dado que esta intervenção é clinicamente indicada na cicatrização de úlceras venosas.

As restantes 71 relações foram agrupadas por foco e diagnóstico na tabela 2. Esta representa a primeira versão do modelo de dados, baseada nas frases parametrizadas pelos enfermeiros para uso no SIS no que diz respeito ao processo tegumentar.

Tabela 2. Relações entre focos, diagnósticos e intervenções

Focos	Diagnósticos	Intervenções
Eritema pelas Fraldas	Eritema pelas Fraldas	Aplicar creme
		Avaliar eritema pelas fraldas
		Trocar a fralda
Ferida Cirúrgica	Ferida Cirúrgica	Avaliar a ferida cirúrgica
		Executar tratamento da ferida cirúrgica

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.606-616

Focos	Diagnósticos	Intervenções
		Inserir dreno na ferida
		Remover dreno de ferida
		Remover sutura
		Trocar dreno de ferida
	Potencial para melhorar o conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica	Avaliar conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica
		Ensinar sobre cuidados à ferida cirúrgica
Ferida Traumática	Ferida Traumática	Aplicar ligadura
		Avaliar ferida traumática
		Executar tratamento da ferida traumática
		Inserir dreno de ferida
		Remover dreno da ferida
		Remover sutura
		Suturar a ferida traumática
		Trocar dreno da ferida
	Potencial para melhorar o conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida traumática	Avaliar conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida traumática
		Ensinar sobre cuidados à ferida traumática
Fissura	Fissura	Aplicar creme
		Avaliar fissura
		Executar tratamento da fissura
Laceração	Laceração	Avaliar laceração
		Executar tratamento da laceração
		Inserir dreno de ferida
		Remover dreno da ferida
		Remover sutura
Maceração	Maceração	Aplicar creme
		Aplicar protetor cutâneo
		Avaliar a maceração
		Executar tratamento da maceração
Membrana Mucosa Comprometida	Membrana Mucosa Comprometida	Aplicar creme
		Avaliar o compromisso da membrana mucosa
		Executar o tratamento à membrana mucosa
		Lavar a cavidade oral

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.606-616

Focos	Diagnósticos	Intervenções
Queimadura	Queimadura	Aplicar creme
		Avaliar queimadura
		Executar tratamento da queimadura
Úlcera Arterial	Úlcera Arterial	Avaliar a úlcera arterial
		Executar o tratamento da úlcera arterial
	Potencial para melhorar o conhecimento sobre promoção da cicatrização da úlcera arterial	Avaliar o conhecimento sobre promoção da cicatrização da úlcera arterial
		Ensinar sobre sinais de complicações da úlcera arterial
Úlcera Diabética	Úlcera Diabética	Avaliar a úlcera diabética
		Executar o tratamento da úlcera diabética
		Inserir dreno de ferida
		Remover dreno da ferida
Úlcera Por Pressão	Úlcera Por Pressão	Aliviar a pressão com dispositivos
		Aplicar creme
		Avaliar a úlcera por pressão
		Executar o tratamento da úlcera por pressão
		Inserir dreno de ferida
		Remover dreno da ferida
Úlcera Venosa	Úlcera Venosa	Aplicar terapia compressiva
		Aplicar ligadura elástica
		Avaliar úlcera venosa
		Executar tratamento da úlcera venosa
		Inserir dreno de ferida
		Remover dreno da ferida

3.2 Fase 2

Foi realizada em abril de 2019 uma reunião com o grupo focal na ESEP com quatorze enfermeiros membros do CIDESI previamente contactados por e-mail. Foram convidados pela sua experiência com terminologias de enfermagem e várias contribuições para os projetos de investigação anteriores relacionados com os SIS. Todos os enfermeiros possuem o grau de mestre e mais de metade o doutoramento em Ciências de Enfermagem. Este encontro durou cerca de 120 minutos e foi gravado o áudio após a obtenção do consentimento de todos os participantes.

O investigador principal, doutorando em ciências de enfermagem, com o grau de mestre, assumiu o papel de facilitador. Este investigador teve várias formações e experiências prévias com investigação qualitativa.

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.606-616

Foram explicados os objetivos do projeto e de seguida cada diagnóstico, intervenção e relação foram apresentados individualmente, pedindo uma opinião relativa à categorização ou exclusão realizada anteriormente pelos investigadores. Todas as categorias apresentadas foram aceites pelo grupo, com exceção de dois assuntos.

Sete intervenções relacionadas com o autocuidado: posicionar-se, como "Assistir a pessoa a posicionar-se" e "Ensinar a sobre posicionamento no leito", foram excluídas durante a análise de conteúdo por se focarem no compromisso da pessoa se posicionar no leito e não na cicatrização da ferida. No entanto, foi discutido que a presença da ferida por alterar a forma como o utente se posiciona ou é posicionado para promover esta cicatrização. Foram criadas categorias para acomodar as recomendações do grupo focal.

Três intervenções relacionadas com as ostomias intestinais ("Avaliar a pele periférica ao estoma", "Trocar saco de ostomia" e "Otimizar dispositivos de ostomia") foram inicialmente excluídas por se relacionarem com os diagnósticos de ostomias (por exemplo "Potencial para melhora a habilidade para trocar o dispositivo de ostomia"). O grupo focal sugeriu que a presença de uma ferida, como "Maceração", pode alterar a forma como o dispositivo é aplicado ou o próprio tipo de dispositivo.

O último assunto discutido na reunião foi a reintrodução de problemas previamente corrigidos com a proposta da parametrização única de 2014. Como os peritos envolvidos nesta proposta também estiveram presentes no grupo focal, levantou-se a questão sobre como estes problemas voltaram a surgir no SIS, contradizendo as opiniões anteriores de peritos (Paiva et al., 2014). Um exemplo destes problemas foi a não existência dos diagnósticos focados no conhecimento para cada achado clínico (como o Potencial para melhorar o conhecimento sobre promoção da cicatrização da queimadura). Outro exemplo foi a associação de intervenções do tipo ensinar nos próprios diagnósticos de feridas, em vez dos diagnósticos como foco no conhecimento.

4. Discussão

Com os dados extraídos e analisados da parametrização do SIS, não podemos continuar a concluir que existe a falta de padronização na linguagem, como referido por Gonçalves et al. (2019), e Neves e Parente (2019) ao analisar uma geração anterior a 2014. O número limitado de frases por categoria demonstra uma abordagem mais focada ao documentar os diagnósticos e intervenções no tratamento de feridas, atribuindo os mesmos nomes aos mesmos conceitos.

O critério de exclusão mais frequente foi a associação a outros focos não tegumentares, mas que podem contribuir para a ocorrência de um diagnóstico de ferida. A prevenção destes diagnósticos, como úlceras por pressão, são uma área significativa dos cuidados de enfermagem. No entanto, os SIS e os modelos de informação dependem de uma estrutura com o mínimo de redundância possível numa sequência conceptual e lógica no processo de tomada de decisão.

Seria expectável encontrar um diagnóstico centrado no conhecimento por cada foco, como o "Potencial para melhorar o conhecimento sobre promoção da cicatrização da úlcera arterial". Não conseguimos concluir sobre o motivo para isto não ter acontecido, dado que estes diagnósticos existiam na proposta da parametrização única (Paiva et al., 2014). Estas alterações contradizem as opiniões de peritos anteriores e foram mencionadas como "problemas" no grupo focal.

Com a introdução do nível regulatório da parceria com a Ordem dos Enfermeiros (2018) no desenvolvimento da ontologia, esperamos que todas as atualizações nos conteúdos do SIS evoluam para decisões suportadas em evidência clínica.

A promoção da cicatrização de feridas envolve uma abordagem dirigida à pessoa com a prescrição de um tratamento seguro, efetivo e apropriado (Lumbers, 2018). Algumas relações inadequadas entre diagnósticos e intervenções foram encontradas. Enquanto os SIS forem utilizados para registos descritivos após os cuidados realizados, estas relações não trazem consequências para a pessoa.

CC BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.606-616

No entanto, quando os sistemas evoluírem para um apoio à tomada de decisão clínica, a sugestão de intervenções inadequadas para os dados avaliados pode conduzir a dano físico, o que nos leva de volta à questão da responsabilidade pela criação, manutenção e validação dos conteúdos para os SIS.

Os modelos clínicos não têm por objetivo substituir os profissionais de saúde, mas são desenhados para promover uma tomada de decisão sustentada em evidência (Bezemer et al., 2019). A versão inicial desde modelo de dados centrado na cicatrização de feridas promove melhores decisões ao assegurar que os mesmos conceitos clínicos são usados com as mesmas palavras e frases no mesmo contexto. Também contribui para a continuidade de cuidados, essencial para prevenir a fragmentação dos cuidados na passagem da pessoa por várias instituições com vários sistemas em uso (Bahr & Weiss, 2019).

5. Conclusões

O modelo de diagnósticos e intervenções de enfermagem mostra uma dimensão clínica alargada na área de intervenção autónoma relacionada com o sistema tegumentar. A documentação continua a migrar de notas descritivas para um processo organizado com diagnósticos e intervenções consistentes estruturados com uma linguagem padronizada internacional.

A abordagem qualitativa dos métodos utilizados permitiu uma contribuição significativa para a interoperabilidade semântica entre sistemas de informação, progredindo quer em termos dos conceitos utilizados para representar a prática clínica, quer na validade da construção dos enunciados que representam os diagnósticos de enfermagem as intervenções implementadas.

Recomendamos que investigações futuras se centrem em artigos científicos revistos por pares de forma a extrair todos os diagnósticos, intervenções e dados de avaliação com evidência clínica para suportar os achados descritos neste artigo. O modelo aqui apresentado corresponde à primeira etapa na construção de um modelo clínico de informação centrado na cicatrização de feridas.

6. Referências

Atkin, L., & Tickle, J. (2018). Best practice statement leg ulceration pathway: revision required to reflect new evidence. *Wounds UK*, *14*(4).

Bahr, S. J., & Weiss, M. E. (2019). Clarifying model for continuity of care: a concept analysis. *International journal of nursing practice*, *25*(2), e12704.

Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo* (Vol. 70).

Batista da Cunha, J., Alves Dutra, R. A., Magela Salomé, G., & Masako Ferreira, L. (2018). Computational system applied to mobile technology for evaluation and treatment of wounds. *Revista de Enfermagem UFPE*, *12*(5). https://doi.org/https://doi.org/10.5205/1981-8963-V12I5A230677P1263-1272-2018

Bezemer, T., De Groot, M. C., Blasse, E., Ten Berg, M. J., Kappen, T. H., Bredenoord, A. L., Van Solinge, W. W., Hoefer, I. E., & Haitjema, S. (2019). A human (e) factor in clinical decision support systems. *Journal of medical Internet research*, *21*(3), e11732. https://doi.org/10.2196/11732

Cruz, I., Bastos, F., Pereira, F., Silva, A., & Sousa, P. (2016). Analysis of the Nursing Documentation in–Building a Clinical Data Use in Portugal Model of Nursing Centered on the Management of Treatment Regimen. *Nursing Informatics 2016: EHealth for All: Every Level Collaboration–From Project to Realization*, *225*, 407. https://doi.org/10.3233/978-1-61499-658-3-407

European Observatory on Health Systems and Policies. (2018). *Health System Review - Portugal, Phase1 Final Report*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/PortugalReviewReport_Printers_03April2018-2.pdf

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.606-616

Gonçalves, P., Sequeira, C., & Silva, M. (2019). Content analysis of nursing diagnoses in mental health records in Portugal. *International nursing review*, *66*(2), 199-208. https://doi.org/10.1111/inr.12493

Gruber, T. (1993). *What is an Ontology*.

International Council of Nurses. (2017). *International Classification for Nursing Practice*. Retrieved 2021/01/23 from https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser

International Organization for Standardization. (2014). *Health informatics — Categorial structures for representation of nursing diagnoses and nursing actions in terminological systems (ISO 18104)*.

International Organization for Standardization. (2015). *Health informatics - Detailed clinical models, characteristics and processes (ISO/TS 13972:2015)*.

Itulua-Abumere, F. (2015). Outlines of Focus Group: Exploring the potentials of focus group research method/ perspective for practical research purposes whilst indicating the limitations and advantages of the method. https://doi.org/10.13140/RG.2.1.4509.8966

Ivins, N., Clask, M., & Fallon, M. (2018). An initiative to improve wound management within community services across one Clinical Commissioning Group in England. *Wounds UK*, *14*(5).

Lindholm, C., & Searle, R. (2016). Wound management for the 21st century: combining effectiveness and efficiency. *International wound journal*, *13*, 5-15. https://doi.org/doi.org/10.1111/iwj.12623

Lozano-Rubí, R., Carrero, A. M., Balazote, P. S., & Pastor, X. (2016). OntoCR: A CEN/ISO-13606 clinical repository based on ontologies. *Journal of biomedical informatics*, *60*, 224-233. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jbi.2016.02.007

Lumbers, M. (2018). Wound debridement: choices and practice. *British Journal of Nursing*, *27*(15), S16-S20. https://doi.org/10.12968/bjon.2018.27.15.s16

Neves, H., & Parente, P. (2019). A nursing clinical data model for neuromuscular processes: content analysis of the Portuguese nursing customization. *Ciencia & saude coletiva*, *24*, 1609-1616. https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.04462019

Nussbaum, S. R., Carter, M. J., Fife, C. E., DaVanzo, J., Haught, R., Nusgart, M., & Cartwright, D. (2018). An economic evaluation of the impact, cost, and medicare policy implications of chronic nonhealing wounds. *Value in Health*, *21*(1), 27-32. https://doi.org/10.1016/j.jval.2017.07.007

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *OE celebra parceria com Escola Superior de Enfermagem do Porto*. Retrieved 2021/01/21 from https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/oe-celebra-parceria-com-escola-superior-de-enfermagem-do-porto/

Paiva, A., Cardoso, A., Sequeira, C., Morais, E., Bastos, F., & Pereira, F. (2014). *Análise da parametrização nacional do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem-SAPE®. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto*. http://hdl.handle.net/10400.26/31982

Queirós, C., Silva, M. A. T. C. P., Cruz, I., Cardoso, A., & Morais, E. J. (2021). Nursing diagnoses focused on universal self-care requisites. *International nursing review*. https://doi.org/10.1111/inr.12654

Samuriwo, R., & Dowding, D. (2014). Nurses' pressure ulcer related judgements and decisions in clinical practice: a systematic review. *International journal of nursing studies*, *51*(12), 1667-1685. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.04.009

Strickler, J. (2017). Florence Nightingale: Lighting the way for the future of nursing. *Nursing*, *47*(12), 43-45. https://doi.org/10.1097/01.nurse.0000526887.95058.3b

WOCN Task Force. (2018). Wound, Ostomy, and Continence Nursing: Scope and Standards of WOC Practice, 2nd Edition: An Executive Summary. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, *45*(4), 369-387. https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000438

Woo, K., Conceição de Gouveia Santos, V. L., & Alam, T. (2018). Optimising quality of life for people with non-healing wounds. *Wounds International*, *9*(3), 6-14. http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=131918860&lang=pt-br&site=ehost-live

World Health Organization. (2017, 2017/07/04). *International Classification for Nursing Practice (ICNP)*. Retrieved 2020/02/18 from https://www.who.int/classifications/icd/adaptations/icnp/en/

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.606-616

Inclusión social de las personas con discapacidad visual: Una revisión sistemática cualitativa

Ana Calle[1], Amparito López[1] y Maggie Campillay[2]

[1] Departamento de Kinesiología de la Universidad de Atacama, Chile | Ana.calle@uda.cl; amparolopeztoledo@gmail.com | https://orcid.org/0000-0002-8099-1486; https://orcid.org/0000-0002-1178-9508

[2] Departamento de Enfermería de la Universidad de Atacama, Chile | Maggie.Campillay@uda.cl | https://orcid.org/0000-0002-4054-1595

Resumen: Objetivos: El objetivo fue identificar las relaciones interpersonales y las instancias de participación comunitaria que promueven el proceso de inclusión social de personas con discapacidad visual en la literatura existente. **Métodos:** Se realizó una revisión sistemática Integrativa con enfoque interpretativo meta-estudio de artículos publicados en las bases de datos, EBSCO, Web of Science (WOS), Biblioteca Virtual en Salud (BVS). Tras la búsqueda en las bases de datos, se seleccionó un total de 13 artículos primarios que cumplían con los criterios de inclusión. **Resultados**: el análisis de la información fue organizada en cuatro áreas categorías teóricas, acorde al objetivo de la investigación predefinido: (a) Discapacidad visual y relaciones interpersonales (b) Relaciones interpersonales en el proceso de inclusión social (c) Participación comunitaria en el proceso de inclusión social y (d) Barreras para la inclusión social. **Conclusiones**: se concluye que las relaciones interpersonales se dan principalmente con la familia. Existen barreras contextuales y actitudinales que han sido poco abordadas para eliminarlas. Las tecnologías de asistencia son una temática emergente con gran potencial para la inclusión. El uso de la revisión sistematizada con enfoque meta-estudio contribuyó a identificar áreas sustanciales para futuros estudios.

Palabras clave: Discapacidad Visual; Inclusión Social; Relaciones Interpersonales; Participación Comunitaria; Modelo Ecológico.

Social Inclusion of Persons with Vision Disability: A Qualitative Systematic Review

Abstract: Objectives: The objective was to identify interpersonal relationships and instances of community participation that promote the process of social inclusion of people with visual disabilities in the existing literature. **Methods:** A integrative systematic revision was carried out with an interpretative approach meta-studio of articles published in the databases, EBSCO, Web of Science (WOS), Virtual Health Library (VHL). After searching the databases, a total of 13 primary articles that met the inclusion criteria. **Results:** the information analysis was organized into four areas, theoretical categories, according to the predefined research objective: (a) Visual impairment and interpersonal relationships (b) Interpersonal relationships in the process of social inclusion (c) Community participation in the process of social inclusion and (d) Barriers to social inclusion. **Conclusions:** it is concluded that interpersonal relationships occur mainly with the family. There are contextual and attitudinal barriers that have been little addressed to eliminate them. Assistive technologies are an emerging topic with great potential for inclusion. The use of the systematic review with a meta-study approach helped to identify substantial areas for future studies**.**

Keywords: Community Involvement; Vision Impairment; Social Inclusion; Personal Relationships; Developmental Disabilities; Ecological Model.

1. Introducción

La revisión de la literatura permite una búsqueda detallada y selectiva de información acumulada sobre un fenómeno de interés. Esta metodología toma relevancia, cuando se trata de indagar en una temática poco estudiada, permitiendo a los autores situarse desde una perspectiva crítica (Guirao Goris, 2015)**.** Se ha estudiado poco la influencia que tiene la discapacidad visual en la vida de las personas con esta condición, sus familias y/o contexto en el cual se desenvuelven (Fiorati & Elui, 2015).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.617-629

La necesidad de conocer en profundidad la influencia de las relaciones interpersonales y participación de personas con discapacidad visual en la comunidad (Grilo & Major, 2015), social, laboral entre otros, a través de una revisión, contribuiría a contar con una perspectiva integral del proceso de inclusión social, basada en la escasa evidencia científica que ha abordado el tema en cuestión hasta el momento (Perez et al., 2018).

Se ha establecido que adultos jóvenes con discapacidad visual dan gran valor a las actividades relacionadas con el trabajo y el estudio, las habilidades sociales y las relaciones sociales. Sin embargo, hay poca evidencia sobre el fenómeno de la participación de adultos jóvenes con discapacidad visual, su transición a la vida adulta y cómo está puede mejorar su calidad de vida (Elsman et al., 2017).

La discapacidad visual es una de las principales causas de limitación funcional en las personas, y una de las que presenta mayor prevalencia a nivel global (Stevens et al., 2013). La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que las deficiencias visuales provocan limitaciones en la realización de las tareas cotidianas, con consecuencias negativas para la calidad de vida de estas personas y sus familias (Organización Mundial de la salud, 2012).

En la actualidad, predomina todavía en la sociedad el paradigma médico, que proporciona barreras de diversa índole y limita la inclusión de personas con discapacidad visual, otorgándoles un rol pasivo en la comunidad (Santos, 2016). Al respecto, se han implementado estrategias en cada país para lograr una mayor inclusión social de las personas con discapacidad, pero estos esfuerzos van enfocados principalmente hacia personas con discapacidad física, excluyendo o postergando las de origen sensitivo, como la visual (Boudeguer & Squella, 2010). Si bien ha mejorado la accesibilidad y se fomentado la participación, no se ha probado la eficacia de todas estas (Heppe et al.)

A nivel conceptual, existen numerosas definiciones de inclusión social, reportando usos intercambiables con integración social, redes sociales, participación comunitaria y capital social (Simplican et al., 2015). Esta variación entre las definiciones impide la prestación efectiva de servicios e intervenciones, y conduce a datos confusos e insuficientes para implementar acciones y estrategias efectivas comunes (Duggan & Linehan, 2013; Simplican et al., 2015). Si bien el capital social es parte de la inclusión social, al proporcionar acceso a recursos externos y relaciones interpersonales con personas de identidad diversa no son conceptos sinónimos (Bassey et al., 2019). Por tanto, revisar la literatura contribuye a la identificación y discusión de los conceptos relevantes en la investigación sobre inclusión en personas con discapacidad.

Dada lo urgente de lograr una inclusión exitosa, se da cada vez mayor importancia a las relaciones interpersonales, el capital social y la participación comunitaria, como componentes claves declarados en la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de personas con discapacidad (ONU, 2006; Tobias & Mukhopadhyay, 2017). Además de ser una cuestión de participación de derechos civiles y de igualdad de oportunidades (Simplican et al., 2015).

Estudios a nivel global, mencionan que las personas con discapacidad visual continúan experimentando discriminación y formas de exclusión social (Jessup et al., 2018; Tobias & Mukhopadhyay, 2017). En este sentido, aportar con estudios que identifiquen las barreras actitudinales y ambientales que les afectan, y la forma de disminuirlas, contribuirían siempre a mayor igualdad, autonomía personal, y lograr mayor participación comunitaria (Phillips et al., 2019).Es de interés por tanto, para las propias personas con discapacidad visual no ser incluidos dentro de la sociedad, para esto es necesario conocer como se produce la inclusión social de este grupo en los más variados contextos.

Basado en el modelo ecológico que considera la inclusión social como la interacción entre dos dimensiones fundamentales de la vida: las relaciones interpersonales y la participación comunitaria (Simplican et al., 2015).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.617-629

A partir de ello, se plantea el principal objetivo de esta revisión sistematizada cualitativa de la literatura es identificar en la literatura existente las relaciones interpersonales y las instancias de participación comunitaria que promueven el proceso de inclusión social de las personas con discapacidad visual.

2. Metodología

Estudio es secundario y utilizó metodología de Revisión Sistemática Integrativa de métodos mixtos, para evaluar y sintetizar la evidencia para una comprensión completa del fenómeno analizado (Grant & Booth, 2009; Guirao Goris, 2015), se realizó un meta estudio, basado en la evidencia de estudios cualitativos primarios y cuantitativos disponibles, y en la temática de relaciones interpersonales y participación comunitaria de las personas con discapacidad visual.

La revisión se realizó durante el periodo de Marzo al 9 de Mayo 2018, y consideró como referente metodológico la guía de revisión sistemática y síntesis cualitativas de Saini & Shlonsky (Saini & Shlonsky, 2012), quienes proponen un enfoque interpretativo de meta-estudio, que permite realizar una pregunta predefinida que orienta la búsqueda y análisis de contenido de los artículos seleccionados. Para guiar el estudio y su discusión, se formuló la siguiente pregunta guía: ¿Cuáles son las relaciones interpersonales y las instancias de participación comunitaria que promueven el proceso de inclusión social de las personas con discapacidad visual? Esto incluye responder a los retos de revisión centrales, incluyendo estudios cualitativos y cuantitativos.

2.1 Estrategia de Búsqueda

La estrategia de búsqueda incluyo los trabajos publicados en un periodo comprendido en los últimos años, entre el 2013 y 2018, con relevancia frente a la pregunta de investigación. Se realizó la búsqueda en bases de datos electrónicos: EBSCO, Web of Science (WOS), BVS (Biblioteca Virtual en Salud), que indagarán en la inclusión social, las relaciones interpersonales y participación comunitaria como parte del proceso de inclusión social de las personas con discapacidad visual. Las palabras claves utilizadas fueron en español; discapacidad visual o inclusión social o relaciones interpersonales o participación comunitaria, así como sus correlativos en inglés; visual disability OR social inclusión OR Interpersonal relationships OR community participation. Los registros identificados en las búsquedas están realizados con gestor de referencias EndNote X8, donde se identificaron y eliminaron los duplicados.

2.2 Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de Inclusión para el proceso de selección son los siguientes: El tipo de estudio Cualitativos, cuantitativos, mixtos; Primarios y secundarios. Tipo de indicadores: estudios que incluyan las palabras claves VISUAL DISABILITY, SOCIAL INCLUSION, INTERPERSONAL RELATIONSHIPS, COMMUNITY PARTICIPATION. Perfil: Población adulta con discapacidad visual. Criterio temporal: Publicaciones posterior al año 2013. Criterio lingüístico: Publicaciones en inglés, español y portugués. Criterio geográfico: Publicaciones a nivel global.

Los criterios de exclusión consideran estudios centrados en personas con múltiples patologías, estudios de caso único y estudios que se centren en una patología específica médica.

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.617-629

2.3 Análisis de Datos

Se realizó estrategia de búsqueda y extracción de los datos en paralelo, a cargo de dos de las investigadoras principales realizando triangulación metodológica y de datos, con el fin de dar mayor confiabilidad a la revisión. El proceso de selección Fig.1., en primera ronda, se seleccionan los resultados a partir de la lectura de título y abstract, además de cumplir con los criterios de inclusión definidos. En segunda ronda, se realiza lectura exhaustiva de los artículos seleccionados en la etapa anterior, considerando que respondieran a la pregunta de investigación y aplicando los criterios de exclusión. En tercer ronda, se realizó el análisis crítico de los artículos seleccionados utilizando un formulario de extracción de datos tipo matriz Tabla 1, que incluye datos de información bibliográfica: autoría, año de publicación, título del artículo; tipo de estudio, primario o secundario; principal objetivo; criterios de calidad o rigor científico (para estudios primarios); caracterización de la muestra (para estudios primarios) (Lewin et al., 2015).

La interpretación se realizó considerando como método la técnica de análisis temático-categórico, la creación de categorías teóricas que dieran respuesta a la pregunta de investigación, se utiliza como base el modelo ecológico de Simplican, 2015, quien considera a la inclusión social como la interacción entre dos dominios principales de la vida: las relaciones interpersonales y la participación comunitaria. Para ello, se utilizó la frecuencia de los verbatim solo para orientar la importancia dada en los artículos a las temáticas (Saini & Shlonsky, 2012), ya que primó la interpretación de los investigadores.

Proceso de Selección

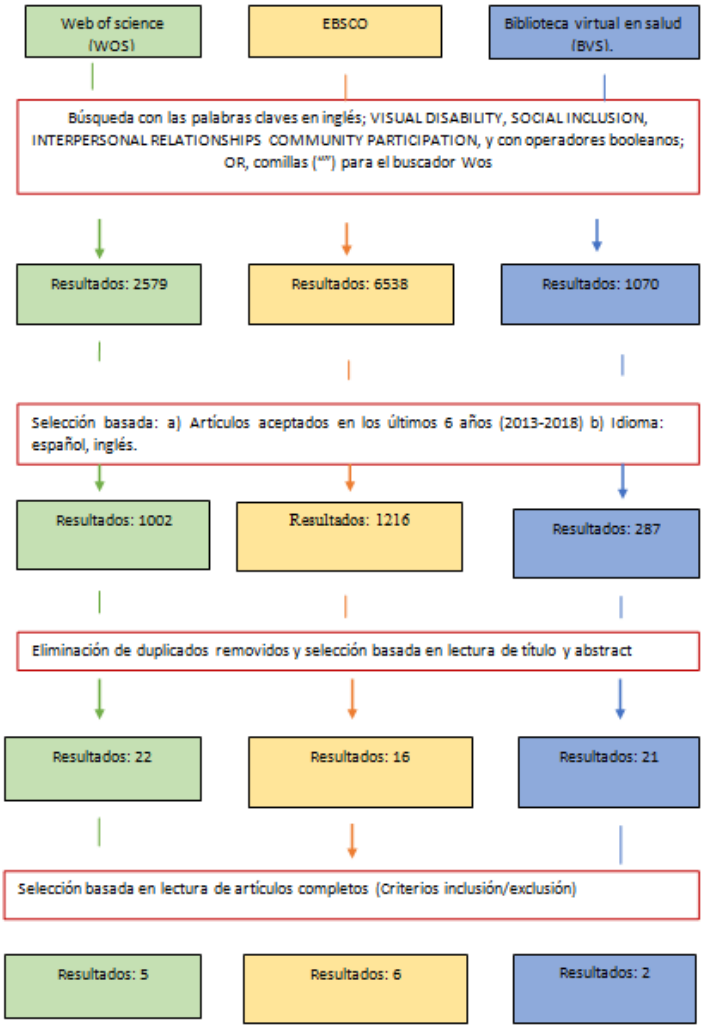


Fig. 1. Diagrama de flujo del proceso de selección.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.617-629

3. Resultados

Tras la búsqueda en las bases de datos analizadas, se seleccionó un total de 13 artículos primarios que cumplían con los criterios de inclusión y por la falta de artículos primarios se seleccionaron 5 artículos secundarios de revisiones que trataban la temática de estudio, de manera de contrastar los hallazgos. En la tabla 1 se puede ver las principales características de los estudios analizados en la revisión.

Tabla 1. Principales características de los estudios analizados en la revisión.

Autor/es	Nombre del artículo	Tipo de estudio (Primario-Secundario)	Muestra	Propósito	Calidad Criterios de rigor
Opoku, M., Alupo, B., Gyamfi, N., Odame, L., Mprah, W., Torgbenu, E., & Badu, E. (2018).	The Family and Disability in Ghana: Highlighting Gaps in Achieving Social Inclusion.	Primario	De 48 participantes una vez que se alcanza la saturación de datos. 4 capitales de distrito Todos ellos miembros Disabled Peoples' Organizaciones	Documentar las perspectivas de las personas con discapacidad en el impacto del apoyo familiar - o su ausencia - en su vida adulta en Ghana.	Auditabilidad, los autores siguieron los pasos a través de lectura, datos, organización y codificación.
Nakade, A., Rohatgi, J., Bhatia, M. S., & Dhaliwal, U. (2017).	Adjustment to acquired vision loss in adults presenting for visual disability certification	Primario	De 30 personas reclutadas, 24 eran hombres (80%); 24 vivían en áreas urbanas (80%); 9 fueron empleados (30%); y 14 (46.6%) habían estudiado <Clase 3	Evaluar el ajuste a la pérdida de visión adquirida en adultos. Comprender los factores contribuyentes puede ayudar en la rehabilitación efectiva.	Validez, el efecto de la edad en el ajuste se calculó utilizando la correlación de Pearson. La correlación entre el puntaje de ajuste total, el puntaje de depresión, el puntaje de personalidad y el apoyo social y los puntajes de estrés se calcularon usando la correlación de Spearman. Los
					resultados se consideraron estadísticamente significativos a P <0.05.
Mendez-Ulrich, J. L., Prats-Basset, L., Yague, F., & Sanz, A. (2016).	Perceived control, coping and psychological adjustment to visual disability.	Primario	De 35 personas (15 hombres y 20 mujeres), miembros de la Asociación Discapacidad Visual Catalunya. En este estudio se empleó un muestreo por conveniencia. La media de edad de los participantes fue de 56,2 años que accedieron voluntariamente a participar en el estudio.	Se empleó un diseño transversal ex post facto descriptivo y correlacional entre la competencia percibida y el ajuste psicológico a la discapacidad visual. Además, se evaluó el posible efecto de diversas posibles covariables en la relación entre la competencia percibida y el ajuste psicológico, como el tipo de discapacidad.	Fiabilidad, fiabilidad de las pruebas psicométricas empleadas en su adaptación al formato de administración oral, que igualan prácticamente los valores obtenidos en su modalidad autoaplicada con muestra normativa.

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.617-629

Andrade, A., Silva, I., & Veloso, A. (2017).	Integração profissional de pessoas com deficiência visual: Das práticas organizacionais às atitudes individuais	Primario	Se entrevistaron a 13 personas, 8 trabajadores y 5 jefes de los primeros. Todos los trabajadores eran ciegos. De las 5 jefaturas, 2 también eran ciegas.	Contribuir al conocimiento sobre la integración, así como reflexionar sobre las políticas y prácticas que fomentan dicha integración.	Auditabilidad, metodología de análisis cualitativo, datos, organización y codificación.
Raymond, E., Grenier, A., & Hanley, J. (2014).	Community Participation of Older Adults with Disabilities.	Primario	De 12 participantes proyecto basado en la comunidad en la forma de una fotonovela.	El estudio refleja cómo es el envejecimiento de las personas con discapacidades e interpretar la experiencia de participación social en el contexto de la agenda de política participativa.	Se utilizaron tres estrategias para desarrollar la Confiabilidad a través de participación prolongada con los participantes y triangulación.
Giesen, J. M., & Cavenaugh, B. S. (2013).	Disability Insurance Beneficiaries with Visual Impairments in Vocational Rehabilitation: Socio-demographic Influences on Employment.	Primario	De 4.478 personas del Seguro de Discapacidad de Seguro Social (SSDI)	Evaluar el efecto de la persona actual y los factores económicos en empleos competitivos para el Seguro de Discapacidad de Seguro Social (SSDI) beneficiarios con discapacidades visuales en la rehabilitación profesional.	La validez interna se logró usando instrumentos de medición, análisis HLM7 (Hierarchical Linear and Nonlinear Modeling) y similitud de los datos obtenidos.
Fiorati, R. C., & Elui, V. M. C. (2015)	Los determinantes sociales de la salud, desigualdad e inclusión social entre las personas con discapacidad.	Primario	De 10 personas con discapacidad congénita o adquirida que viven en la región cubierta por un centro de salud familiar.	Analizar el contexto socio-familiar y comunitario de la inclusión y la participación social de las personas con discapacidad, así como su inclusión en las ocupaciones de la vida.	Confiabilidad, ordenación de datos y su continuo análisis.
Cazini, J., & Frasson, A. C. (2013	Proyecto Voces: Innovaciones tecnológicas en la Inclusión Social de las Personas con Discapacidad Visual.	Primario	20 estudiantes en edades de 18 a 54 años.	Hacer posible la accesibilidad a la información mediante el uso de programas de computadora que pueden apoyar las actividades educativas, favoreciendo la capacitación para actividades profesionales.	Proyecto Voces informa que este artículo es un ejemplo de aplicabilidad.
Grilo, I., & Major, S. (2015)	Calidad de vida de la familia, la satisfacción con la vida y el apoyo social percibido en Discapacidad Visual	Primario	Se necesitaron dos muestras de sujetos con edad igual o superior a 18 años: los sujetos adultos con diagnóstico de discapacidad visual moderada el grupo total (DV) y sujetos	Representar una contribución a la comprensión de la percepción de la calidad de vida de la familia, la satisfacción con	Validez interna, se usó el coeficiente alfa de Cronbach.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.617-629

			adultos normovisual (grupo de comparación)	la vida y el apoyo social percibido entre personas con discapacidad visual y sujetos normovisuales	
Mazer, B., Kairy, D., Guindon, A., Girard, M., Swaine, B., Kehayia, E., & Labbé, D. (2015).	Rehabilitation living lab in the mall community of practice: learning together to improve rehabilitation, participation and social inclusion for people living with disabilities	Primario	43 participantes en la recopilación de datos en línea y 28 participantes tomaron parte en el cuestionario y entrevista	Aumentar la participación social de las personas con discapacidad. Exponer la necesidad de incluir a partes interesadas en las fases iniciales del proceso de investigación para desarrollar proyectos pertinentes a sus necesidades.	Credibilidad a través de triangulación
Peres, R., Espírito-Santo, G., Espírito, F., Ferreira, N., & Assis, M. (2015).	Insatisfação com a imagem corporal entre pessoas com deficiência visual	Primario	45 sujetos en la encuesta con discapacidades visuales patronos del Instituto Benjamin Constant.	Comprobar una insatisfacción con una imagen corporal en sujetos con ceguera, congénitas y adquiridas.	Validez interna debido a similitud entre los datos obtenidos y la realidad.
Rojas Munera, S., Ruiz Cosme, S., Carvajal Fernández, J., Álvarez, M. J., Duque Restrepo, D., Correa, S. A.,	Caracterización de una población con discapacidad visual (baja visión y ceguera) atendida en dos Instituciones Prestadoras de Salud de Medellín	Primario	107 historias clínicas	Caracterizar, en los ámbitos clínico y sociodemográfico, una población de pacientes con discapacidad visual atendidos en dos instituciones de salud de la ciudad de Medellín.	Validez interna, debido a la similitud de datos obtenidos con la realidad.
Ramírez Rodríguez, C., Pineda Jiménez, L., Restrepo Arismendy, S., Castrillón Valencia, L. C., Arango Valencia, S., Portela, M. C., Fernández Zurita, M., Astudillo Valverde, E., Galarcio, J. F., & Suárez-Escudero, J. C. (2015).					
Perez, F. J., Romeo, M., & Yepes-Baldó, M. (2018).	The corporate social responsibility policies for the inclusion of people with disabilities as predictors of employees identification, commitment and absenteeism	Primario	104 personas Empleados RSC	El efecto en los empleados de las políticas de Responsabilidad Social Corporativa (RSC) orientadas a la inclusión de las personas con discapacidades.	Su consistencia interna y validez de constructo se realizo mediante alfa de Cronbach y análisis factorial exploratorio.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.617-629

Autor / es	Título	Tipo de Estudio	Objetivo
Santos, W. (2016).	Deficiência como restrição de participação social: desafios para avaliação a partir da Lei Brasileira de Inclusão.	Secundario	Analizar los principales avances y desafíos para la comprensión y valoración de la discapacidad como una limitación para la participación social.
Alarcón, C., & Vizcarra, M. (2016).	Personas en situación de discapacidad visual en relación a las barreras y estrategias que afectan las actividades de la vida diaria intrumentales.	Secundario	Conocer la información disponible sobre el desempeño en las actividades de la vida diaria instrumentales (AVDI) de las personas en situación de discapacidad visual en relación a las barreras que presentan para su ejecución.
Oliveira, C. M., & Nunes, C. H. S. d. S. (2015).	Instrumentos para Avaliação Psicológica de Pessoas com Deficiência Visual: Tecnologias para Desenvolvimento e Adaptação	Secundario	Reconocer la importancia de las adaptaciones, discutir la aplicación de los recursos tecnológicos como una forma de habilitar la accesibilidad y presentar la propuesta de diseño universal como potencializadora en materia de discapacidad visual.
World, Health, & Organization. (2013).	Sixty-sixth World Health Assembly A66/11. Action plan project to prevent avoidable blindness and vision impairment 2014-2019.	Secundario	Reducir la discapacidad visual evitable como problema de salud pública mundial y garantizar el acceso a los servicios de rehabilitación para los discapacitados visuales.
Deliyore-Vega, M. d. R. (2018).	Comunicación alternativa, herramienta para la inclusión social de las personas en condición de discapacidad	Secundario	Determinar la relación que se da entre los supuestos teóricos sobre procesos inclusivos y su vinculación con la comunicación alternativa

La descripción de los artículos fue organizada en cuatro categorías teóricas, siguiendo el objetivo de investigación: (a) Discapacidad visual y relaciones interpersonales (b) relaciones interpersonales en el proceso de inclusión social (c) Participación comunitaria en el proceso de inclusión social de personas con discapacidad visual y (d) Barreras para la inclusión social en las personas con discapacidad.

3.1 Discapacidad Visual y las Relaciones Interpersonales

Los artículos exponen que la discapacidad visual es un tema amplio, de interés epidemiológico, clínico, asistencial y socio cultural, con retos en cuanto a promoción-prevención, tratamiento y rehabilitación que exige una comprensión biopsicosocial (Rojas Munera et al., 2015). De acuerdo con el grado de limitación de visión que presentan se puede distinguir entre personas ciegas, donde existe una pérdida completa del sentido de la vista, y personas con disminución visual, donde hay una pérdida parcial del sentido de la vista (Andrade et al., 2017). Se señala que las afectaciones no sólo son para el individuo, sino para la familia, y la incapacidad de ampliar su red de contactos interpersonales disminuye las redes de apoyo disponibles (Grilo & Major, 2015).

Peres indica que es importante diferenciar entre una persona que nace con una limitación visual total o parcial, y una persona que adquiere la limitación en algún momento de su vida, esto condiciona formas distintas en la manera de relacionarse. Las personas que nacieron ciegas no tuvieron acceso a la información visual y por lo tanto desde temprana edad logran desarrollar el tacto para conocer, comunicarse y mantener relaciones interpersonales que le permite actuar de manera más autónoma.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.617-629

Respecto a las personas que presentaron una discapacidad visual posterior, Raymond (27) menciona que presentan mayor dificultad a la hora de mantener relaciones interpersonales, debido a que requieren de adaptaciones y mayores ajustes del entorno para socializar, tales como cambiar la ubicación de una reunión, tener accesos en dependencias de primer piso etc., estas adaptaciones frecuentemente tardan mucho tiempo en ser atendidas y no son ajustadas razonablemente, por lo tanto, se trasforma en una experiencia de vida perturbadora.

3.2 Relaciones Interpersonales en el Proceso de Inclusión Social

Las relaciones interpersonales abarcan un conjunto de recursos alcanzados en el contexto de las relaciones sociales, donde el sujeto accede a situaciones que le generan estrés y ansiedad. En este contexto, la familia y amigos son quienes se mencionan con mayor presencia en la vida social de las personas ciegas, entregando contención y empatía (Grilo & Major, 2015; Opoku et al., 2018). La familia es por tanto, quien ofrece un apoyo incondicional, cuidado y crea una conexión específica de contacto interpersonal (Nakade et al., 2017). A partir de ello, la persona con discapacidad genera lazos de confianza, sin el temor a ser dañado en su dignidad, abriendo las posibilidades para que sirva como un medio de inclusión social (Peres et al., 2015).

En la revisión aparecen distintos modelos de familia, algunos muy sobreprotectores que van a tener una influencia negativa en el comportamiento social del individuo, manteniéndolos en un estado de pasividad y resguardo, mientras que otras familias permiten y fomentan la independencia de las personas con discapacidad visual proporcionando un mayor desarrollo personal y mejor autoestima que le permitirá relacionarse con más confianza y al mismo tiempo ser socialmente más eficaz (Meadan et al., 2010). Cuando existen riesgos en las familias, se sugiere asesoramiento especializado para manejar mejor las emociones, y capacitar a los miembros para responder a las necesidades emocionales de las personas con discapacidad visual, esto favorecería las relaciones a futuro (Nakade et al., 2017). Algunas familias que han renegado su responsabilidad de apoyar a sus familiares con discapacidad les privan de desarrollar sus potencialidades y de acceder a oportunidades de actividades productivas que puedan mejorar su condición de vida. La importancia de este elemento, es que las personas ciegas que no cuentan con apoyo familiar, pueden llegar al abandono, y dedicarse a labores como la mendicidad (Opoku et al., 2018), lo que daña su dignidad como persona.

Por tanto, la familia desempeñaría un papel significativo en garantizar el desarrollo de la personalidad, educación, participación y la utilización de los servicios públicos que necesitan las personas ciegas para su vida en autonomía (Opoku et al., 2018).

3.3 Participación Comunitaria en el Proceso de Inclusión Social de las Personas con Discapacidad Visual

La inclusión supone la participación de todas las personas, en igualdad de oportunidades, por lo tanto, se deben realizar en las primeras etapas de la vida, los ajustes que sean necesarios para asegurar la eliminación de barreras excluyentes. Por lo que se debe ofrecer alternativas y estrategias destinadas a promover la participación plena(Deliyore-Vega, 2018; Raymond et al., 2014; World et al., 2013).

La participación se da de acuerdo al ciclo vital del ser humano permitiéndole diversidad de experiencias e interacciones, con distintos niveles de satisfacción personal, se incluye como participación; descanso, juego, ocio, tiempo libre, trabajo (Alarcón & Vizcarra, 2016). La principal forma de empoderar a las personas con discapacidad a tomar el control de su vida es cuando reciben apoyo para tener acceso a la educación, y así poder desenvolverse plenamente en el mercado laboral (Barton, 2009), ya sea con trabajo remunerado o no remunerado, como el voluntariado, que son formas activas de participación.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.617-629

También se mencionan diferencias en el aspecto laboral y profesional entre hombres y mujeres, siendo el sexo femenino el menos favorecido presentando una disminución en las oportunidades de empleo competitivo (Giesen & Cavenaugh, 2013).

Estudio que consideraron los empleadores refieren que no contratan personas con discapacidad por temor a que puedan lesionarse, por considerar que no tienen capacidad para realizar el trabajo o, por temor a reacciones discriminatorias por parte de colegas y/o clientes (Andrade et al., 2017). Para las personas ciegas obtener un empleo afecta la dimensión psicológica y social, esto afectará la autonomía e integración plena en la sociedad (Andrade et al., 2017; Giesen & Cavenaugh, 2013).

Se menciona mayor satisfacción entre el empleo y actividades de ocio, y menos satisfacción entre el empleo y las relaciones familiares. Esto podría deberse a que las personas ciegas, tal vez puedan sufrir diferentes dificultades a la hora de constituir su propia familia y en general en la participación familiar por falta de empleo (Mendez-Ulrich et al., 2016).

3.4 Las Barreras que Impiden la Inclusión Social en las Personas con Discapacidad

La sociedad presenta barreras de diversas índoles para las personas con discapacidad. Sin embargo, para las personas ciegas éstas barreras pueden presentarse más frecuentemente que en otras discapacidades, y tener un mayor impacto en el desarrollo de sus vidas (Alarcón & Vizcarra, 2016; Mendez-Ulrich et al., 2016; Nakade et al., 2017; Raymond et al., 2014). Las barreras estructurales y de organización limitan su participación, haciéndolos sujetos pasivos en su naturaleza y amenazando su derecho a elegir y participar (Raymond et al., 2014). Esto causa falta de accesibilidad, al limitar la realización de las actividades de forma autónoma (Meadan et al., 2010).

Otros aspectos que dan cuenta de exclusión en la sociedad, es la falta de entrega de información técnica y acceso a tecnologías asistidas para facilitar la inclusión. La importancia de éstas, es que contribuyen con instrumentos y herramientas que permiten aminorar los obstáculos o barreras existentes, facilitando el acceso a personas con discapacidad visual (Mazer et al., 2015; Meadan et al., 2010). La implementación de herramientas como el sistema Braille, grabadora, programas de computación, audios entre otros, deben ser usados a diario para mejorar la comunicación (Alarcón & Vizcarra, 2016; Cazini & Frasson, 2013; Mazer et al., 2015). De esta forma, las capacidades y aptitudes se aproximan a las de un normovisual, asumiendo un papel activo tanto a nivel social como profesional (Oliveira & Nunes, 2015).

Las barreras actitudinales tienen una gran influencia en el desarrollo personal (Alarcón & Vizcarra, 2016), y se asocian a estigmas, discriminación y mal trato que son consideradas más nocivas que las barreras físicas (Grilo & Major, 2015; Opoku et al., 2018).

4. Conclusión

Esta revisión contribuye a comprender como se da el proceso de inclusión social en las personas con discapacidad visual a partir de la literatura existente. Se evidencia que existen grandes brechas en el abordaje de esta población, y en las distintas áreas que promueven la inclusión. De los ámbitos abordados, las relaciones interpersonales se dan principalmente con la familia en un contexto más cercano a la persona con discapacidad visual, y en menor medida con amistades. La familia proporciona un importante apoyo emocional, y es el nexo para que se presente la participación comunitaria.

La participación representa un cambio positivo en la percepción de la vida de la persona con discapacidad, ya que accede a una mayor interacción con el medio y con posibilidades reales de inserción social y laboral, que le permiten ejercer sus derechos con autonomía.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.617-629

Se puede también concluir, que parte de las limitaciones que se presenta son producto de los atisbos del modelo médico que aún se mantiene imperante y que menoscaban las posibilidades reales de inclusión social.

Por tanto, la revisión sistematizada desde el enfoque de meta-estudio permitió integrar la evidencia disponible, contestar la pregunta de investigación basada en temas pre-definidos, y orientar la búsqueda de datos. Como resultado, es posible identificar áreas sustantivas que pueden guiar investigaciones futuras, y lograr una interpretación con una mirada propia de los investigadores.

5. Referencias

Alarcón, C., & Vizcarra, M. (2016). PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD VISUAL EN RELACIÓN A LAS BARRERAS Y ESTRATEGIAS QUE AFECTAN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA INSTRUMENTALES. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, *16*, 153. https://doi.org/10.5354/0719-5346.2016.44759

Andrade, A., Silva, I., & Veloso, A. (2017). Integração profissional de pessoas com deficiência visual: Das práticas organizacionais às atitudes individuais. *Revista Psicologia, Organizações e Trabalho*, *17*, 80-88. https://doi.org/10.17652/rpot/2017.2.12687

Barton, L. (2009). Studies on disability and the quest for inclusivity: Some observations [Article]. *Revista De Educacion*(349), 137-152. <Go to ISI>://WOS:000279256800007

Bassey, E., Ellison, C., & Walker, R. (2019). Social capital, social relationships and adults with acquired visual impairment: a Nigerian perspective [Article]. *Disability and Rehabilitation*, *41*(10), 1169-1176. https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1423401

Boudeguer, & Squella, P. (2010). *Manual de Accesibilidad Universal*. http:// www.ciudadaccesible.cl/wp-content/uploads/2012/06/manual_accesibilidad_universal1.pdf

Cazini, J., & Frasson, A. C. (2013). Voices Project: Technological Innovations in Social Inclusion of People with Visual Impairment. *Journal of technology management & innovation*, *8*, 13-13.

Deliyore-Vega, M. d. R. (2018). Comunicación alternativa, herramienta para la inclusión social de las personas en condición de discapacidad. *Revista Electrónica Educare*, *22*, 271-286.

Duggan, C., & Linehan, C. (2013). The role of 'natural supports' in promoting independent living for people with disabilities; a review of existing literature [https://doi.org/10.1111/bld.12040]. *British Journal of Learning Disabilities*, *41*(3), 199-207. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/bld.12040

Elsman, E. B. M., van Rens, G., & van Nispen, R. M. A. (2017). Impact of visual impairment on the lives of young adults in the Netherlands: a concept-mapping approach [Article]. *Disability and Rehabilitation*, *39*(26), 2607-2618. https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1236408

Fiorati, R. C., & Elui, V. M. C. (2015). Social determinants of health, inequality and social inclusion among people with disabilities [Article]. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, *23*(2), 329-336. https://doi.org/10.1590/0104-1169.0187.2559

Giesen, J. M., & Cavenaugh, B. S. (2013). Disability Insurance Beneficiaries with Visual Impairments in Vocational Rehabilitation: Socio-demographic Influences on Employment. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, *107*(6), 453-467. https://doi.org/10.1177/0145482X1310700607

Grant, M. J., & Booth, A. (2009). A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Info Libr J*, *26*(2), 91-108. https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x

Grilo, I., & Major, S. (2015). Qualidade de Vida Familiar, Satisfação com a Vida e Apoio Social Percebido Na Deficiência Visual. *Temas em Psicologia*, *23*, 327-339. https://doi.org/10.9788/TP2015.2-07

Guirao Goris, S. J. A. (2015). Utilidad y tipos de revisión de literatura. *Ene*, *9*, 0-0.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.617-629

Heppe, E. C. M., Willemen, A. M., Kef, S., & Schuengel, C. Improving social participation of adolescents with a visual impairment with community-based mentoring: results from a randomized controlled trial [Article; Early Access]. *Disability and Rehabilitation*, 1-12. https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1589587

Jessup, G. M., Bundy, A. C., Hancock, N., & Broom, A. (2018). Being noticed for the way you are: Social inclusion and high school students with vision impairment [Article]. *British Journal of Visual Impairment*, *36*(1), 90-103. https://doi.org/10.1177/0264619616686396

Lewin, S., Glenton, C., Munthe-Kaas, H., Carlsen, B., Colvin, C. J., Gülmezoglu, M., Noyes, J., Booth, A., Garside, R., & Rashidian, A. (2015). Using Qualitative Evidence in Decision Making for Health and Social Interventions: An Approach to Assess Confidence in Findings from Qualitative Evidence Syntheses (GRADE-CERQual). *PLOS Medicine*, *12*(10), e1001895. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001895

Mazer, B., Kairy, D., Guindon, A., Girard, M., Swaine, B., Kehayia, E., & Labbé, D. (2015). Rehabilitation living lab in the mall community of practice: learning together to improve rehabilitation, participation and social inclusion for people living with disabilities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *12*(4), 4439-4460. https://doi.org/10.3390/ijerph120404439

Meadan, H., Halle, J. W., & Ebata, A. T. (2010). Families With Children Who Have Autism Spectrum Disorders: Stress and Support [Article]. *Exceptional Children*, *77*(1), 7-36. https://doi.org/10.1177/001440291007700101

Mendez-Ulrich, J. L., Prats-Basset, L., Yague, F., & Sanz, A. (2016). Perceived control, coping and psychological adjustment to visual disability [Article]. *Ansiedad Y Estres-Anxiety and Stress*, *22*(2-3), 55-61. https://doi.org/10.1016/j.anyes.2016.09.002

Nakade, A., Rohatgi, J., Bhatia, M. S., & Dhaliwal, U. (2017). Adjustment to acquired vision loss in adults presenting for visual disability certification [Article]. *Indian Journal of Ophthalmology*, *65*(3), 228-232. https://doi.org/10.4103/ijo.IJO_483_16

Oliveira, C. M., & Nunes, C. H. S. d. S. (2015). Instrumentos para Avaliação Psicológica de Pessoas com Deficiência Visual: Tecnologias para Desenvolvimento e Adaptação *Psicologia: Ciência e Profissão*, *35*, 886-899 https://doi.org/1414-9893

ONU. (2006). *Convención de las naciones unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad y su protocolo facultativo*. Retrieved from http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf

Opoku, M., Alupo, B., Gyamfi, N., Odame, L., Mprah, W., Torgbenu, E., & Badu, E. (2018). The Family and Disability in Ghana: Highlighting Gaps in Achieving Social Inclusion. *Disability, CBR & Inclusive Development*, *28*, 41. https://doi.org/10.5463/dcid.v28i4.666

Organización Mundial de la salud, O. (2012). *10 datos sobre la ceguera y la discapacidad visual*. http://www.who.int/features/factfiles/blindness/blindness_facts/es/

Peres, R., Espírito-Santo, G., Espírito, F., Ferreira, N., & Assis, M. (2015). Insatisfação com a imagem corporal entre pessoas com deficiência visual. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, *37*. https://doi.org/10.1016/j.rbce.2015.08.013

Perez, F. J., Romeo, M., & Yepes-Baldó, M. (2018). The corporate social responsibility policies for the inclusion of people with disabilities as predictors of employees identification, commitment and absenteeism. *Anales De Psicologia*, *34*, 101-107.

Phillips, B. A., Fortney, S., & Swafford, L. (2019). College Students' Social Perceptions Toward Individuals With Intellectual Disability [Article]. *Journal of Disability Policy Studies*, *30*(1), 3-10. https://doi.org/10.1177/1044207318788891

Raymond, E., Grenier, A., & Hanley, J. (2014). Community Participation of Older Adults with Disabilities [Article]. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, *24*(1), 50-62. https://doi.org/10.1002/casp.2173

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.617-629

Rojas Munera, S., Ruiz Cosme, S., Carvajal Fernández, J., Álvarez, M. J., Duque Restrepo, D., Correa, S. A., Ramírez Rodríguez, C., Pineda Jiménez, L., Restrepo Arismendy, S., Castrillón Valencia, L. C., Arango Valencia, S., Portela, M. C., Fernández Zurita, M., Astudillo Valverde, E., Galarcio, J. F., & Suárez-Escudero, J. C. (2015). Caracterización de una población con discapacidad visual (baja visión y ceguera) atendida en dos Instituciones Prestadoras de Salud de Medellín. *Medicina U.P.B.*, *34*(1), 30-39. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=159046025005 (IN FILE)

Saini, M., &, & Shlonsky, A. (2012). *Systematic Synthesis of Qualitative Research. In Systematic Synthesis of Qualitative Research*. https://oxford.universitypressscholarship.com/view/10.1093/acprof:oso/9780195387216.001.0001/acprof-9780195387216-chapter-005.

Santos, W. (2016). Deficiência como restrição de participação social: desafios para avaliação a partir da Lei Brasileira de Inclusão. *Ciência & Saúde Coletiva*, *21*, 3007-3015.

Simplican, S. C., Leader, G., Kosciulek, J., & Leahy, M. (2015). Defining social inclusion of people with intellectual and developmental disabilities: An ecological model of social networks and community participation [Review]. *Research in Developmental Disabilities*, *38*, 18-29. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.10.008

Stevens, G. A., White, R. A., Flaxman, S. R., Price, H., Jonas, J. B., Keeffe, J., Leasher, J., Naidoo, K., Pesudovs, K., Resnikoff, S., Taylor, H., & Bourne, R. R. A. (2013). Global Prevalence of Vision Impairment and Blindness: Magnitude and Temporal Trends, 1990–2010. *Ophthalmology*, *120*(12), 2377-2384. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ophtha.2013.05.025

Tobias, E. I., & Mukhopadhyay, S. (2017). Disability and Social Exclusion: Experiences of Individuals with Visual Impairments in the Oshikoto and Oshana Regions of Namibia [Article]. *Psychology and Developing Societies*, *29*(1), 22-43. https://doi.org/10.1177/0971333616689203

World, Health, & Organization. (2013). *Sixty-sixth World Health Assembly A66/11. Action plan project to prevent avoidable blindness and vision impairment 2014-2019*. Retrieved from http://www.emro.who.int/control-and-preventions-of-blindness-and-deafness/announcements/action-plan-prevention-avoidable-blindness-visual-impairment-2014-2019.html

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.617-629

Triangulação de métodos: Um caminho para a Avaliação de projetos de educação permanente em Saúde

Gilmara Apolinário Reis[1], Marta Azevedo dos Santos[1], Caroline Roberta Freitas Pires[1], Neilton Araújo de Oliveira[1], Eduardo José Cezari[1] e Danielle Keilla Alencar Cruz[2]

[1] Universidade Federal do Tocantins, Brasil | gil_apr@uft.edu.br; marta@uft.edu.br; carolinerfpires@uft.edu.br; neilton@uft.edu.br; eduardo@uft.edu.br | https://orcid.org/0000-0001-8113-9300; https://orcid.org/0000-0002-3219-8555; https://orcid.org/0000-0002-1427-7276; https://orcid.org/0000-0002-8976-7237; https://orcid.org/0000-0001-7909-1504

[2] Ministério da Saúde, Brasil | daniellealencruz@gmail.com | https://orcid.org/0000-0001-5635-5378

Resumo: No Brasil, o programa Academia da saúde representa uma das principais estratégias para o enfrentamento ao avanço das DCNT, por isso, visando seu fortalecimento, o Ministério da Saúde (MS) desenvolveu em parceria com a Universidade Federal do Tocantins (UFT), um caderno técnico e uma formação presencial, a partir de um processo pedagógico participativo baseado em metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Com isso posto, a pergunta colocada foi se a triangulação de métodos, possibilita uma avaliação de projetos de educação permanente e um revisitar das várias possibilidades metodológicas na pesquisa qualitativa. O presente artigo objetiva analisar e descrever como a estratégia de triângulação de métodos foi empregada para o desvelar de ambos os processos formativos. Trata-se de uma pesquisa educacional de natureza qualitativa, do tipo pesquisa-ação, com enfoque crítico-participativo, delineamento exploratório-descritivo e recorte transversal. A coleta de dados ocorreu no período de maio a dezembro de 2019, sendo utilizada a estratégia de avaliação por triangulação de métodos qualitativos (observação-participante, análise documental e entrevista com informante-chave). Para a análise dos dados foram utilizadas as técnicas de análise de conteúdo proposta por Bardin e análise documental. A entrevista com informante-chave permitiu resgatar o processo de construção do caderno técnico, já os achados observacionais e documentais permitiram refazer o trajeto percorrido pelos educadores para a construção e aplicação da formação presencial, desde a composição da equipe interdisciplinar e implicada no quadrilátero do SUS, até as técnicas e recursos pedagógicos utilizados na formação presencial aplicada, que se mostraram alinhados à pedagogia freiriana, na qual se embasa a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde do SUS. A estratégia de triangulação de métodos qualitativos permitiu elucidar de forma aprofundada e assertiva as etapas percorridas e as interfaces pedagógicas utilizadas, tanto na construção do caderno, como da formação presencial, a partir de perspectivas integradas, garantindo maior representação da realidade na pesquisa realizada.

Palavras-chave: Pesquisa Educacional Qualitativa; Educação Permanente em Saúde; Programa Academia da Saúde.

Triangulation of Methods: A Path for the Evaluation of Permanent Education Projects in Health

Abstract: In Brazil, the Academia da Saúde program represents one of the main strategies for coping with the advancement of NCDs, therefore, aiming at strengthening it, the Ministry of Health (MS) developed in partnership with the Federal University of Tocantins (UFT), a technical notebook and classroom training, based on a participatory pedagogical process based on active teaching-learning methodologies. With that said, the question posed was whether the triangulation of methods enables an evaluation of permanent education projects and a revisit of the various methodological possibilities in qualitative research. The present article aims to analyze and describe how the method triangulation strategy was used to unveil both formative processes. This is an educational research of a qualitative nature, of the research-action type, with a critical-participatory focus, exploratory-descriptive design and transversal cut. Data collection took place from May to December 2019, using the triangulation assessment strategy of qualitative methods (participant observation, document analysis and interview with key informants). For data analysis, the techniques of content analysis proposed by Bardin and document analysis were used. The interview with a key informant allowed to rescue the process of construction of the technical notebook, whereas the observational and documentary findings allowed to redo the path traveled by the educators for the construction and application of the face-to-face training, from the composition of the interdisciplinary team and involved in the quadrilateral from SUS, even the pedagogical techniques and resources used in applied face-to-face training, which proved to be in line with Freire's pedagogy, on which SUS's National Policy for Permanent Education in Health is based. The triangulation strategy of qualitative methods allowed to elucidate in a profound and assertive way the steps covered and the pedagogical interfaces used, both in the construction of the notebook, as well as in-person training, from integrated perspectives, ensuring a greater representation of reality in the research carried out.

Keywords: Qualitative Educational Research; Permanent Health Education; Health Academy Program.

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.630-636

1. Introdução

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, seguida pela implantação do "Programa Saúde da Família" e a expansão da Atenção Primária na década de 90, incorporaram a promoção de saúde ao modelo assistencial brasileiro. Nos anos 2000, o Ministério da Saúde lançou diversas iniciativas voltadas à produção de hábitos de vida saudáveis, culminando na publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) em 2006. Além disso, programas como o "Bolsa Família" e o "Saúde na Escola", mobilizaram diversos setores da sociedade para o enfrentamento aos Determinantes Sociais da Saúde (Buss e Carvalho, 2009).

Tal conjuntura impulsionou a implantação do Programa Academia da Saúde em 2011, por meio da Portaria GM/MS nº 719. O programa representa uma das principais estratégias do Ministério da Saúde para o enfrentamento ao avanço das DCNT no Brasil, partindo do fortalecimento da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS-SUS) no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS-SUS).

O crescimento exponencial do Programa Academia da Saúde nos últimos anos tem demandado um aporte técnico por parte dos gestores no nível local, dada a diversidade de ações e a contemporaneidade dos seus objetivos frente à situação de saúde do país, exigindo saberes e práticas de saúde pouco operáveis na abordagem biomédica de cuidado que ainda vigora no SUS.

Visando o fortalecimento do Programa Academia da Saúde, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo estratégias de educação permanente junto aos gestores e profissionais de saúde dos estados e municípios desde 2013, passando a contar com a colaboração da Universidade Federal do Tocantins a partir de 2016. Inicialmente na construção do caderno técnico de apoio à implantação e implementação do programa Academia da Saúde[1], e como desdobramento deste, no desenvolvimento da formação presencial baseada nos conteúdos programáticos do caderno técnico, voltada à construção de capacidades técnicas relacionadas à gestão do programa, executada por meio da carta acordo firmada entre MS/UFT (2019/2020)[2].

Tanto a construção do caderno técnico, quanto a elaboração da formação presencial, foram realizadas de forma coletiva pela equipe de pesquisadoras da UFT em parceria com a equipe técnica do Ministério da Saúde. A primeira iniciativa passou por um processo de validação em cinco estados brasileiros[3], representando quatro regiões do país, escolhidos pela expertise desenvolvida no programa, com profissionais de saúde e gestores locais. Já a segunda, foi aplicada nas oito microrregiões de saúde o estado do Tocantins, contemplando um conjunto de oficinas interligadas dialeticamente e distribuídas em dois dias de atividades, utilizando metodologias ativas de ensino-aprendizagem.

Partindo deste contexto, surgiu a necessidade de avaliar o processo de elaboração do caderno técnico e da formação presencial desenvolvidos para a capacitação de profissionais do programa Academia da Saúde, com o objetivo de descrever, identificar e analisar as abordagens pedagógicas utilizadas, à luz dos pressupostos da educação permanente em saúde. Avaliação está com enfoque na triangulação de métodos.

[1] O Caderno Técnico de Apoio à Implantação e Implementação do programa Academia da Saúde está disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/implatacao_academia_saude.pdf

[2] Mais informações sobre o projeto e a equipe de execução, conforme carta acordo firmada entre MS/UFT, estão disponíveis no site: https://sites.uft.edu.br/progacademiadasaude/

[3] O processo de validação do Caderno Técnico do Programa Academia da Saúde ocorreu nos estados do Ceará, Pernambuco, Minas Gerais, Paraná e Espirito Santo.

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.630-636

Vale ressaltar que o referencial teórico-metodológico adotado para a análise, por estar situado no âmbito da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, foi ancorado nos pressupostos da pedagogia freiriana, que entende o processo pedagógico como essencialmente histórico, mediado pelas relações do ser humano com o mundo e fundamentado na dialogicidade e horizontalidade entre educador-educando, autonomia e a pedagogia da experiência vivida como lugar de aprendizagem.

2. Metodologia

O presente estudo configurou-se como uma pesquisa educacional de natureza qualitativa, do tipo pesquisa-ação, com enfoque crítico-participativo, delineamento exploratório-descritivo e recorte transversal, utilizando três metodologias de investigação qualitativa: observação-participante, análise documental e entrevista com informante-chave, analisadas à luz das técnicas de análise de conteúdo (Bardin, 2011) e análise documental.

Este desenho foi escolhido com base nas características da pesquisa-ação, a qual possibilita a interação ativa e participativa das pesquisadoras com a equipe do projeto. Sendo assim, a coleta de dados ocorreu no período de maio a dezembro de 2019 na Universidade Federal do Tocantins (UFT) e nas cidades-sede das oito microrregiões de saúde do estado do Tocantins, durante o processo de elaboração das oficinas e a aplicação da formação presencial desenvolvida no âmbito do projeto de "construção de capacidades técnicas relacionadas à gestão do programa Academia da Saúde".

A estratégia de avaliação por triangulação de métodos é descrita por Minayo, Assis e Souza (2005), na qual são combinados vários métodos científicos visando aprofundar o conhecimento e a representação da realidade estudada. Sendo assim, a escolha das técnicas de coleta de dados foi guiada pelo objetivo principal do trabalho, que buscou analisar os processos de elaboração tanto do caderno técnico do programa Academia da Saúde, como da formação presencial desenvolvida no estado do Tocantins, à luz dos pressupostos da educação permanente em saúde e da pedagogia freiriana, com a triangulação de métodos qualitativos de investigação.

Dessa forma, para analisar o processo pedagógico de educação permanente em saúde desenvolvido no âmbito do programa Academia da Saúde, buscou-se remontar o percurso pedagógico empreendido pela equipe responsável pela elaboração do caderno, das oficinas e das metodologias, a partir de entrevistas, registros documentais e da observação-participante realizada pelas pesquisadoras durante a execução do projeto.

Para tanto, foram utilizadas as seguintes estratégias metodológicas para coleta e compreensão dos dados: 1) Entrevista guiada por um roteiro semiestruturado de perguntas abertas com a responsável pelo Programa Academia da Saúde no Ministério da Saúde à época da construção do caderno técnico e da celebração da carta acordo firmada entre MS/UFT (informante-chave); 2) Observação-participante realizada pela pesquisadora, tendo colaborado na elaboração do processo pedagógico e atuado na aplicação da formação presencial desenvolvida; 3) Análise documental das atas de reuniões do projeto, dos relatórios de campo dos tutores e do instrutivo das oficinas.

A análise da entrevista com informante-chave foi realizada por meio da técnica de Análise de Conteúdo categorial temática, proposta por Bardin. Este método científico tem como foco principal analisar as mensagens de comunicações, a partir do que foi dito nas entrevistas e observado pela pesquisadora, buscando classificar o material transcrito em temas e categorias, com a finalidade de evidenciar indicadores que permitam realizar inferências sobre a realidade (Bardin, 2011).

CC BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.630-636

Bisol (2012), ressalta que a entrevista com informante-chave, é comumente utilizada em pesquisas de campo com delimitações bem definidas em termos de instituições, pessoas ou atividades de interesse da pesquisa. Nesse contexto, os indivíduos entrevistados como informantes-chave são pessoas bem informadas e com amplo contato e envolvimento ativo com o objeto da pesquisa, dessa forma é possível "obter informações profundas, insights e explicações úteis" ao desenvolvimento do trabalho a partir da qualidade, profundidade e detalhamento da informação obtida.

Já para a análise das atas de reuniões do projeto, dos relatórios de campo dos tutores e do instrutivo das oficinas, foi utilizada a técnica de análise documental. Sobre a análise documental, Souza, Kantorski e Luis (2011), destacam que a análise documental enquanto técnica de análise de dados, empreende uma série de procedimentos de transformação do material, visando facilitar a compreensão e o uso das informações contidas nos documentos analisados. Desta forma, esta técnica concentra-se no tratamento do material, de forma a tornar a informações mais acessíveis, condensadas e contextualizadas socialmente, correlacionando-as com outras fontes de dados.

Sobre a observação-participante utilizada pelas pesquisadoras durante o desenvolvimento do processo pedagógico em questão, incluindo a participação em reuniões com a equipe técnica e pedagógica do projeto, colaboração no processo de construção das oficinas e atuação como tutora na aplicação da formação presencial nos territórios de saúde do Tocantins, Lüdke e André (1986), evidenciam o lugar privilegiado da observação-participante no âmbito das pesquisas qualitativas educacionais, sendo considerada como o principal método de investigação, na medida em que "a experiência direta é sem dúvida o melhor teste de verificação da ocorrência de determinado fenômeno", além de ser comumente associada à outras técnicas como a análise documental e entrevistas.

Ressalta-se ainda que esta pesquisa contempla a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), quanto à submissão ao comitê de ética em pesquisa e à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Universidade Federal do Tocantins, pelo parecer consubstanciado nº 3.454.186/2019. Somente após esta etapa foram iniciadas a coleta dos dados e a pesquisa propriamente dita.

3. Resultados e Discussão

Considerando o posicionamento epistemológico adotado no presente trabalho a partir do materialismo histórico dialético, a apresentação dos resultados e discussões, responde às categorias de análise a partir de uma perspectiva ampliada e contextualizada histórico-socialmente, envolvendo todo o processo de desenvolvimento pedagógico que permeou a construção do caderno técnico e da formação presencial em questão

As categorias de análise que emergiram da entrevista com informante-chave incluíram: Bases Epistemológicas do Academia da Saúde, Experiências prévias nos Polos, Processo de elaboração do caderno, Atualização do caderno, etapas de construção da formação presencial e metodologias utilizadas. Tais achados foram complementados pelos dados coletados a partir da observação-participante e da análise documental realizadas pelas pesquisadoras.

Dessa forma, com base na descrição do processo de construção do caderno técnico e a partir do referencial teórico da investigação temática proposta por Freire (1987), foi possível estabelecer uma comparação entre as etapas implementadas, conforme descrito no esquema abaixo:

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.630-636

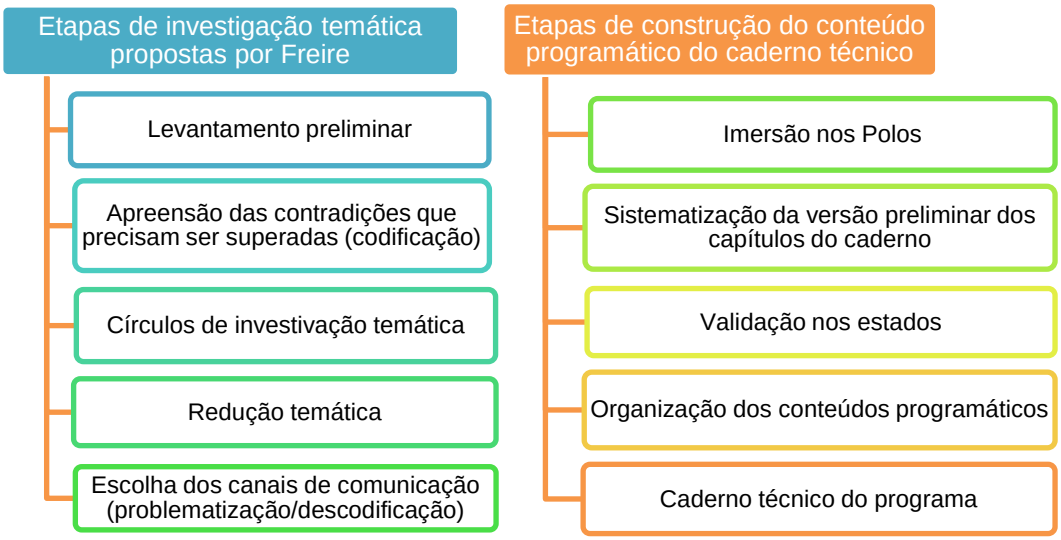


Fig. 1. Análise comparativa entre o método de investigação temática proposto por Freire e o processo de construção dos conteúdos programáticos do caderno técnico, baseado na entrevista com informante-chave. **Fonte:** REIS, G.A., 2020.

A partir dos registros das atas de reuniões do projeto e da observação-participante realizada pela pesquisadora, foi possível resgatar a etapas do planejamento e elaboração da formação presencial, onde verificou-se a realização de encontros formativos de planejamento entre a equipe responsável pelo projeto na UFT e o Ministério da Saúde para aproximação e aprofundamento com o universo do programa, a partir dos quais foi elaborada uma matriz pedagógica para a formação, fundamentada nos conteúdos programáticos do caderno técnico e traduzida em objetivos de aprendizagem definidos previamente à construção das oficinas.

Tanto a carga horária, como as metodologias e os tempos pedagógicos da formação foram definidos a partir destes encontros formativos da equipe e com base na matriz pedagógica elaborada previamente. Após sistematizada a versão preliminar da formação, foi realizada uma formação piloto com a finalidade de validar esse processo junto ao público-alvo (profissionais e gestores municipais). Esta etapa resultou na revisão e reformulação da formação que foi posteriormente aplicada nas oito microrregiões de saúde do estado do Tocantins.

Sendo assim, foi possível verificar uma aproximação do percurso metodológico empregado pelos pesquisadores docentes com o método de investigação temática proposto por Freire (1987), conforme comparativo descrito abaixo:

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.630-636

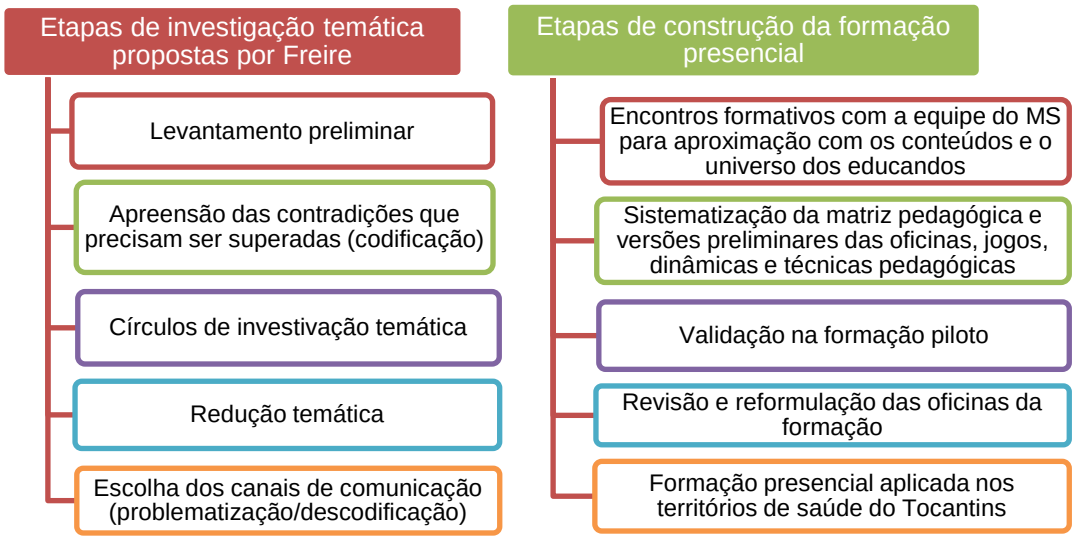


Fig. 2. Análise comparativa entre o método de investigação temática proposto por Freire e o percurso pedagógico de construção da formação presencial. **Fonte:** REIS, G.A., 2020.

Por fim, a observação-participante realizada pelas pesquisadoras aliada à análise documental dos relatórios de campo dos tutores permitiu investigar as metodologias e as abordagens pedagógicas empregadas na elaboração das oficinas da formação presencial. Sobre os recursos pedagógicos verificou-se a utilização de metodologias ativas de problematização da realidade, tendo como um dos pontos altos do processo pedagógico desenvolvido, a criação de jogos e a utilização de dinâmicas educacionais para trabalhar a aprendizagem dos conteúdos abordados no caderno técnico, além disso, outras estratégias pedagógicas de problematização da realidade também foram utilizadas, envolvendo atividades práticas e discussões coletivas realizadas no “círculo de cultura” com os participantes da formação.

4. Conclusões

A estratégia de triangulação de métodos qualitativos, permitiu investigar a elaboração do caderno técnico e da formação presencial voltados ao Programa Academia da Saúde. Neste sentido, a entrevista com informante-chave (IC) foi fundamental para a análise do processo de construção do caderno técnico do programa Academia da Saúde, por se tratar de um processo retrospectivo da pesquisa, permitindo assim inferir sobre a relação com a pedagogia freiriana e os pressupostos da educação permanente em saúde.

Cabe ressaltar que a informante-chave esteve à frente do Programa Academia da Saúde desde sua criação até a celebração da carta acordo firmada entre MS/UFT em 2019, tendo liderado o grupo responsável pela elaboração do Caderno Técnico de Apoio à Implantação e Implementação do Programa Academia da Saúde.

Em relação à construção do processo pedagógico que resultou na elaboração da formação presencial voltada ao programa Academia da Saúde e baseada nos conteúdos do caderno técnico, ressalta-se que a combinação dos métodos de observação-participante, aliada à análise documental das atas de reuniões e relatórios de campo dos tutores, permitiu que as pesquisadoras vivenciassem o processo pedagógico do início ao fim, sistematizando as etapas percorridas enquanto participavam das atividades juntamente com o restante da equipe de educadores.

Assim, foi possível demonstrar a aproximação por parte da equipe de educadores com o universo dos educandos, desde a sistematização da matriz pedagógica até a elaboração de oficinas baseadas em metodologias ativas de ensino-aprendizagem.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.630-636

Ademais, a validação junto ao público-alvo por meio da "formação piloto" agregou maior confiabilidade e pertinência ao processo formativo, demarcando um compromisso da equipe pedagógica com um processo educacional conectado aos anseios e necessidades dos educandos, estando assim alinhado aos referenciais de Freire e da educação permanente em saúde.

Podemos afirmar que a triangulação dos métodos utilizados para a avaliação deste projeto específico de educação permanente em saúde, possibilitou a análise, compreensão e avaliação do método em várias facetas, convergindo em uma intersecção entre os dados, culminando em aprendizado participativo das pessoas envolvidas.

A partir desta pesquisa foi possível vislumbrar as potencialidades da estratégia de triangulação de métodos de investigação qualitativa, como uma alternativa eficiente para abarcar grandes pesquisas, especialmente na avaliação de programas de educação permanente em saúde.

5. Referências

Bardin, L (2011). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70.

Bisol, C. A (2012). Estratégias de pesquisa em contextos de diversidade cultural: entrevistas de listagem livre, entrevistas com informantes-chave e grupos focais. *Estudos de psicologia, Campinas*, v. 29, supl. 1, p. 719-726.

Brasil (2011). *Ministério da Saúde*. Institui o Programa Academia da Saúde. Portaria nº 719/GM/MS de 07 de abril de 2011. Brasília.

Brasil (2004). *Ministério da Saúde*. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Portaria nº 198/GM/MS de 13 de fevereiro de 2004. Brasília.

Brasil (2018). *Ministério da Saúde*. Programa Academia da Saúde: caderno técnico de apoio a implantação e implementação. Brasília: Ministério da Saúde, p. 220.

Brasil (2012). *Ministério da Saúde*. Resolução CNS nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Brasília.

Buss, P.M. & Carvalho, A.I (2009). Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). *Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro*, v. 14, n. 6, p. 2305-2316.

Freire, P (1987). *Pedagogia do oprimido*. 17ª edição, Rio de Janeiro: Paz e Terra.

Lüdke, M. & André, M.E.D.A (1986). *Pesquisa em educação: Abordagens Qualitativas*. São Paulo: EPU.

Minayo M.C.S., Assis S.G. & Souza E.R. (2005). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, p. 244.

Reis, G.A. (2020). Programa Academia da Saúde: Análise do processo pedagógico de educação permanente desenvolvido na formação presencial aplicada no estado do Tocantins. 2020. 121 f. *Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)* – Universidade Federal do Tocantins, Palmas.

Souza, J., Kantorski, L.P. & Luis, M.A.V. (2011). Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 25, n. 2, p. 221-228, maio-ago.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.630-636

Fronteiras entre saúde e doença para pessoas que vivem com Doença Crónica

Maria do Céu Sá[1] e Ana Sofia Nabais[1]

[1] Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal | ceu.sa@esel.pt; ana.nabais@esel.pt | https://orcid.org/0000-0002-0067-3462; https://orcid.org/0000-0001-5165-4213

Resumo: Viver com uma doença crónica como a osteoartrose é um grande desafio. Esta doença manifesta-se especialmente através da dor, podendo surgir a deformação, a nível das articulações, altera a imagem corporal compromete a funcionalidade e a sua evolução pode causar na pessoa grande sofrimento. Compreender a forma como estas pessoas vivem a sua doença, constitui um contributo para a prática de enfermagem. Esta investigação tem como objetivo compreender as experiências de saúde e doença para pessoas que vivem com doença osteoarticular. Realizou-se um estudo descritivo com uma metodologia qualitativa de orientação fenomenológica. Realizou-se entrevistas semiestruturadas a quinze (15) participantes com osteoartrose. Da análise das mesmas, sobressaiu como resultado que a experiência da doença crónica tem sido considerada na estrutura do ser humano como um modo da vida. A experiência da saúde e da doença representa um processo de viver em constante movimento e é retratada como uma dialética em que o *Eu* sofredor se renova para continuar a existir. A experiência da saúde e da doença é uma realidade existencial em que o sofrimento e o bem-estar não são negados, mas integrados pelo *Self*. Este estudo destaca a forma como é experienciada esta doença crónica, salientando-se a experiência de não ser nem saudável nem doente, enquanto pessoa que vive com um corpo doente. Destaca e explica os conceitos: *Eu como ser humano*; *Eu e o sofrimento*; a *dialética da renovação* e a *continuidade existencial* onde a compreensão da dor, do sofrimento fazem sentido para as pessoas que vivem com doenças crónicas, sugerindo que a esperança é o catalisador para reconciliar fronteiras e as experiências humanas de saúde e doença.

Palavras-chave: Doença Crónica; Osteoartrose; Doença; Saúde; Fenomenologia; Enfermagem.

Boundaries between Health and Disease for People Living with Chronic Disease

Abstract: Living with a chronic disease like osteoarthritis is a big challenge. This disease compromises functionality alters the body image, and its evolution can lead the person to feel pain and suffering. Understanding how these people live with their disease is a contribution to nursing practice. This research aims to understand the experiences of health and disease for people living with osteoarticular disease. A descriptive study was carried out with a qualitative methodology of phenomenological orientation. Semi-structured interviews were conducted with fifteen (15) participants with osteoarthritis. From their analysis, it emerged as a result that the experience of chronic illness has been considered in the structure of the human being as a way of life. The experience of health and illness represents a process of living in constant movement and is portrayed as a dialectic in which the suffering self is renewed to continue to exist. The experience of health and illness is an existential reality in which suffering, and well-being are not denied, but integrated by the *Self*. This study highlights how this chronic disease is experienced, highlighting the experience of being neither healthy nor sick, as a person living with a sick body. It highlights and explains the concepts: I as a human being; Me and suffering; the dialectic of renewal and the existential continuity where the understanding of pain and suffering makes sense to people living with chronic diseases, suggesting that hope is the catalyst for reconciling borders and human experiences of health and disease.

Keywords: Chronic Disease; Osteoarthritis; Disease; Health; Phenomenology; Nursing.

1. Introdução

A enfermagem é caracterizada pelo cuidado aos seres humanos nas suas experiências de saúde e de doença (Watson, 2008). Neste estudo, considerámos pertinente o interesse não somente de experiência de saúde, mas também a experiência da doença de pessoas com doença crónica. De entre as doenças crónicas, a doença reumática degenerativa como a osteoartrose (OA) é a mais prevalente, afetando 10% da população adulta e idosa em Portugal (Sá, 2016).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.637-644

A OA é caracterizada pela destruição da cartilagem articular, verificando-se lesões anatómicas que habitualmente são representadas por degeneração cartilaginosa e do osso subcondral (Queirós, 2002). Esta instala-se de forma insidiosa sendo o seu principal sintoma a dor nas articulações afetadas, podendo ser localizadas nas mãos (artrose das mãos), nos joelhos (artrose dos joelhos ou gonartrose) e, na articulação coxofemoral (artrose femoral ou coxartrose) (Hochberg, Silman, Smolen, Weinblatt & Weisman (2014). Inicialmente a dor é ligeira, manifestando-se quando a pessoa inicia o movimento, exacerbando-se com a evolução da mesma. As articulações afetadas apresentam habitualmente aumento de volume acompanhadas de limitação articular podendo ser a causa de incapacidade, compromisso da funcionalidade e a associação de ambas podem contribuir para grave dependência da pessoa. Para além destas alterações, as deformações articulares levam a alterações de imagem corporal. À medida que o processo degenerativo se vai instalando a dor vai aumentando, o que associado às alterações evidenciadas estas são a principal causa de sofrimento (Sá, 2009; Sá, 2016). A saúde e a doença não são conceitos opostos. As pessoas com doença crónica referem que a fronteira entre saúde e doença é muito ténue e frequentemente, só atribuímos importância à saúde quando estamos perante o aparecimento ou a presença da doença, o que vai influenciar a perceção que a pessoa tem da mesma (Pais Ribeiro, 1998).

O conhecimento da experiência destas pessoas representa um contributo para a enfermagem especialmente no contexto dos cuidados, fazendo apelo à importância a uma prática na qual a enfermagem deverá desenvolver uma relação profunda com a pessoa cuidada.

O objectivo deste estudo qualitativo consiste em descrever e compreender a experiência de saúde e de doença em pessoas adultas e idosas com doença crónica mais precisamente a doença reumática degenerativa, a OA. Delineou-se a seguinte questão de pesquisa: Qual(ais) a experiência(s) das pessoas que vivem com uma doença crónica, como a OA?

2. Metodologia

Para o estudo deste fenómeno e, tendo em consideração a problemática e o objetivo, optou-se pelo método fenomenológico, baseado na metodologia Van Manen (1990, 2002). O método fenomenológico procura interpretar e perceber o significado do fenómeno observado (Vergara, 2000), ou seja, permite realizar um estudo científico das experiências humanas (Jackson, 1996; Remenyi, Williams, Money & Swartz, 1998; Van Manen, 1997), que descreve os significados das vivências experimentadas por determinados indivíduos em relação a um dado fenómeno (Creswell, 1998). Na abordagem fenomenológica a tarefa do investigador é procurar compreender como a realidade se constrói por meio da experiência das pessoas envolvidas em determinada situação ou fenómeno. Como diria Heidegger citado por Morente (1980, p. 310), é o “estar eu com as coisas do mundo”; ou seja, o seu foco está na consciência humana durante a vivência de situações sociais e de ser. Esta metodologia é provavelmente a que melhor consegue captar a essência da experiência interativa humana com o ambiente (Baker, 1998). A fenomenologia parece, portanto, particularmente interessante para examinar as perceções dos participantes (Goulding, 1999; Sherry, 1998). As teorias são derivadas de maneira indutiva, quando são agregadas as padronizações permitidas pela interpretação dos significados da experiência (Foxall, 1995).

2.1 Seleção de Participantes

Na pesquisa qualitativa, a escolha dos participantes tem um impacto significativo na qualidade da investigação (Morse, 2007). Uma vez que o objetivo da fenomenologia hermenêutica é compreender a experiência vivida, é importante escolher participantes que tenham experiência do fenómeno em estudo, que sejam capazes de comunicá-lo e que desejem contar "sua história" (Morse, 2007).

CC BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.637-644

Para tal, a seleção dos participantes do estudo foi baseada nos seguintes critérios de inclusão e exclusão: Relativamente aos critérios de inclusão, os participantes para serem elegíveis para o estudo, devem: (a) ser adulto ou idoso (18 anos de idade ou mais); (b) ter diagnóstico de OA há pelo menos um ano. Este segundo critério decorre do facto de ser geralmente aceite que a noção de cronicidade corresponde a uma duração da doença de seis meses ou mais (Larsen, 2006); (c) ser capaz de se expressar e compreender português e (d) querer partilhar sua experiência de doença crónica. Quanto aos critérios de exclusão: os participantes não poderiam participar do estudo se: (a) tivessem um diagnóstico de um problema do foro mental ou deficiência cognitiva, ou (b) tivessem o diagnóstico de outra doença crónica, como doença cardíaca ou respiratória.

Os participantes foram selecionados em instituições hospitalares com consultas externas de reumatologia durante o ano 2019. Uma vez obtido a aprovação da comissão de ética o investigador procedeu ao recrutamento dos participantes com a ajuda da enfermeira responsável pela consulta externa. Participaram no estudo 15 pessoas com diagnóstico de OA. A amostra foi intencional, na qual o investigador elege intencionalmente um determinado grupo com as características estabelecidas para desenvolver uma descrição do fenómeno (Streubert & Carpenter, 2002). Alguns autores consideram que uma amostra de 15 a 20 pessoas parece adequada para obter uma saturação dos dados (Morse, 2007) e, portanto, compreender a experiência vivida. A saturação de dados foi encontrada com o décimo participante, pelo que o tamanho da amostra pareceu suficiente para garantir diversidade de informação de forma a maximizar as informações recolhidas.

Após os participantes darem consentimento para o estudo, foi iniciada a colheita de dados através 2 instrumentos: o questionário de dados sociodemográficos e clínicos e a entrevista individual onde se associou o diário de bordo. Nos dados sociodemográficos os investigadores dão particular atenção às seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, situação profissional, nível de escolaridade, a duração da doença e principais os sintomas presentes aquando da recolha de dados.

Relativamente à entrevista individual, na pesquisa fenomenológica hermenêutica, explica Van Manen (1997), a entrevista tem dois objetivos específicos. Em primeiro lugar, visa desenvolver a compreensão profunda e rica de um fenómeno humano. Em segundo lugar, ajuda a desenvolver um relacionamento com o participante em relação ao significado de uma experiência (Van Manen, 1997). Por sua vez, os investigadores também veem a entrevista como meio de estabelecer uma relação transpessoal de cuidado com cada um dos participantes.

A recolha de dados no método fenomenológico, costuma ser realizada, basicamente, por entrevistas semi-estruturadas (Kerlinger & Lee, 2000), sendo aconselhável que os investigadores formulem previamente questões. Neste sentido, formulou-se as seguintes questões:

1. Como é viver diariamente com OA?

2. Que perceção tem da sua saúde ao viver com OA?

3. Há outras experiências ou aspectos que queira partilhar?

Nas entrevistas, as perguntas fluem, de acordo com “a arte de perguntar e a arte de pensar.” (Ray, 1994, p. 129). Os investigadores devem dirigir a sua atenção para as transações sociais e para as interações entre pessoas e eventos, sob uma ótica naturalista, participativa e interpretativa (Kerlinger & Lee, 2000).

Durante as entrevistas as investigadoras elaboraram também um diário no qual registaram pensamentos, sentimentos, emoções, impressões e comentários a respeito da experiência da pessoa. Para Munhall (2007), o diário oferece a oportunidade de registar diferentes acontecimentos que ocorrem durante a entrevista, constituindo-se este de certa forma uma “memória viva” da pesquisa (Savoie-Zajc 2000).

Com o objetivo de controlar os vieses de conteúdo o guião da entrevista foi validado por um juiz com a finalidade de validar a coerência e clareza das questões em relação aos objetivos.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.637-644

2.2 O Processo de Análise de Dados

Na pesquisa qualitativa, o processo de análise dos dados visa captar os significados contidos nas entrevistas (Paillé & Mucchielli, 2008). No presente estudo, esse processo é inspirado nas duas atividades de pesquisa recomendadas por Van Manen (1997, 2002), o saber, a reflexão fenomenológica hermenêutica, bem como a escrita fenomenológica hermenêutica e, compreende um total de três etapas: (a) mergulhar nos dados, (b) identificar e validar os temas preliminares com cada um dos participantes, bem como (c) determinar e descrever os temas essenciais.

Para determinar os temas, o pesquisador utilizou o método da variação livre e imaginária. Esse método consiste em modificar com a imaginação, os temas preliminares do fenómeno para verificar se cada um deles é essencial (Van Manen,1997).

Durante esta etapa sentimos necessidade de validar os temas com vista a controlar a nossa subjetividade. Dado que a validação intersubjetiva é importante para o rigor dos dados, submetemos os verbatins e respetivos temas à apreciação de um perito.

Simultaneamente também baseamos as nossas opções metodologias em Watson uma vez que autora considera que "(…) a melhor forma de compreender o outro ser humano é entrar na sua visão do mundo filosofia de vida, olhar o mundo através dos seus olhos, sob o seu ponto de vista." (Watson, 1999, p.207).

Da análise dos dados emergiram como principais os seguintes quatro temas: *Eu como ser humano; Eu em sofrimento; A renovação do Eu e a Continuidade Existencial*.

Na análise e discussão dos dados tivemos em consideração os critérios de rigor científico na pesquisa qualitativa que na fenomenologia, como outros métodos de pesquisa qualitativa, atende a critérios de rigor científico, como autenticidade, credibilidade, crítica, integridade e transferibilidade (Cara, 2007).

3. Apresentação dos Resultados e Discussão

Da análise dos dados verificámos que os participantes são na maioria mulheres (M=10 e H=5), com média de idades de 65,8 anos, maioria casados (12 casados e 3 viúvos), situação profissional, de reformados maioria com 8 anos de escolaridade, a duração da doença em média de 10 anos e os principais os sintomas presentes aquando da recolha de dados são a dor crónica, a deformação das articulações e a dificuldade em andar.

Os participantes consideram - *Eu como ser humano*, como resultado da vivência com doença crónica, a OA, como uma dialética na qual o *Eu* que sofre se renova para continuar a existir e a viver. Na teoria de Watson (2002, p.65) a autora refere que se "…deve dar um elevado valor ao mundo interno-subjetivo da pessoa e como ela está a compreender a sua condição de saúde-doença." "Viver um dia de cada vez…" (P 13) "Temos que saber viver com a doença..." (P9). "Aceito a minha situação (…) é a maneira de estar vivo …" (P6). Este processo destaca a natureza dinâmica da saúde quando se vive com uma doença.

O ser humano é um ser-no-mundo, uma unidade constituída pelo corpo e pelo *Eu* que são interdependentes com o mundo. O corpo é a dimensão material do ser humano, ou seja, tudo o que é percetível aos sentidos. Como seres no mundo os participantes como pessoas que vivem com um corpo doente, invisível muitas vezes, excedem seus limites corporais para se conformar à normalidade social. "… doí-me o corpo todo…" (P2). "A dor está sempre ali, a maçar (…) a dor põe-me nervosa (…) pelo que é difícil viver, mas o importante é estar vivo … (P8). Para estes participantes cada dia será importante… e importante é estar vivo e ter uma vida. É a qualidade dessa vida e o sentido que a pessoa consegue construir em cada dia, que a torna especial em toda a sua plenitude. O ser-no-mundo, o *Eu* está situado no mundo e constrói-se a partir das relações partilhadas com os outros (Lipiansky, 2002). Segundo Watson (2002) a pessoa vive a sua vida estando atenta à harmonia entre mente, emoções e corpo, mas ao adoecer preocupa-se com a desarmonia entre o *Eu* percebido e o *Eu* experienciado e, nesse sentido tem necessidade de transcender a vida e encontrar a harmonia na vivencia da doença.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.637-644

Esta perspetiva da vida pode ser interpretada como querer viver com qualidade, sendo este o principal objetivo destas pessoas, e expressam que "Vivo o presente." (P10).

Eu em sofrimento, foi outro motivo mencionado pelos participantes, ao referirem como se sentem ameaçados pela doença. "Dói o corpo todo…" (P3); "Só eu e Deus é que sabemos o que sofro…" (P7). Para os participantes a dor e o sofrimento a ela associada provoca uma rutura, não só na unidade entre o corpo e o *Eu*, mas também entre o *Eu* e o mundo em que estes se inserem. O *Self* é afetado quando o corpo doente experimenta o sofrimento (Corbin, 2003), sendo sentido como a perda de identidade. O sofrimento é vivido pelo *Eu* como um espelho que reflete algo insuportável, difícil e indeterminável (Rehnsfeldt & Eriksson, 2004; Frank, 2001).

Como um ser-no-mundo, a pessoa é influenciada por outros, e as alterações do corpo evidenciam a forma como o corpo é vivido. "O meu corpo mudou…" (P10). "Parece que o corpo não é meu…" (P4). "O meu corpo não responde à minha vontade" (P11).

O sofrimento modifica o sentido do tempo presente, pois permite ao ser humano distinguir um antes e um depois de…fazendo uma separação entre o tempo subjetivo e o tempo objetivo (Porée, 2011). Para os participantes que vivem com OA, é impossível continuar com a sua vida como anteriormente. Eles referem que perderam a sua identidade, quando o seu corpo deixou de ser saudável. Vivem com a incerteza de um corpo doente, incerteza essa que se revela pelo medo e preocupação "…. tenho medo de ser um peso…" (P8).

Alguns participantes consideram a *Renovação do Eu* como um motivo positivo de viver com a doença. A harmonia com a vida pode ser interpretada como querer viver com qualidade, com esperança no futuro. "Esperança como fundamental para enfrentar a doença." "Esperança como uma força interior." "Acreditar no futuro." (P12).

A relação entre o *Eu* sofredor e o *Eu* saudável dá origem a uma nova realidade, em que o *Eu* saudável comprometido e o *Eu* sofredor ficam integrados. Renovar-se consiste numa mudança continua sendo essencial para ter poder sobre a vida (Longneaux, 2007). "Tenho vontade de viver…" (P7). "Enquanto há vida há esperança (…) pensar em melhores dia/pensar no amanhã (...) continuar a lutar…" (P8).

É também importante que os participantes aprendam a conhecer-se, ouvir seus sintomas, respeitar seus limites "…só faço o que posso (…) não ir até ao limite…" (P6).

Renovar-se implica que as pessoas adotem uma filosofia de vida na procura da felicidade e do prazer. O tempo é precioso devendo aprender a viver um dia de cada vez, a aproveitar o momento presente, onde a esperança também se justapõe ao medo, na esperança de que o amanhã será melhor.

A *Continuidade Existencial* surge no discurso dos participantes, como sendo importante continuar a existir o que significa dar continuidade a uma nova vida, realizar sonhos e projetos…. Não ter limitações nem incapacidade. A *continuidade existencial* é um conceito dinâmico e implica que o *Eu* sofredor deve ter esperança para manter o bem-estar. Tal implica que os participantes devem agir para obter poder sobre as suas vidas. "Acredito no dia de amanhã, com esperança e com fé." (P6). Watson (1999) salienta que a fé e a esperança ajudam a pessoa a modificar comportamentos de saúde. A pessoa está consciente do seu próprio poder para selecionar e alcançar os seus objetivos, resolver os seus problemas, aumentar o controlo sobre a sua saúde e aumentar a sua autoeficácia (Silva, Ribeiro & Cardoso, 2006).

As pessoas também procuram explicações para compreender porque estão doentes e entender as doenças e perguntam muitas vezes "Porquê eu?" Como não encontram respostas, eles experimentam estratégias diferentes para continuar a existir "…sentir-me bem (...) e recuperar a saúde." (P12).

A *Continuidade Existencial* reflete os esforços das pessoas que vivem com doenças crónicas para se acomodar ao corpo doente e reinvestir na vida. Para elas o sofrimento não significa aceitação passiva ou resignação implica ação frente às adversidades da doença crónica (Longneaux, 2007).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.637-644

Os participantes referem que querem viver mais tempo para estarem com a família, porque encontram nela a segurança que os ajuda na solução de todos os problemas e dificuldades. Estes têm necessidade de sentir e manter as relações interpessoais. A família tem um papel importante ao proporcionar motivação e apoio que podem influenciar positivamente a vivencia da doença "… a minha família dá-me muito apoio (…) é muito importante." (P6).

4. Conclusões

Dado o caracter fenomenológico do estudo analisámos o fenómeno da experiência da doença crónica na perspetiva de pessoas com osteoartrite e esta investigação poderá ser o início para a compreensão do fenómeno em pessoas tão especiais como as que tem como diagnóstico - OA.

A partir da questão de investigação: Qual(is) a(s) experiência(s) das pessoas que vivem com uma doença crónica como a OA? Procurámos dar respostas aos objetivos traçados.

A pessoa com osteoartrite experiência a doença como uma dialética em que tenta viver em constante dinâmica entre a saúde e a doença. Relativamente a Eu como ser humano, apesar da perceção negativa da saúde esta é valorizada, como um bem importante, que têm vindo a perder. Referem a adaptação como um desafio para alcançar o equilíbrio e algum bem-estar relativamente à doença que é cronica e irreversível.

A perceção que têm da dor causada pela doença, é que esta é de grande complexidade sendo difícil viver com ela, despertando sentimentos de desânimo, tristeza, estando fortemente associada ao sofrimento. Referem que as consequências da doença e da dor têm também impacto a nível do corpo que lhes altera a aparência e funcionamento, responsável pela sua fragilidade. Salientam que vivem com alguma adaptação e aludem à importância da esperança para se sentirem bem e viverem melhor. Consideram que toda esta experiência de adaptação é importante para superarem as adversidades e viverem em harmonia sendo a família fundamental em todo este processo.

Concluindo, a vivência da saúde e da doença não é apenas uma nova forma de estar /viver no quotidiano das pessoas com OA, mas também uma nova forma de aceitação e renovação. Esta reconciliação das fronteiras entre saúde e doença, onde as pessoas não se sentem nem saudáveis nem doentes, é superada pela esperança no futuro (Ricoeur, 2004) e abre a porta à renovação de continuar a existir.

Como enfermeiras e docentes, consideramos que a pertinência deste estudo reside na compreensão da experiência da saúde(*wellness)* e da doença, (*illness)* tendo em conta os aspetos indissociáveis destas que coexistem na experiência da pessoa com doença crónica. A compreensão desta experiência permite desenvolver novo conhecimento e oferecer contributos para a intervenção que permitem aos enfermeiros tomar decisões individualizadas e também uma maior adequação às necessidades das pessoas com este tipo de doença, em qualquer dos contextos em que estas se encontrem.

A complexidade de ser pessoa prossupõe um olhar especial e particular dos enfermeiros sobre a sua individualidade e singularidade – para além dos problemas relacionados com a doença – tendo em consideração que a gestão da mesma só é possível se os enfermeiros se centrarem na pessoa e não na doença (Hesbeen, 2001).

5. Referências

Baker, J. (1998). *Examining the informational value ofstore environments, servicescapes: the concept ofplace in contemporary markets*. In: SHERRY JR., J. F. (Ed.).Servicescapes : the concept of place in contemporary markets. Chicago : NTC Business Books.

Bruce, E. & Schultz, C. (2001) *Nonfinite Loss and Grief. A Psychoeducational Approach.* Baltimore: Paul H. Brookes.

Cara, C. (2007). *La méthode phénoménologique : présentation dans le cours SOI 6103*. Document inédit, Université de Montréal.

Charmaz, K. (1997). *Bad Days and Good Days: The Self in Chronic Illness and Time.* New Jersey: Rutgers University Press, p. 49-56.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.637-644

Corbin, J. (2003).The Body in Health and Illness. *Qualitative Health Research.*13, p. 258.

Creswell, J. (1998). *Qualitative inquiry and researchdesign: choosing among five traditions*. Thousand Oaks : Sage Publications.

Foxall, G. (1995). Science and interpretation in consumer research: a radical behaviourist perspective. *European Journal of Marketing*, v. 29, n. 9.

Frank, A. (2001). Can We Research Suffering?. *Qualitative Health Research,* n. 11, p. 354-355.

Goulding, C. (1999). Consumer research, interpretative paradigms and methodological ambiguities. *European Journal of Marketing*, v. 33, n. 9/10, Sept./Oct.

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Lisboa: Lusociência.

Hochberg, M., Silman, A., Smolen, J., Weinblatt, M. & Weisman, M.(2014). Rheumatology. 3th ed. New York: Mosby Watson, J. (2008). *Nursing : The philosophy and science of caring* (Éd. Rév.). Boulder, Colo.: University Press of Colorado.

Jackson, M. (1996). *Things as they are: new directions inphenomenological anthropology*. Bloomington :Indiana University Press, 1996.

Kerlinger, F. & Lee,B. (2000). *Foundations of behavioral research* , 4th ed. Orlando : Harcourt College Publishers, 2000.

Larsen, P. (2006). Chronicity. In: I. M. Lubkin, & P. D. Larsen (Eds.), *Chronic illness. Impact and interventions* (6e éd.), (pp. 3-22). Toronto: Jones and Bartlett.

Lipiansky, E. (2002). Le Soi entre Cognitivisme et Phénoménologie. *Recherche et Formation,* 41.

Longneaux, J. (2007). La Souffrance comme Exemple d'une Phénoménologie de la Subjectivité. *Collection du Cirp,* 2. 69.

Morente, M. (1980). *Fundamentos de filosofia*. 8. ed.São Paulo : Mestre Jou.

Morse, J. (2007). Strategies of intraproject sampling. In: P. L. Munhall, *Nursing research. A qualitative perspective* (4e éd.) (pp.529-539). Toronto: Jones et Bartlett.

Munhall, P. (2007). A phenomenological method. In: P. L. Munhall, *Nursing research : A qualitative perspective* (4e éd.) (pp. 145-210). Toronto: Jones et Bartlett.

Paillé, P. & Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (2e éd.). Paris: Armand Colin.

Porée, J. (2011). Souffrance et Temps', accessed August 12, 2019, http://www.lycee-chateaubriand.fr/cru-atala/publications/poree/htm.

Queirós, M. (2002). *Reumatologia: clinica e terapêutica das doençaes reumaticas.* (2ª ed. Vol 2Lisboa: Lidel.

Ray, M. (1994). The richness of phenomenology: philosophic, theoretic and methodologic concerns. In: Morse, J. (Ed.) *Critical issues in qualitative research methods* . London : Sage Publications, 1994.

Rehnsfeldt, A. & Eriksson, K. (2004). The Progression of Suffering Implies Alleviated Suffering', *Scandinavian Journal of Caring Sciences.* 18, p. 265.

Remenyi, D., Williams, B., Money, A., Swartz, E. (1998). *Doing research in business and management : an introduction to process and method*. London : Sage Publications.

Ricoeur, P. (2004). *Le Mal: Un Défi à la Philosophie et à la Théologie.* Genève: Laboret Fides.

Sá, C. (2009). Cuidados de Enfermagem à pessoa com problremas articulares degenerativos. In cruz, A.; Conceiçao, V.; Oliveira, L. *Enfermagem em Ortotraumatologia*. 2ªed. Coimbra Formasau P.278-294.

Sá, C. (2016). Perceções da condição de saúde, da autonomia e do autocuidado entre pessoas com doença reumática. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.637-644

Savoie-Zacj, L. (2000). La recherche qualitative/interprétative en éducation. In: T. Karsenti, & L. Savoie-Zajc (Eds.), *Introduction à la recherche en éducation* (pp. 171-198). Université de Sherbrooke: Éditions du CRP.

Sherry Jr., J. (1998). Understanding markets as places: an introduction to servicescapes In: Sherry Jr., J. (Ed.) *Servicescapes : the concept of place in contemporary markets*. Chicago : NTC Business Books.

Silva, I., Ribeiro, J., Cardoso, H. (2006). A Abordagem do empowerment na doença crónica. In *I. Leal Perspectivas em Psicologia da Saúde*. Coimbra. Quarteto Editora. P.187-201.

Van Manen, M. (1997). *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy* (2e éd.). London, Ontario: Althouse.

Van Manen, M. (2002). *Phenomenology online.* Récupéré le 6 juillet 2005 de http://www.phenomenologyonline.com.

Vergara, S. (1989). Teoria prática educacional – datécnica à ética. *Revista Fórum Educacional*, v. 13, n. 3, jun./ago.

Watson, J. (1999). *Post Modern Nursing and Beyond.* Toronto: Churchill Livingstone, p.110-111.

Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring* (Éd. Rév.). Boulder, Colo.: University Press of Colorado.

Watson, J. (2002). Enfermagem: ciencia humana e cuidar uma teoria de enfermagem. Loures: Luso-Ciencia

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.637-644

A experiência de adaptação de mães de crianças e adolescentes com paralisia cerebral: Um estudo qualitativo

Inês Mimoso[1], Luciana Sotero[2], Ana Isabel Cunha[3] e Juliana Queiroz[4]

[1] Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Portugal | inesmimoso400@gmail.com | http://orcid.org/0000-0002-6066-1375

[2] Centro de Estudos Sociais, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Portugal | lucianasotero@fpce.uc.pt | https://orcid.org/0000-0001-8393-2775

[3] Departamento de Psicologia e Educação, Universidade da Beira Interior, Portugal | acunha@ubi.pt | http://orcid.org/0000-0002-0515-707X

[4] Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade do Estado do Pará, Brasil | comportamentomotor@hotmail.com | https://orcid.org/0000-0003-1931-933X

Resumo: Introdução: A paralisia cerebral (PC) é uma das condições crónicas pediátricas mais comuns, impondo múltiplos desafios à vida das famílias, em particular, às mães, que assumem a maior parte dos cuidados da criança. No entanto, apesar das exigências associadas ao cuidado de uma criança com PC, a literatura tem demonstrado que os pais também possuem capacidades para enfrentar a adversidade. **Objetivos:** Compreender a experiência destas mães, explorando os fatores que, na sua perceção, contribuem para uma adaptação positiva. **Métodos:** Foi realizado um estudo qualitativo, com recurso a entrevistas semiestruturadas a 6 mães de crianças/adolescentes com PC. Os dados foram analisados recorrendo a uma análise temática. **Resultados:** Identificaram-se cinco grandes temas que evidenciam fatores importantes para a adaptação: (1) cooperação intrafamiliar; (2) rede de apoio; (3) perceção de competência; (4) pôr a PC "no seu lugar"; e (5) manutenção de uma visão positiva. **Conclusões:** A identificação destes temas permitiu evidenciar as forças e os recursos associados a uma trajetória adaptativa de mães de crianças/adolescentes com PC, traduzindo-se em pistas para a intervenção clínica e um ponto de partida para futuras investigações.

Palavras-chave: Paralisia Cerebral; Mães; Adaptação; Análise Temática.

The Adaptation Experience of Mothers of Children and Adolescents with Cerebral Palsy: A Qualitative Study

Abstract: Introduction: Cerebral palsy (CP) is one of the most common chronic pediatric conditions worldwide, raising multiple challenges on the family, particularly, on mothers, who assume most of the care that the child needs. Nevertheless, despite the demands associated with the care of the child, the literature has been showing that parents also have the competence to face adversity. **Goals:** Understand the experience of these mothers, exploring the factors that, in their perception, contribute to a positive adaptation. **Methods:** A qualitative study was conducted, using semi-structured interviews, with six mothers of children/adolescents with CP. The present data were analysed using a thematic analysis. **Results:** Five major themes were identified that highlight important factors for the adaptation: (1) intrafamily cooperation; (2) support network; (3) perception of competence; (4) put the PC "in its place"; e (5) maintenance of a positive outlook. **Conclusions:** The identification of these themes allows us to highlight the strengths and resources associated with an adaptive trajectory of mothers of children/adolescents with CP, translating into clues for clinical intervention and a starting point for future investigations.

Keywords: Cerebral Palsy; Mothers; Adaptation; Thematic Analysis.

1. Introdução

A paralisia cerebral (PC) é uma condição neurodesenvolvimental, com início na primeira infância e que persiste ao longo da vida (Pousada et al., 2013), sendo considerada uma das condições crónicas pediátricas mais comuns (Eunson, 2016). Por ser uma condição complexa e multifatorial, as crianças/adolescentes com PC requerem cuidados acrescidos, para além dos normativos típicos do seu desenvolvimento (Raina et al., 2005).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.645-653

Surge, assim, um novo papel no seio familiar – o de cuidador principal – ou seja, aquele que assegura a maior parte dos cuidados que a criança necessita (Santos et al., 2010), assistindo-se, muitas vezes, a uma sobreposição entre o papel parental e o de cuidador (Dixon-Wood et al., 2002). Segundo a literatura, as mães são, maioritariamente, quem assume o papel de cuidador principal (Macedo et al., 2015).

A PC constitui um stressor significativo para os pais (Cunha et al., 2017; Pousada et al., 2013), pelo que se torna fundamental compreender e identificar os fatores que contribuem para a sua adaptação. O modelo de resiliência familiar (Walsh, 2016) representa um importante contributo para compreender a adaptação face a acontecimentos persistentes de *stress*, reconhecendo que processos familiares, ao nível do sistema de crenças, dos padrões organizacionais e dos processos de comunicação, são promotores de uma adaptação positiva. Vários estudos reportam diversos fatores que contribuem para o processo de adaptação dos pais a uma condição crónica num(a) filho(a), nomeadamente, as redes de apoio do sistema (Gomes et al., 2019; Santos et al., 2019), a perceção de competência e autoestima dos pais (Guillamón et al., 2013), a importância de manter uma atitude positiva face à adversidade e o apoio espiritual (Santos et al., 2019).

No contexto português, a revisão da literatura permitiu verificar a escassez de estudos, (sobretudo qualitativos), sobre a experiência de adaptação parental à PC. Assim, este estudo emerge do interesse em compreender a experiência de mães de crianças/adolescentes com PC, explorando os fatores que, na sua perceção, contribuem para uma adaptação positiva. Assim, foi formulada a seguinte questão de investigação: Como é que as mães descrevem o que foi e tem sido importante para lidar positivamente com a PC do(as) filho(as)?

2. Metodologia

2.1. Procedimentos

Este estudo insere-se num projeto de investigação transcultural sobre pais-cuidadores portugueses e brasileiros de crianças/adolescentes com PC. Os critérios de inclusão para a subamostra portuguesa foram: ser mãe/pai de uma criança/adolescente com PC (máximo 18 anos) e frequentar uma Associação de Paralisia Cerebral (APC). Integraram a investigação, numa fase quantitativa, 186 pais. Destes, seis foram selecionados aleatoriamente e convidados a participar neste estudo qualitativo.

Foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas, a partir de um guião elaborado pelas autoras, baseado num trabalho de investigação sobre adaptação familiar à doença crónica pediátrica (Cunha, 2011). Foi sugerido às participantes que imaginassem estar a contar uma história, num livro intitulado “A minha história como cuidadora de um(a) filho(a) com PC”, dividido em três capítulos: 1) o primeiro centrado no momento em que descobriu a PC do(a) filho(a); 2) o segundo baseado no que fez e tem feito para lidar com a PC, e 3) o terceiro focado em como se sente no momento atual. No âmbito do presente trabalho serão apresentados os dados relativos à perceção de adaptação das mães (capítulos 2 e 3). As entrevistas foram realizadas pela investigadora principal, entre fevereiro e março de 2020, gravadas em formato áudio e transcritas de forma integral, tendo, em média, a duração de 28 minutos. A investigadora tinha ao seu dispor uma sala reservada, cedida pela APC onde foi realizado o estudo.

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética e Deontologia da Investigação da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (parecer nº 1.811.549). Os participantes foram informados acerca dos objetivos do estudo e das questões éticas, tendo sido solicitado o consentimento informado por escrito.

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.645-653

2.2. Participantes

A amostra é constituída por seis mães. A informação sobre as participantes e filhos(as) encontra-se descrita na Tabela 1.

Tabela 1. Informação sobre as participantes.

Id.[1]	Idade	Situação Relacional	Escolaridade	Situação Profissional	Sexo do(a) filho(a)	Idade do(a) filho(a)	Severidade da PC[2]
I.	50	Casada	12º ano	Doméstica	M	17	V
M.	30	Casada	Licenciatura	Empregada	M	4	II
H.	43	Divorciada	Mestrado	Empregada	M	8	I
P.	49	Casada	9º ano	Empregada	M	17	I
C.	37	Casada	9º ano	Doméstica	M/M (gémeos)	6	I
R.	42	Recasada	6º ano	Doméstica	F	15	I

[1]As iniciais são fictícias, de forma a salvaguardar o anonimato das participantes.
[2]A severidade da PC foi avaliada segundo o *Gross Motor Function Classification System* (GMFCS), que caracteriza as incapacidades motoras. Divide-se em 5 níveis, variando desde a independência nos movimentos (nível I) à completa dependência do cuidador (nível V) (GMFCS; Palisano et al., 2008).

2.3. Análise dos Dados

Os dados foram analisados recorrendo a uma análise temática. Este método permite identificar, analisar e interpretar padrões repetidos de significado, a partir dos dados qualitativos recolhidos (Braun & Clarke, 2006). Seguindo os passos propostos pelos autores, a primeira etapa consistiu na familiarização com os dados, facilitada pelo processo de transcrição e leitura aprofundada das entrevistas. De seguida, procedeu-se à criação de códigos iniciais, produzindo-se um conjunto alargado de códigos, que resultou na necessidade de fusão de algumas categorias que, apesar de terem uma designação diferente, refletiam a mesma ideia (e.g., *apoio dos técnicos e apoio dos profissionais*). A criação dos códigos iniciais foi feita de forma independente por dois elementos da equipa de investigação. Procedeu-se, de seguida, à reorganização dos códigos, agrupando-os em categorias mais abrangentes (temas e subtemas provisórios). Nesta etapa, as categorias criadas dependeram da sua pertinência para o estudo, e não da sua frequência ao longo das entrevistas. Neste processo de reorganização, participaram todos os elementos da equipa de investigação, o que promoveu a discussão e o refinamento dos temas propostos. No final, procedeu-se, novamente, à revisão dos temas e leitura das entrevistas, de forma a verificar a coerência e pertinência quer dos temas, quer das transcrições que os ilustram. As designações provisórias de cada tema e subtema foram sendo apuradas, através de sucessivas reuniões entre os elementos da equipa.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.645-653

3. Resultados

Da análise efetuada emergiram cinco temas e onze subtemas que procuram refletir a experiência de adaptação das mães (Figura 1).



Fig. 1. Mapa temático relativo à adaptação das mães.

O tema da "**Colaboração intrafamiliar**" foi recorrente ao longo das entrevistas, refletindo a forma como as participantes percecionam a importância do suporte mútuo na família nuclear, nomeadamente no sistema parental, e enfatizam a ajuda da própria criança no processo de adaptação. De facto, apesar das dificuldades, a forte ligação entre os membros do casal em torno de um "projeto comum" emerge como uma força para lidar com a PC:

> *"Enquanto casal tivemos um período difícil, nunca esteve em causa não nos entendermos e não seguirmos isto como um projeto comum, sempre foi um projeto comum dos dois"* (M.|filho|4A).

Outra mãe referiu que, apesar de estar divorciada do pai do filho, a prioridade sempre foi o bem-estar e as necessidades da criança, evidenciando o esforço parental nesse sentido:

> *"Eu e o pai, neste momento estamos separados, na altura estávamos juntos, mas não interessa, é a mesma coisa. Eu e o pai sempre fomos pessoas preocupadas e pronto, interventivas"* (H.|filho|8A).

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.645-653

Foram também mencionados aspetos relacionados com a criança que facilitaram o processo de adaptação, nomeadamente, a força que os(as) filhos(as) transmitem:

> *"Mas também já dei com ele a treinar em frente ao espelho, a correr igual aos jogadores de futebol, (…) acho que eles às vezes também são uma grande força da natureza e de facto o B. ensinou-me isso (...) a condição dele é um handicap, mas ele não desiste e, portanto, se ele não desiste nós também não vamos desistir."* (M.|filho|4A).

O tema "**Rede de apoio**" demonstra como o apoio da família alargada, dos profissionais de saúde e da instituição de apoio constitui um recurso importante para as mães. Quanto ao apoio da família, os avós e/ou os padrinhos foram referidos como "pilares" importantes para lidar com as exigências da condição, nomeadamente, em termos materiais e emocionais:

> *"Nós temos a sorte, o B. tem a sorte de ter uns avós muito presentes, a vários níveis, presentes em tempo, para o trazer, presentes financeiramente que nos apoiam nalgumas coisas, e isto faz a diferença, faz com que nós continuemos a ter alguma qualidade de vida"* (M.|filho|4A).

> *"Realmente os meus pais são dois pilares (…) é o meu pilar e é o pilar do meu C., é fantástico, são mil, o máximo. São fantásticos, fabulosos. Depois tenho também a minha madrinha, o meu padrinho que são como meus segundos pais, que também têm uma ligação ao J. enorme. (…) foram e são, realmente uns pilares muito grandes"* (H.|filho|8A).

Apesar da relação entre as mães e os profissionais de saúde nem sempre ser vista como positiva, o apoio das equipas de saúde foi apontado como um contributo importante no processo de adaptação de algumas mães:

> *"Fomos super bem acolhidos no pediátrico, quando o C. ficou lá internado (…) tivemos a terapeuta no Hospital Pediátrico, que foi assim uma estrelinha fantástica, que fez com que ele, até lá estar, até um ano e meio dois anos, fez o percurso que tinha que fazer como uma criança quase normal"* (H.|filho|8A).

Relativamente ao suporte dos profissionais da APC, destaca-se o apoio informativo, pela oportunidade de conhecer melhor a condição, mas também o apoio técnico e prático:

> *"A mim o que me tem ajudado mais são as terapias, as terapeutas (…) Têm dicas para o ajudar, tem a terapia da fala, como ele não fala, para o ajudar a comunicar, portanto sinto mais as terapeutas que me têm ajudado a saber lidar com a paralisia, a maneira mais fácil, tanto para mim como para ele"* (P.|filho|17A).

O tema "**Perceção de competência**" emerge das descrições das mães sobre a forma como percecionam estar a lidar com êxito com a PC. Esta perceção de competência é evidenciada pela mobilização ativa na reabilitação do(a) filho(a) e na procura de estratégias que potenciem o seu desenvolvimento. O envolvimento das mães é evidente na forma como fazem tudo o que está ao seu alcance para que o(a) filho(a) se desenvolva:

> *"Mas nós agora vamos tentando tudo, que esta idade chave seja a de maior exploração para que eles consigam abrir um bocadinho mais os campos deles, depois chega a um ponto que já não se desenvolve mais, fica assim mas, até lá, que se consiga o máximo que se conseguir"* (C.|filhos|6A).

> *"Depois acho que me foquei em trabalhar, em poder dar-lhe o melhor em termos da qualidade de vida que ele poderia ter e em termos dos acessos a cuidados de saúde e a mecanismos e a meios, fosse o que fosse. (…). Quero muito ajudá-lo, quero muito que ele tenha… não lhe vou dizer que não, se eu puder lutar para que ele cada vez arraste menos a perna* (M.|filho|4A).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.645-653

Por outro lado, a identificação de sinais de evolução dos(as) filhos(as) é também uma força importante para estas mães, contribuindo para a sua confiança na perceção de competência:

> *"Mas, felizmente, no meu caso tem sido um desafio que tem valido a pena, e uma luta que tem valido a pena. (…).. O meu filho, neste momento escreve. Não tem uma letra tão bonita, não, não tem, mas escreve… e isso para mim é muito gratificante, muito"* (H.|filho|8A).

O tema "**Pôr a PC 'no seu lugar'**" reflete a forma como as mães (re)definem o papel que a PC ocupa na vida familiar. Emerge das descrições sobre como procuram evitar centralizar a sua vida em torno da PC e a forma como procuram normalizar a condição. Apesar da PC ser uma condição que comporta muitas exigências no dia-a-dia, as mães também demonstram a necessidade de procurar um equilíbrio, evitando centrar as suas vidas em torno dela:

> *"Ele tem esta particularidade de precisar de ter estas atenções em algumas coisas, mas isto também não vai ser o foco da nossa família. Já percebemos que se fizermos isso, também descuramos tudo o resto e descuramos daquilo que é o equilíbrio dele que é a família. Ele vai ter a intervenção que nos pudermos pagar, que for prioritária e que não ponha em causa o bem-estar da irmã, também temos isto muito presente. (…). "Estamos a começar a perceber que a família é um todo, não é só o B. não é, e acho que já conseguimos, já atingimos essa maturidade"* (M.|filho|4A).

A importância de normalizar o desenvolvimento da criança, apesar das suas limitações, foi também evidente. Assim, uma mãe relata que a severidade ligeira da condição do filho favorece a noção de normalidade:

> *"O C. é um menino aparentemente normal, ele tem alguma dificuldade na motricidade fina e na fala. É as lacunas do C., ele em termos cognitivos é um menino normal, e até acima da média. Ele está no segundo ano, tem sido uma criança de muito bons, pronto, até agora"* (H.|filho|17A).

A comparação com outras crianças com PC e a valorização do desenvolvimento normal da criança surgem também como uma estratégia de normalização:

> *"É uma carga de trabalho (risos), porque tenho de explicar à minha filha que tem limitações e dificuldades, mas que há outras crianças iguais a ela, ou piores que ela, e que também não desistem"* (C.|filha|15A).

> *"Eu vou levá-lo, depois espero um bocadinho, vou dando uma volta e vou buscá-lo, para ele poder namorar como os meninos de 16 anos e 17 anos"* (I.|filho|17A).

Por fim, o tema "**Visão positiva**" ilustra a importância de as mães manterem esperança no futuro, bem como a oportunidade de crescimento e mudanças positivas que advém da experiência de cuidar de uma criança/adolescente com PC. Várias mães manifestaram um olhar positivo para o futuro, com esperança na independência e funcionalidade da criança, e na capacidade de ultrapassar as adversidades, apesar das suas limitações:

> *"Tem de haver sempre esperança e um sentido na vida em dizer assim 'um dia, a minha filha vai tirar a carta, ter carro, ter a própria vida dela e eu vou-me sentir… feliz'"* (R.|filha|15A).

> *"Eu sei que o C. vai ter sempre complicações, eu sei, mas ele vai, eu acredito que, com a capacidade dele, ele vai conseguir contornar essas situações. Melhor, pior, mas vai conseguir contorná-las, portanto é o que eu espero do futuro"* (H.|filho|8A).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.645-653

Foi também evidenciada a perceção de crescimento e mudanças individuais como resultado da experiência de cuidar de um(a) filho(a) com PC:

> "*Acho que me sinto mais desenrascada, a tentar resolver os problemas e tudo eu era mais… fechada do que ainda sou hoje, se eu pudesse fugir de tudo, fugia… e eu hoje não fujo das coisas"* (I.|filho|17A).
>
> *"A mim tornou-me de certeza uma pessoa mais madura, e penso que melhor porque nós na vida achamos que controlamos tudo e o B. veio me ensinar que não controlamos nada"* (M.|filho|4A).

4. Discussão

Este estudo teve como objetivo compreender a experiência de mães de crianças/adolescentes com PC, explorando os fatores que, na sua perceção, contribuem para uma adaptação positiva. A análise das histórias contadas por estas mães permitiu criar um mapa temático que colocou em destaque cinco temas (e respetivos subtemas), que demonstram a importância atribuída à cooperação intrafamiliar, ao papel da rede de apoio, à perceção de competência, à noção de pôr a PC "no seu lugar" e à manutenção de uma visão positiva.

Um dos temas centrais refere-se à importância da cooperação intrafamiliar no processo de adaptação à condição do(a) filho(a). Com efeito, um sentimento de coesão familiar é frequentemente reportado pelas famílias como um fator protetor perante um evento de *stress* significativo (Patterson, 2002). Neste estudo, destaca-se a colaboração e união do par parental para lidar com a PC, ilustrados pela noção de que o(a) filho(a) é um "projeto comum". Resultados semelhantes foram encontrados por Pelchat et al. (2009) e por Cunha (2011) que evidenciam que, perante uma condição crónica pediátrica, apesar de alguns pais percecionarem o evento como uma fonte de tensão, também emergem mais fortes e unidos. A força que os(as) filhos(as) transmitem às mães também foi identificada como um fator importante para lidar com a PC e, tanto quanto foi possível apurar, emerge como um dado relevante na literatura sobre o processo de adaptação materno à condição.

Relativamente à rede de apoio, as mães também evidenciaram a importância da família alargada. De facto, estudos indicam que o apoio de outros familiares nos cuidados diários à criança (e.g. gestão dos tratamentos) permite diminuir a sobrecarga do cuidador (Reid et al., 2011; Santos et al., 2019), representando fontes de suporte estáveis e de confiança (Gomes et al., 2019). O apoio dos profissionais de saúde foi, também, um recurso muito valorizado, corroborando os resultados do estudo de Reid et al. (2011), que refere que a experiência dos pais é positivamente influenciada pelos profissionais que acompanham a criança. Assim, estes profissionais são considerados uma figura de referência para a família (Santos et al., 2019), devido à prestação de serviços e informações fornecidas, que contribuem para o conhecimento da condição (Reid et al., 2011), bem como pela perceção de acolhimento e vínculo de proximidade (Santos et al., 2019). É interessante notar que, neste estudo, algumas mães que relatam menos apoio familiar, parecem evidenciar maior perceção de apoio por parte dos profissionais de saúde e da APC.

Rolland e Walsh (2006) postulam que, face a uma condição crónica de saúde, a crença de perceção de controlo e competência é também um fator promotor de resiliência. Neste estudo, esta perceção de competência foi particularmente evidenciada pelo destaque de uma atitude proativa dos pais na mobilização para a reabilitação do(a) filho(a), e pela identificação de progressos no seu desenvolvimento. De forma semelhante, Ketelaar et al. (2008) destacam a perceção de competência como importante para os pais de crianças com PC, associado a um maior controlo da adversidade. Por sua vez, Walsh (2016) refere que a resiliência familiar é fortalecida pela experiência e aceitação da passagem do tempo, bem como pelas mudanças que vão surgindo através dos desafios e adversidades. Neste sentido, algumas mães também relatam a perceção de crescimento e mudanças individuais, ilustrando o processo de adaptação à medida que a criança cresce.

CC BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.645-653

Outro fator importante para a adaptação de algumas mães foi evitar centralizar a sua vida em torno da PC e, assim, "pôr a doença no seu lugar" (González et al., 1989). A tentativa de normalizar a PC, valorizando o desenvolvimento normal da criança e desenvolvendo esforços para que esta não se sinta diferente, emerge no âmbito deste tema, indo ao encontro dos estudos de Cunha (2011) e Rehm & Bradley (2005). Estes autores apontam também o foco no dia-a-dia, a comparação com outras situações e a minimização do impacto da doença na vida familiar como estratégias para relativizar a condição de saúde do(a) filho(a).

Por fim, a manutenção de uma visão positiva e de esperança no futuro, sobretudo no que refere à independência e funcionalidade da criança, foi também identificado como um tema relevante. Estes resultados são consistentes com os processos chave de resiliência familiares propostos por Walsh (2016), ao enfatizar que a esperança e o otimismo promovem a capacidade da família para enfrentar e recuperar de situações adversas.

5. Conclusão

Este estudo apresenta algumas limitações, como o facto de incluir apenas mães. Assim, seria importante que, em estudos futuros, pais do sexo masculino estejam representados, por forma a aprofundar, também, as experiências paternas. Acresce que o reduzido número de participantes no estudo não permitiu que a saturação teórica dos dados fosse atingida. Futuramente, poderá ser interessante estudar amostras mais diversificadas, na qual se encontrem representadas diferentes características, quer dos pais, quer das crianças, bem como estender a unidade de análise a outros elementos do sistema familiar, para melhor compreender a sua experiência no processo de adaptação à PC. Seria ainda importante estudar a articulação entre os desafios (impacto) e a experiência de adaptação destas famílias,

Não obstante estas limitações, os resultados permitem evidenciar que, apesar dos desafios inerentes à PC, as mães conseguem mobilizar recursos e ativar forças ao longo da sua experiência. Assim, a avaliação e a intervenção com estas famílias devem procurar expandir as suas competências e recursos, de modo a promover a resiliência familiar e a fortalecer os laços relacionais entre os membros da família.

6. Referências

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, *3*, 77–101. https://doi.org/10.1057/978-1-137-35913-1.

Cunha, A. I. (2011). *Histórias e trajetórias de adaptação e resiliência familiar na doença crónica pediátrica* (Tese de Doutoramento). Retirado do repositório científico da Universidade de Coimbra (http://hdl.handle.net/10316/20310).

Cunha, K. da C., Ramos, M. F. H., Silva, S. S. da C., & Pontes, F. A. R. (2017). Estresse parental e paralisia cerebral. *Psicologia, Saúde e Doenças*, *18*(1), 433–450. http://doi.org/10.15309/17psd180212.

Dixon-Wood, M., Young, B., & Heney, D. (2002). Childhood cancer and users' views: A critical perspective. *European Journal of Cancer Care*, *11*, 173–177. https://doi.org/10.1046/j.1365-2354.2002.00335.x.

Eunson, P. (2016). Aetiology and epidemiology of cerebral palsy. *Paediatrics and Child Health (United Kingdom)*, *26*(9), 367–372. https://doi.org/10.1016/j.paed.2016.04.011.

Gomes, G. C., Jung, B. C. de, Nobre, C. M. G., Norberg, P. K. de O., Hirsch, C. D., & Dresch, F. D. (2019). Rede de apoio social da família para o cuidado da criança com paralisia cerebral. *Revista Enfermagem UERJ*, *27*, e40274. http://doi.org/10.12957/reuerj.2019.40274.

González, S., Steinglass, P., & Reiss, D. (1989). Putting the illness in its place: Discussion groups for families with chronic medical illnesses. *Family Process*, *28*(1), 69–87. https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1989.00069.x.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.645-653

Guillamón, N., Nieto, R., Pousada, M., Redolar, D., Muñoz, E., Hernández, E., … Gómez-Zúñiga, B. (2013). Quality of life and mental health among parents of children with cerebral palsy: The influence of self-efficacy and coping strategies. *Journal of Clinical Nursing*, *22*(11–12), 1579–1590. https://doi.org/10.1111/jocn.12124.

Ketelaar, M., Volman, M. J. M., Gorter, J. W., & Vermeer, A. (2008). Stress in parents of children with cerebral palsy: What sources of stress are we talking about? *Child: Care, Health and Development*, *34*(6), 825–829. https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2008.00876.x.

Macedo, E. C., Da Silva, L. R., Paiva, M. S., & Ramos, M. N. P. (2015). Sobrecarga e qualidade de vida de mães de crianças e adolescentes com doença crônica: Revisão integrativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *23*(4), 769–777. https://doi.org/10.1590/0104-1169.0196.2613.

Palisano, R., Rosenbaum, P., Bartlett, D., & Livingston, M. (2008). Content validity of the expanded and revised Gross Motor Function Classification System. *Developmental Medicine & Child Neurology*, *50*(10), 744-750. http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-8749.2008.03089.x.

Patterson, J. M. (2002). Understanding family resilience. *Journal of Clinical Psychology*, *58*(3), 233–246. https://doi.org/10.1002/jclp.10019.

Pelchat, D., Levert, M. J., & Bourgeois-Guérin, V. (2009). How do mothers and fathers who have a child with a disability describe their adaptation/transformation process? *Journal of Child Health Care*, *13*(3), 239–259. https://doi.org/10.1177/1367493509336684.

Pousada, M., Guillamón, N., Hernández-Encuentra, E., Muñoz, E., Redolar, D., Boixadós, M., & Gómez-Zúñiga, B. (2013). Impact of caring for a child with cerebral palsy on the quality of life of parents: A Systematic Review of the Literature. In *Journal of Developmental and Physical Disabilities* (Vol. 25). https://doi.org/10.1007/s10882-013- 9332-6.

Raina, P., Rosenbaum, P., Brehaut, J., Walter, S. D., Russell, D., Swinton, M., … Wood, E. (2005). The health and well-being of caregivers of children with cerebral palsy. *Pediatrics*, *115*(6), 626–635. https://doi.org/10.1542/peds.2004-1689.

Rehm, R. S., & Bradley, J. F. (2005). Normalization in families raising a child who is medically fragile/technology dependent and developmentally delayed. *Qualitative Health Research*, *15*(6), 807–820. https://doi.org/10.1177/1049732305276754.

Reid, A., Imrie, H., Brouwer, E., Clutton, S., Evans, J., Russell, D., & Bartlett, D. (2011). "If i knew then what i know now": Parents' reflections on raising a child with cerebral palsy. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, *31*(2), 169–183. https://doi.org/10.3109/01942638.2010.540311.

Rolland, J. S., & Walsh, F. (2006). Facilitating family resilience with childhood illness and disability. *Current Opinion in Pediatrics, 18*(5), 527-538. https://doi.org/10.1097/01.mop.0000245354.83454.68.

Santos, A. A. de S., Oliveira, C. C. da C., Vargas, M. M., & Macedo, I. D. A. B. (2010). Avaliação da sobrecarga dos cuidadores de crianças com paralisia cerebral. *Ciência, Cuidado e Saúde*, *9*(3). 503-509. https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v9i3.9405.

Santos, B. A., Milbrath, V. M., Freitag, V. L., Gabatz, R. I. B., & Vaz, J. C. (2019). Rede de apoio social à família da criança com paralisia cerebral. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, *11*(5), 1300–1306. https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1300-1306.

Santos, B. A., Milbrath, V. M., Freitag, V. L., Nunes, N. J. da S., Gabatz, R. I. B., & Silva, M. S. da. (2019). The impact of cerebral palsy diagnosis from the perspective of the camily. *Reme Revista Mineira de Enfermagem*, *23*. https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190035.

Walsh, F. (2016). Family resilience: A developmental systems framework. *European Journal of Developmental Psychology*, *13*(3), 313–324. https://doi.org/10.1080/17405629.2016.1154035.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.645-653

Capacidades reprodutivas de mulheres com malformação congênita do aparelho reprodutor: Uma leitura difrativa à luz do realismo agencial de Karen Barad

Caynnã de Camargo Santos[1] e Virgínia Ferreira[2]

[1] Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Portugal | caynnacs@gmail.com | https://orcid.org/0000-0003-4069-1363

[2] Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Portugal | virginia@fe.uc.pt | https://orcid.org/0000-0003-3838-054X

Resumo: Introdução: Esforços investigativos advindos da biomedicina e da sociologia têm proposto análises sobre a infertilidade feminina cujas insuficiências contribuem para a perpetuação de compreensões essencialistas acerca dos corpos e de suas propriedades. **Objetivos:** O estudo pretende evidenciar como a modalidade de neomaterialismo proposta pela física e feminista norte-americana Karen Barad, nomeada de realismo agencial, e o método analítico de leitura difrativa sistematizado pela autora permitem-nos edificar compreensões alternativas acerca da infertilidade feminina, apontando caminhos para a superação das insuficiências que se fazem presentes tanto em visadas biomédicas quanto sociológicas sobre o tema. **Métodos:** A presente pesquisa mobiliza uma abordagem metodológica qualitativa do tipo estudo de casos múltiplos, recorrendo a entrevistas semiestruturadas junto a três mulheres diagnosticadas como inférteis devido à Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH). O procedimento analítico conduzido é a leitura difrativa, mediante a qual lemos as vivências das participantes através de alguns dos posicionamentos ontológicos depreendidos por Karen Barad das teorizações de Niels Bohr sobre mecânica quântica**. Resultados**: Da leitura difrativa das vivências das três participantes da pesquisa à luz das teorizações baradianas emerge um entendimento acerca das capacidades reprodutivas de mulheres com MRKH que identifica tais atributos enquanto *phenomena* sociomateriais ontologicamente relacionais e em constante transformação, cuja complexidade tecnológica, política, econômica e social torna insustentável qualquer tipo de essencialismo biológico. **Conclusões:** O realismo agencial de Barad e seu método de leitura difrativa nos convidam a resistir à tentação de atribuir aos corpos características e capacidades constantes, universais e independentes dos contextos e aparatos material-discursivos que as produzem, figurando enquanto promissoras ferramentas teóricas e metodológicas para esforços investigativos qualitativos que, partindo das ciências sociais, se debruçam sobre as temáticas da saúde reprodutiva, do corpo e de suas propriedades.

Palavras-chave: Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser; Infertilidade; Análise Qualitativa de Dados; Ontologia; Leitura Difrativa.

Reproductive Capabilities of Women with Congenital Malformation of the Reproductive System: A Diffractive Reading through Karen Barad's Agential Realism.

Abstract: Introduction: Biomedical and sociological investigative efforts have proposed analysis on female infertility whose limitations have contributed to the perpetuation of essentialist understandings about bodies and their properties. **Goals:** The study aims to show how the modality of new materialism proposed by the North American physicist and feminist Karen Barad, named agential realism, and the analytical method of diffractive reading systematized by the author allow us to build alternative understandings about female infertility, pointing out ways to overcome the shortcomings that are present both in biomedical and sociological approaches on the subject. **Methods:** The research mobilizes a qualitative methodological approach of multiple case study, using semi-structured interviews with three women diagnosed as infertile due to Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Syndrome (MRKH). We conduct the analytical procedure of diffractive reading, in order to read the experiences of the participants through some of the ontological positions derived by Karen Barad from Niels Bohr's theorizations about quantum mechanics. **Results:** From the diffractive reading of the experiences of the three participants through the light of the Baradian theoretical propositions, an alternative understanding of the reproductive capabilities of women with MRKH emerges, which identifies these bodily attributes as ontologically relational and constantly changing socio-material phenomena, whose technological, political, economic, and social complexity makes any kind of biological essentialism unsustainable. **Conclusions:** Barad's agential realism and her method of diffractive reading invite us to resist the temptation to attribute to bodies characteristics and capabilities that are constant, universal, and independent from the material-discursive contexts and apparatuses that produce them, appearing as promising theoretical and methodological tools for qualitative investigative efforts that, starting from the social sciences, focus on the topics of reproductive health, the body, and its properties.

Keywords: Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Syndrome; Infertility; Qualitative Data Analysis; Ontology; Diffractive Reading.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.654-662

1. Introdução

As ciências humanas e sociais têm observado no decorrer dos últimos anos a emergência de um renovado interesse teórico nas dimensões tangíveis dos corpos humanos e não-humanos (Mukerji, 2015). Em meio ao conjunto de autoras/autores vinculadas/os a tal "virada material" em curso em campos como a sociologia e a antropologia – também referenciadas/os como as/os "neomaterialistas" –, destaca-se a física e feminista norte-americana Karen Barad. Descrita como "uma das mais influentes e importantes representantes do materialismo contemporâneo" (Lemke, 2014, p. 5), Barad edifica sua modalidade particular de neomaterialismo, nomeada de "realismo agencial", a partir da combinação de teorizações pós-estruturalistas e o quadro epistemológico desenvolvido pelo físico dinamarquês Niels Bohr. O realismo agencial de Karen Barad tem como algumas de suas características fundamentais o questionamento de separações rígidas entre matéria e discurso e a proposição de uma nova ontologia que privilegia o entrelaçamento à separabilidade entre entidades (Barad, 2007). Conjuntamente a tal quadro teórico, a autora sistematiza o método de leitura difrativa, um inovador procedimento analítico que, informado pelo fenômeno físico de difração, promove a leitura de dados e construtos teóricos "um através dos outros" (Barad, 2003, p. 803), atentando para o modo como novas compreensões e sentidos emergem dessas interferências coconstitutivas.

O presente artigo objetiva demonstrar brevemente como as propostas teóricas e metodológicas de Karen Barad oferecem promissoras ferramentas para esforços investigativos qualitativos que, partindo das ciências sociais, se debruçam sobre as temáticas do corpo e de suas propriedades. Para tanto, voltamo-nos para as vivências de mulheres acometidas por uma forma rara de malformação do aparelho reprodutor, que se manifesta na ausência congênita do útero e agenesia vaginal (Rabelo, 2018), conhecida na literatura médica como Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH), de modo a abordar especificamente as capacidades reprodutivas de seus corpos.

As ciências médicas identificam mulheres com MRKH enquanto portadoras de uma congênita "infertilidade devido a fator uterino absoluto", isto é, incapacidade de gerar filhos decorrente da ausência ou malformação do útero (Richards et al., 2019). Nesse sentido, é possível afirmar que o discurso médico concebe as capacidades reprodutivas de mulheres com MRKH em termos estritamente causais, deterministas e universais: sendo o útero um dos principais órgãos do sistema reprodutor feminino, e tendo em vista que mulheres com MRKH não têm útero (ou o têm em forma rudimentar), conclui-se que mulheres com MRKH são invariavelmente incapazes de reprodução.

Em contraposição às visadas biomédicas, interpelações sociológicas de corpos femininos que, como nos casos de mulheres como MRKH, vivenciam dificuldades reprodutivas, têm se dedicado à consideração dos modos como diferentes discursos significam a infertilidade e, nesse processo, definem formas socio-historicamente particulares de vivenciar tal condição (Ariza, 2014; Héritier, 1984). Abordagens dessa natureza, ao "focarem na intervenção produtiva das interpretações culturais e na importância do contexto" (Kirby, 2017, p. x), enfatizam as insuficiências das leituras estritamente biológicas, acusando-as de realizarem uma indevida universalização do fenômeno e incorrerem em perniciosos essencialismos biológicos.

No entanto, apesar de seus méritos antiessencialistas, tais visadas advindas das ciências sociais não parecem ser suficientemente radicais em seus esforços de desnaturalização. De fato, o construtivismo cultural que, via de regra, permeia tais aproximações sociológicas, ao situar nos sentidos socioculturais seu objeto praticamente exclusivo de escrutínio, implicitamente relega propriedades orgânicas e capacidades corporais à condição de espontaneidades biológicas preexistentes e estáveis, contrastando com o caráter construído e variável atribuído às estruturas linguísticas de inteligibilidade que as significam contextualmente. Ou seja, a infertilidade "construída" culturalmente parece reter um estatuto ontológico à parte dessa construção, que foge ao alcance crítico-analítico do cientista social construtivista.

CC BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.654-662

Vislumbramos assim um traço característico das abordagens construtivistas de inspiração pós-estruturalista que atualmente dominam os debates sociológicos sobre os corpos: sua dificuldade em discutir a materialidade corporal e a experiência encarnada.

Diante das insuficiências que marcam abordagens biomédicas e sociológicas, definimos as seguintes perguntas como norteadoras de nossos esforços investigativos: poderíamos pensar as capacidades reprodutivas dos corpos de mulheres com MRKH como algo mais que um passivo "fato biológico" ao qual anexamos sentidos? Seria possível conferir a tais capacidades "elas mesmas", e não apenas a seus sentidos, um caráter emergente e relacional?

Visando responder a tais indagações, promovemos um exercício de leitura difrativa, no qual lemos três casos de mulheres com MRKH diagnosticadas como inférteis à luz de determinados conceitos propostos por Karen Barad.

1.1 O Realismo Agencial de Karen Barad

Barad parte das teorizações de Niels Bohr sobre mecânica quântica, depreendendo das mesmas importantes implicações epistemológicas e ontológicas. Segundo Bohr, aquilo que se observa em qualquer experimento físico não é um objeto individualizado e detentor de propriedades inatas e não-relacionais – como preconizado pela metafísica individualista clássica –, mas sim o inextricável entrelaçamento de "aparatos de observação" e "objeto observado", o que ele chamará de *phenomenon*. O *phenomenon*, portanto, figura no quadro epistemológico bohriano como sua unidade fundamental, uma espécie de "átomo relacional" que marca a inseparabilidade de aparatos de observação e objeto observado, devendo ser concebido enquanto o verdadeiro referente objetivo de qualquer propriedade física medida (Bohr, 1949).

Karen Barad apresenta um contributo original às teses de Bohr ao afirmar que os *phenomena* não marcam apenas a inseparabilidade epistemológica de observador e observado; para ela, *phenomena* são unidades ontológicas primárias, constitutivas do real, substituindo a tradicional concepção de que o mundo é composto por objetos independentes e detentores de propriedades inerentes. No quadro realista agencial, a noção de *phenomenon* identifica a "inseparabilidade ontológica/entrelaçamento de agências intra-ativas" (Barad, 2007, p. 139), podendo ser caracterizada como a unidade material elementar, da qual entidades discretas e individualizadas (os antigos pontos de partida da metafísica individualista tradicional) derivam.

O neologismo baradiano "intra-ação" expressa o fundamental desafio que o realismo agencial direciona à metafísica individualista: se o conceito de *interação* pressupõe a existência prévia de duas ou mais entidades individualizadas que subsequentemente se relacionam, a noção de *intra-ação* nomeia o processo interno aos *phenomena* a partir do qual entidades são performativamente materializadas enquanto "coisas" diferenciadas e determinadas. Como coloca a autora, "é por meio de intra-ações agenciais específicas que os limites e as propriedades dos 'componentes' dos *phenomena* se tornam determinados" (Barad, 2003, p. 815). "Coisas", portanto, não preexistem às relações, mas emergem apenas em e através de intra-ações particulares, que envolvem diferentes "aparatos de produção corporal".

Nas teorizações baradianas, "aparatos" não são redutíveis a tecnologias e instrumentos laboratoriais inertes, como sustenta Bohr. Para Barad, os aparatos são as condições materiais de possibilidade de emergência de entidades e sentidos; caracterizam, portanto, as mais diversas práticas mediante as quais inteligibilidade e materialidade são iteravitamente construídas (Barad, 2007).

Em síntese, o realismo agencial caracteriza um quadro teórico transdisciplinar inovador que reconhece a inseparabilidade ontológica daquilo que habitualmente é compreendido em termos de entidades apartadas e preexistentes às relações que estabelecem entre si. Neste novo quadro teórico produz-se um fundamental deslocamento: de uma análise das relações entre coisas para uma análise de *"coisas" como relações*.

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.654-662

2. Metodologia

A pesquisa se vale de uma abordagem metodológica qualitativa do tipo estudo de casos múltiplos (Yin, 2005). Entretanto, os fundamentos ontológicos e epistemológicos que assentam o realismo agencial de Karen Barad tornam forçosas algumas ressalvas e qualificações acerca dos modos como estabelecemos diálogo com formas tradicionais de pensar/fazer pesquisa qualitativa.

Das habituais abordagens qualitativas, retemos a ênfase no caráter situado e relacional dos processos de produção do conhecimento, questionando assim os fundamentos positivistas de validação do saber científico e as recorrentes pretensões de transcendência, neutralidade e universalismo que os acompanham.

Por outro lado, afastamo-nos dos pressupostos ontológicos das metodologias qualitativas humanistas tradicionais legados pela metafísica individualista clássica, na medida em que entendemos que os isolamentos *a priori* de dimensões do mundo (material e discursivo, natural e cultural, etc.) e de entidades variadas (corpos humanos e não-humanos, dispositivos tecnológicos, etc.) invisibilizam os entrelaçamentos constitutivos daquilo que identificamos como material, corporal e real.

Ainda, como antídoto ao antropocentrismo moderno que subjaz às abordagens qualitativas tradicionais, evocamos o princípio de simetria generalizada (Latour, 1994), de modo a advogar pela necessidade de conferir igual importância de tratamento a actantes humanos e não-humanos em nossas práticas de pesquisa e análises.

Ao endossar os fundamentos do realismo agencial baradiano, nosso estudo reconhece ser necessária a operacionalização de uma perspectiva metodológica qualitativa que (1) atente à natureza relacional e dinâmica do mundo, negando os fundamentos da metafísica individualista; (2) ao negar a premissa de existência de um abismo ontológico entre sujeito e objeto, questione também separações rígidas entre discurso e matéria, teorização e pesquisa empírica, realizando-se enquanto inextricavelmente “teorização empírica” ou “empiria teórica”; (3) acentue as dimensões éticas inerentes a qualquer prática de pesquisa assente em uma visada realista agencial, identificando aquilo que Mol (2002) chama de política ontológica em funcionamento em qualquer processo de produção de conhecimento.

Em nossos esforços analíticos não buscamos “higienizar” a aparente “desordem” (Law, 2004) dos fluxos de agências complexas que marcam o *phenomenon* de nosso interesse, visando que este se adapte (harmoniosa, porém artificialmente) às grelhas conceituais e interpretativas tradicionais. Além disso, não objetivamos explicar ou desvendar quaisquer “realidades” pretensamente subjacentes a relações e práticas variadas que poderiam as obscurecer. Informados pela ontologia relacional baradiana, pretendemos sublinhar em nossas análises como tais “realidades” são produzidas por, e apenas adquirem existência em, práticas e relações.

2.1 Produção de Dados e Participantes

À guisa de métodos empíricos para produção de informações, valemo-nos de entrevistas semi-estruturadas. Segundo Manzini (1990), essa modalidade de entrevista diferencia-se das demais por permitir a emergência de informações de modo mais livre e flexível, não condicionando as respostas a uma rígida padronização de alternativas (Manzini, 1990, p. 154).

No presente texto, convocamos informações decorrentes de três entrevistas. O grupo de participantes foi composto de três mulheres com MRKH com idades entre 33 e 42 anos, sendo duas entrevistadas brasileiras e uma entrevistada portuguesa. A seleção de participantes se deu segundo técnica de bola de neve.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.654-662

Vinuto (2014) coloca que esta é uma forma de amostragem não probabilística que utiliza de cadeias de referência e é especialmente útil para estudos que envolvem grupos difíceis de serem acessados, como é o caso de pessoas afetadas pela MRKH, cuja incidência é de 1 caso em cada 4000 a 5000 nascimentos do sexo feminino (Evans, Poland, & Boving, 1981).

As entrevistas foram realizadas via videochamadas entre os meses de Maio e Setembro de 2020. A opção pela realização das entrevistas via videochamadas se deu tendo em vista critérios de conveniência e o imperativo de distanciamento social imposto pela situação epidemiológica instaurada pela pandemia do novo coronavírus. As entrevistas foram conduzidas com base em um guião contendo perguntas abertas, que versavam sobre as diversas dimensões das vivências de mulheres com MRKH e as relações entre a Síndrome e restrições reprodutivas. As entrevistas foram gravadas (apenas áudio) e seus trechos foram posteriormente transcritos.

2.2 Análise de Dados: A Leitura Difrativa

Sob a égide dos imperativos de similaridade e padronização, as práticas de análise qualitativa convencionais, especialmente quando falamos dos tratamentos despendidos a informações decorrentes de entrevistas, tendem a se aproximar de tentativas de produção de ordem e regularidade, na forma de categorias que apagam as diferenças e privilegiam a identidade entre coisas aparentemente semelhantes (Jackson, 2013, p. 742). Com isso, são invisibilizadas as relacionalidades complexas e as emergências inesperadas que, segundo o realismo agencial, são o cerne dos processos de vir-a-ser dos *phenomena* que compõem o real.

Motivadas/os pelas insuficiências dos métodos de análise convencionais, autoras/os vinculadas/os ao neomaterialismo propuseram diferentes e criativos modos de relacionar-se com dados produzidos em pesquisa (Davies, 2014; Daza & Huckaby, 2014; Springgay & Truman, 2018). À luz de tais contribuições, elegemos a leitura difrativa (Barad, 2007) como nosso procedimento analítico.

Donna Haraway (2018 [1997]) propõe a noção de difração enquanto uma metáfora para expressar "outra forma de consciência crítica" (Haraway, 2018, p. 273) que deveria permear investigações calcadas nos novos modelos feministas de objetividade forte, de modo a suplantar a longeva metáfora óptica da reflexão que informa os processos de produção do conhecimento científico. Segundo a autora, a tradicional prática crítica da reflexividade, à semelhança do fenômeno físico que a inspira, promove o mero espelhamento ou replicação do "mesmo" em outro lugar.

Contrastivamente, o principal interesse de uma forma difrativa de ver e pensar, segundo Haraway, é romper com a cadeia de repetição do "mesmo" *ad aeternum*, atentando para os processos mediante os quais diferenças são relacionalmente produzidas. Informada pelo fenômeno físico de difração – que consiste no resultado da interação que toma parte quando ondas encontram um obstáculo ou se sobrepõem umas às outras –, tal forma de pensamento busca analisar como diferenças são criadas no mundo e quais efeitos elas têm sobre sujeitos e corpos, norteada pelo imperativo ético-político de produzir "more promising interference patterns on the recording films of our lives and bodies" (Haraway, 2018, p. 16).

Karen Barad (2007) superará os limites do uso metafórico do conceito, buscando sistematizar a leitura difrativa enquanto um método de análise. Para a autora, o principal aspecto do fenômeno físico de difração a ser retido por esforços analíticos situados diz respeito ao caráter coconstitutivo do movimento realizado por ondas quando estas se sobrepõem ou alcançam uma obstrução, dando origem a novas combinações de ondas e padrões de interferência construtiva e destrutiva.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.654-662

Analogamente à forma como ondas, ao interferirem entre si ou com obstáculos, não reproduzem mecanicamente o "mesmo", mas materializam algo novo (isto é, produzem novas combinações e padrões de difração), Barad propõe o método difrativo enquanto uma prática de promoção de interferências entre contribuições de diversas áreas disciplinares e posições teóricas, visando observar como novos *phenomena* (novos construtos teóricos, corpos, alternativas políticas, etc.) emergem destes entrelaçamentos e, nesse processo, rompem com o círculo vicioso da repetição, próprio da reflexão (Barad, 2007).

Em nossa tentativa de ler difrativamente visões "uma através das outras" (Barad, 2003, p. 803), mobilizamos o realismo agencial baradiano enquanto uma grade de difração que, quando atravessada pelas informações decorrentes das entrevistas, faz emergir novas formas de pensar as vivências de mulheres com MRKH.

O foco de nosso modelo analítico reside em atentar para os momentos em que dados e teorias interferem entre si construtivamente, tomando como critério para aferição do nível de "construtividade" das interferências não apenas a medida em que as propostas resultantes ampliam o saber científico vigente sobre as problemáticas de interesse, mas também a intensidade com que as mesmas apontam alternativas políticas capazes de tornar vidas hoje vitimadas por estruturas sociais de poder-saber excludentes e opressivas, mais vivíveis (Butler, 2018).

Em suma, nosso esforço de leitura difrativa almeja observar não o que é entendido, mas o que é dinâmica e intra-ativamente produzido diferencialmente pelos/nos entrelaçamentos da pesquisa.

3. Resultados e Discussão

Ilustremos o funcionamento do procedimento de leitura difrativa a partir de um trecho da fala de *J*, participante portuguesa que recebeu o diagnóstico de infertilidade associada à MRKH aos 17 anos. À semelhança das demais entrevistadas, ela afirma que o aspecto da Síndrome que "mais lhe custou" aceitar diz respeito às restrições reprodutivas associadas à doença. Enquanto discorre sobre sua história, ela faz uma afirmação que parece desafiar os entendimentos amplamente compartilhados acerca das capacidades reprodutivas de mulheres com MRKH:

> *J*: Nos casos de Rokitansky – é uma coisa curiosa –, nós somos inférteis,mas, ao mesmo tempo, não somos (Entrevista com *J*, 37min 38s).

Leiamos difrativamente a fala de *J* através de um dos pilares do realismo agencial, o princípio de indeterminação ontológica. No âmbito da mecânica quântica, entes físicos podem apresentar características variáveis dependendo das circunstâncias experimentais às quais são submetidos. No clássico experimento da dupla fenda, por exemplo, elétrons lançados em direção a um anteparo com duas fendas ora apresentam "natureza" ondulatória, ora corpuscular, alternando seu estatuto de acordo com modificações feitas no aparato observacional. Assente nas teorizações de Niels Bohr, Barad aponta que tais resultados experimentais denunciam as insuficiências da metafísica individualista, que promulga a existência de entidades autônomas e detentoras de atributos intrínsecos. Para a autora, "there are no inherently bounded and propertied things that precede their intra-action with particular apparatuses" (Barad, 2012, p. 80) – isto é, a determinação da natureza de uma "entidade" depende da especificação dos aparatos mobilizados contextualmente no ato de sua "observação". Os arranjos físicos que caracterizam cada contexto experimental desempenham um papel produtivo em relação aos "objetos" que pretensamente apenas observariam a partir de uma posição de exterioridade. Segundo o princípio da indeterminação, portanto, entidades não possuem propriedades essenciais e alheias aos contextos; são os aparatos em funcionamento em cada contexto particular os responsáveis pela resolução local da indeterminação ontológica dos "objetos".

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.654-662

Ao aludir a determinada ambiguidade ontológica dos corpos de mulheres com MRKH, afirmando que *eles são inférteis e não o são*, *J* aponta para o fato de atributos e capacidades corporais serem realidades relacionais (*phenomena*) que assumem conformações variáveis de acordo com os contextos nos quais se inserem, não se tratando de inflexíveis essências transcendentais preexistentes. Nesse quadro, capacidades reprodutivas e o "contexto" são vistos como não estabelecendo entre si uma relação de rígida exterioridade. As primeiras estão inextricavelmente entrelaçadas ao "social" e apenas alcançam suas instanciações particulares em meio a intra-ações com agências e práticas sociomateriais que, *prima facie*, aparentam ser rigidamente extracorporais, como fatores de ordem tecnológica, política, econômica e cultural. Segundo o realismo agencial, tais fatores contextuais são "aparatos de produção corporal"; em semelhança aos arranjos laboratoriais no experimento da dupla fenda, consistem em agências que solucionam localmente a inerente indeterminação ontológica dos corpos com MRKH, materializando-os enquanto capazes ou incapazes de reprodução. Não especificados os aparatos constitutivos em funcionamento em cada contexto, tais corpos não podem, a rigor, ser identificados inequivocamente como férteis ou inférteis.

Tal compreensão é corroborada pelas vivências das demais entrevistadas. Por exemplo, a participante *S*, brasileira também diagnosticada como infértil devido à MRKH, se tornou mãe de uma filha biológica mediante um procedimento de gestação de substituição, uma modalidade de reprodução medicamente assistida em que uma doadora "cede" temporariamente seu útero para gestar o filho de outra mulher que não pode levar a cabo a gravidez. Apesar da malformação uterina, a função ovariana de mulheres com MRKH é normal, tornando possível para *S* se valer da técnica como meio de alcançar a maternidade biológica. Nesse caso, temos o funcionamento de um conjunto amplo de aparatos (tecnologias reprodutivas como a fertilização *in vitro*, medicamentos variados, a ação de diversos profissionais especializados, etc.), responsáveis por performar o corpo de *S* como capaz de reprodução.

Por outro lado, *AL*, participante também brasileira, vê seu sonho de ter um filho biológico frustrado pelas barreiras econômicas que condicionam o acesso às dispendiosas tecnologias reprodutivas conceptivas. Em seu caso, fatores como desemprego e o acelerado empobrecimento das populações posicionadas em estratos inferiores da pirâmide socioeconômica brasileira figuram como importantes aparatos que contribuem para a produção e mantimento de sua "incapacidade reprodutiva".

4. Conclusões

Da leitura difrativa das vivências de mulheres com MRKH através das teorizações baradianas emerge um convite a resistirmos à tentação de atribuir aos corpos características e capacidades constantes e independentes dos contextos e aparatos material-discursivos que as produzem. O exercício analítico proposto permite-nos reconhecer que, estando os corpos sempre-já inseridos em contextos mutantes, o conjunto de seus atributos estará também em perene transformação, de acordo com as intra-ações que tomam parte em diferentes situações. Nesse sentido, tentativas de identificação de suas "essências eternas" (características que lhes seriam comuns em todos os espaços e tempos) são vistas enquanto esforços reféns da metafísica individualista clássica e sua ilusória crença na independência ontológica dos "objetos" do mundo.

Como colocam St. Pierre, Jackson, & Mazzei (2016), o neomaterialismo desafia-nos a repensar o modo como compreendemos o "real", assim como incita-nos a reavaliar criticamente as formas como fazemos pesquisa. Perspectivadas via o realismo agencial de Karen Barad e seu método de leitura difrativa, fertilidade e infertilidade se apresentam enquanto *phenomena* sociomateriais em constante transformação, cuja complexidade tecnológica, política, econômica e social torna insustentável qualquer tipo de essencialismo biológico.

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.654-662

5. Referências

Ariza, L. (2014). La construcción narrativa de la infertilidad. Mujeres que narran la experiencia de no poder concebir. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 00(18), 41-73.

Barad, K. (2007). *Meeting the Universe Halfway: Quantum Physics and the Entanglement of Matter and Meaning*. Durham & London: Duke University Press.

Barad, K. (2012). Intra-actions [Interview with Adam Kleinman]. *Mousse Magazine*, 34, 76–81.

Barad, K. (2003). Posthumanist Performativity: Toward an Understanding of How Matter Comes to Matter. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 28(3), 801–31.

Bohr, N. (1949). Discussion with Einstein on Epistemological Problems in Atomic Physics. In P. A. Schilpp (Ed.), *Albert Einstein: Philosopher-Scientist* (pp. 201-241). Illinois: Open Court.

Butler, J. (2018). *Corpos em aliança e a política das ruas: notas para uma teoria performativa da assembleia*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Davies, B. (2014). Reading anger in early childhood intra-actions: A diffractive analysis. *Qualitative Inquiry*, 20(6), 734-741.

Daza, S. & Huckaby, M. F. (2014). Terra Incognita: Em-bodied data analysis. *Qualitative Inquiry*, 20(6), 801-810.

Evans, T. N., Poland, M. L., & Boving, R. L. (1981). Vaginal malformations. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 141(8), 910–920.

Foucault, M. (2000). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.

Haraway, D. (1988). Situated knowledges: The science question in feminism and the privilege of partial perspective. *Feminist Studies*, 14, 575–599.

Haraway, D. (2018). *Modest-Witness@Second-Millennium.FemaleMan-Meets-OncoMouse: feminism and technoscience*. New York: Routledge.

Haraway, D. (2008). *When Species Meet*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Héritier, F. (1984). Sterilité, aridité, sécheresse: quelques invariants de la pensée symbolique. In M. Augé & C. Erzlich (Eds.), *Le sens du mal: anthropologie, histoire, sociologie de la maladie* (pp.123-154). Paris: Èditions des Archives Contemporaines.

Jackson, A. Y. (2013). Posthumanist data analysis of mangling practices. *International Journal of Qualitative Studies in Education,* 26(6), 741–748.

Kirby, V. (2017). Foreword. In V. Kirby (Ed.), *What if Culture was Nature all Along?* (pp. viii-xii), Edinburgh: Edinburgh University Press.

Latour, B. (1994). *Jamais Fomos Modernos: ensaio de antropologia simétrica*. Rio de Janeiro: Editora 34.

Law, J. (2004). *After method: Mess in social science research*. Abingdon: Routledge.

Lemke, T. (2014). New Materialisms: Foucault and the 'Government of Things'. *Theory, Culture and Society*, 32(4), 3-25.

Manzini, E. J. (1990). A entrevista na pesquisa social. *Didática*, 00(26/27), 149-158.

Mol, A. (2002). *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Durham & London: Duke University Press.

Mukerji, C. (2015). The Material Turn. In R. A. Scott & S. M. Kosslyn (Eds.), *Emerging Trends in the Social and Behavioral Sciences* (pp.1-13). Hoboken: John Wiley & Sons.

Rabelo, D. A. (2018*). A Construção do Estigma para mulheres com Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser na Mídia – Perspectiva de Corpo*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Bioética, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.654-662

Richards, E. G., Agatisa, P. K., Davis, A. C., Flyckt, R., Mabel, H., Falcone, T., Tzakis, A., & Farrell, R. M. (2019). Framing the diagnosis and treatment of absolute uterine factor infertility: Insights from in-depth interviews with uterus transplant trial participants. *AJOB Empirical Bioethics*, 10(1), 23-35.

Springgay, S. & Truman, S. (2018). *Walking methodologies in a more-than-human world: WalkingLab*. New York: Routledge.

St. Pierre, E. A., Jackson, A. Y., & Mazzei, L. A. (2016). New Empiricisms and New Materialisms. *Cultural Studies ↔ Critical Methodologies*, 16(2), 99–110.

Vinuto, J. (2014). Amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*, 22(44), 203-220.

Yin, R. K. (2005). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.654-662

A Cultura de Segurança em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

José Resende[1], Graça Quaresma[2] e Pedro Lucas[3]

[1] MScN, RN, Unidade de Ensino, Formação e Investigação da Saúde Militar, Lisboa, Portugal | jrese@live.com | https://orcid.org/0000-0001-6354-3756

[2] MScN, RN, Nursing Research, Innovation and Development Centre of Lisbon (CIDNUR). Nursing School of Lisbon. Lisbon. Portugal. Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central, Lisboa, Portugal | mgquaresma@esel.pt | https://orcid.org/0000-0001-8567-0983

[3] PhD, MSc, MScN, RN, Nursing Research, Innovation and Development Centre of Lisbon (CIDNUR). Nursing School of Lisbon. Lisbon. Portugal | prlucas@esel.pt | https://orcid.org/0000-0002-2560-7306

Resumo. Introdução: Desde a sua génese que a enfermagem valoriza a segurança do paciente. No entanto, a sua importância teve um grande impulso com o relatório do Institute of Medicine "To Err is Human", no ano 1999. A cultura de segurança do paciente em estruturas residenciais para pessoas idosas (ERPI), ainda pouco estudada, merece ser desenvolvida com vista à melhoria da qualidade dos cuidados; **Objetivo:** Analisar a evidência científica sobre a cultura de segurança do paciente nos lares de idosos; **Critérios de inclusão / Métodos:** Participantes: Cuidadores nos lares de idosos. Conceito: Cultura de Segurança do Paciente. Contexto: ERPI; **Estratégia de pesquisa:** Revisão integrativa da literatura, pesquisa de estudos através da CINHAL e MEDLINE e com recurso ao Google Scholar e repositórios de dissertações. Complemento de pesquisa nas referências dos estudos integralmente analisados. Definiu-se o período temporal entre 2015 e 2020 e a inclusão de artigos com texto completo; **Resultados:** Selecionaram-se 12 artigos referentes a estudos sobre a cultura de segurança do paciente de diferentes realidades e de diferentes países; **Discussão:** Os colaboradores das ERPI têm uma apreciação geral da segurança do paciente positiva. A cultura de segurança do paciente tem uma correlação com a qualidade dos cuidados prestados. Existem áreas transversalmente deficitárias nos lares de idosos, relacionadas com os recursos humanos e com a notificação de eventos adversos. Os gestores das estruturas para pessoas idosas revelam perceção geral da segurança dos residentes mais favorável que os colaboradores mais próximos dos cuidados; **Conclusões:** A evidência científica quanto à cultura de segurança do paciente nas ERPI é escassa em Portugal. A complexidade da população das ERPI, a influência multiprofissional e os défices estruturais em áreas importantes como a dos recursos humanos, remetem para a necessidade de novos estudos, principalmente qualitativos, e para um conjunto de intervenções emergentes que conduzam à melhoria da cultura de segurança do paciente e da qualidade dos cuidados prestados nestas estruturas.

Palavras-chave: Casa de saúde; Segurança do doente; Cuidadores; Gestão da Segurança; Enfermagem.

The Culture of Patient Safety in Nursing Homes

Abstract: Introduction: Since its inception, nursing has valued patient safety. However, its importance was greatly boosted by the Institute of Medicine's report "To Err is Human", in 1999. The culture of patient safety in nursing homes, still little studied, deserves to be developed with a view to improving quality of care; **Objective:** To analyze the scientific evidence on the culture of patient safety in nursing homes; **Inclusion criteria: Participants:** Caregivers in nursing homes. **Concept:** Culture of Patient Safety. **Context:** Nursing home; **Research strategy:** Integrative literature review, study research through CINHAL and MEDLINE and using Google Scholar and dissertation repositories. Complement of research in the references of the studies fully analyzed. The time period between 2015 and 2020 was defined and the inclusion of articles with full text; **Results:** 12 articles were selected referring to studies on the culture of patient safety from different realities and from different countries; **Discussion:** Home staff have a positive overall assessment of patient safety. The culture of patient safety has a correlation with the quality of care provided. There are transversally deficient areas in nursing homes, related to human resources and the notification of adverse events. The managers of nursing homes reveal a general perception of the safety of residents that is more favorable than those closest to the care; **Conclusion:** The scientific evidence regarding the culture of patient safety in nursing homes is scarce in Portugal. The complexity of the population of nursing homes, the multiprofessional influence and structural deficits in important areas, such as staff, point to the need for further studies, mainly qualitative, and a set of emerging interventions that lead to an improvement in the culture of patient safety and the quality of care provided in these structures.

Keywords: Nursing Home; Patient Safety; Caregivers; Safety Management, Nursing.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.663-675

1. Introdução

A relevância atribuída à cultura de segurança do paciente (CSP) e ao seu efeito nos resultados teve um importante impulso com o relatório do Institute of Medicine (IOM) "To Err is Human", em 1999 (DiCuccio, 2015). Porém, a enfermagem sempre teve um papel histórico na promoção da segurança do paciente (SP) (Kowalski & Anthony, 2017).

Quando falamos de estruturas residenciais para pessoas idosas (ERPI), encontramos uma grande diversidade, não só na dimensão e na organização das estruturas, mas também o próprio perfil dos seus residentes. A complexidade dos estados de saúde e funcional das pessoas idosas institucionalizadas, quando associada aos défices estruturais e sistémicos dos lares de idosos, dita a inevitabilidade de um maior investimento numa área com uma imensa margem de melhoria.

Nessa perspetiva, e considerando-a como ponto de partida, a presente revisão integrativa da literatura tem como objetivo analisar a evidência científica sobre a CSP nas ERPI.

Ao longo da sua história, os enfermeiros, num rápido e informado reconhecimento da realidade, apontam caminhos para a qualidade e segurança dos cuidados, enquanto objetivo primário da profissão. Esta intervenção contínua revela-se em cada campo de trabalho na definição de protocolos, na salvaguarda de dotações seguras e níveis de educação / formação adequados (Kowalski & Anthony, 2017).

Pode-se afirmar que a enfermagem está na vanguarda na defesa da qualidade e da segurança dos cuidados, tanto na evidência produzida como na assunção desse papel na linha da frente. No entanto, tais esforços não têm sido acompanhados por medidas concretas (Kowalski & Anthony, 2017; Hughes, 2018).

Os enfermeiros constituem-se como interlocutores privilegiados na comunicação com a sua equipa, facilitando os processos de melhoria da qualidade dos cuidados e da segurança dos clientes (Carvalho & Lucas, 2020). Os enfermeiros são os agentes da qualidade dos cuidados prestados e essa qualidade é significativamente influenciada pela forma como o enfermeiro gestor gere o serviço nas suas diferentes dimensões (Fradique & Mendes, 2013).

Importa assim conhecer a evolução científica em torno da SP, designadamente no que se refere às ERPI.

Bonner, Castle, Men & Handler (2009) defendiam que existia uma relação entre a CSP e os resultados clínicos. Além disso, equipas com uma CSP mais desenvolvida tendiam a relatar eventos adversos com mais frequência.

Por sua vez, Castle (2011), apresentando um estudo comparativo sobre a cultura de segurança (CS) entre os hospitais com as ERPI nos Estados Unidos da América (USA), concluiu que, em algumas dimensões, a CSP nas ERPI é mais favorável que a CSP nos hospitais, perspetivando uma oportunidade de aprendizagem na assistência à pessoa idosa e, consequentemente, a possibilidade de melhoria dos cuidados.

Os residentes em ERPI, pessoas com múltiplos problemas físicos e cognitivos, constituem uma população com elevado risco para eventos adversos tais como quedas, úlceras de pressão, infeções do trato urinário e erros de medicação (Damery, Flanagan, Rai, & Combes, 2017).

Em comparação com os hospitais, a CSP em ERPI encontra-se ainda numa fase inicial em muitos países. Além disso, os estudos sobre a SP em ERPI baseiam-se ainda em dimensões relativas à SP em hospitais, carecendo de muitas adaptações considerando as diferenças estruturais das organizações e o perfil dos respetivos utentes (Simmons et al., 2016).

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.663-675

Realça-se, no entanto, que já se verifica nas ERPI um novo enfoque de melhoria da SP centrado na melhoria das estruturas e dos processos, em vez de culpabilizar os colaboradores e as equipas (Li, Cen, Cai & Temkin-Greener, 2019).

O erro humano não é inevitável. Atualmente, exige-se um melhor sistema de saúde às lideranças organizacionais. Essas mudanças tornaram imperativas a compreensão da CS e os seus efeitos nos resultados do paciente (DiCuccio, 2015). Esforços na melhoria da CSP em lares de idosos resultam na melhoria da SP e na qualidade do atendimento aos pacientes (Li et al., 2019).

Avaliar a CSP nas organizações possibilita uma eficiente perceção dos aspetos importantes para a SP, permitindo aos gestores definir os esforços para a melhoria (Ree & Wiig, 2019).

2. Métodos

Esta revisão integrativa segue a metodologia de Whittemore e Knafl (2005) e teve como questão orientadora "Qual a evidência científica sobre a cultura de segurança nas estruturas residenciais para pessoas idosas?". Posteriormente procedeu-se à delimitação do projeto de pesquisa, sendo identificados cinco descritores: Casa de saúde, Segurança do doente, Cuidadores, Gestão da segurança, Enfermagem.

Considerou-se a análise de artigos cujos estudos se referissem ao contexto de ERPI ou unidades de cuidados integrados. Os estudos a considerar poderiam visar a cultura de segurança como um todo ou apenas uma dimensão específica, como por exemplo, a sua influência nas infeções do trato urinário.

Foram definidos como critérios de inclusão a publicação dos artigos no intervalo temporal entre os anos 2015 e 2020 e o documento estar disponível em texto completo. Definiu-se também que seriam excluídos os estudos exclusivamente relacionados com o contexto hospitalar.

Nesta revisão optou-se por uma estratégia de pesquisa nas bases de dados eletrónicas CINAHL e MEDLINE, complementada com pesquisas através do Google Scholar e dos repositórios de dissertações. De seguida, foram examinados os títulos, e os resumos. Por fim, aquando da análise integral dos artigos selecionados, foi efetuada uma pesquisa pelas referências bibliográficas desses documentos.

3. Resultados

No conjunto das pesquisas efetuadas nas bases de dados CINHAL e MEDLINE, assim como através do Google Scholar e nos repositórios de dissertações, foram identificados 103 estudos. Foram removidos 41 artigos duplicados. Após análises dos títulos e dos resumos foram removidos 33 e 9 artigos respetivamente. Um conjunto de 20 artigos foi analisado na íntegra, sendo removidos ainda 10 artigos. Da análise integral dos artigos, a pesquisa das suas referências permitiu identificar 2 novos artigos selecionáveis. Obteve-se um conjunto final de 12 artigos para integrar a revisão integrativa da literatura, indicado no diagrama prisma, de acordo com Moher, Liberati, Tetzlaff & Altman (2009).

CC BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.663-675

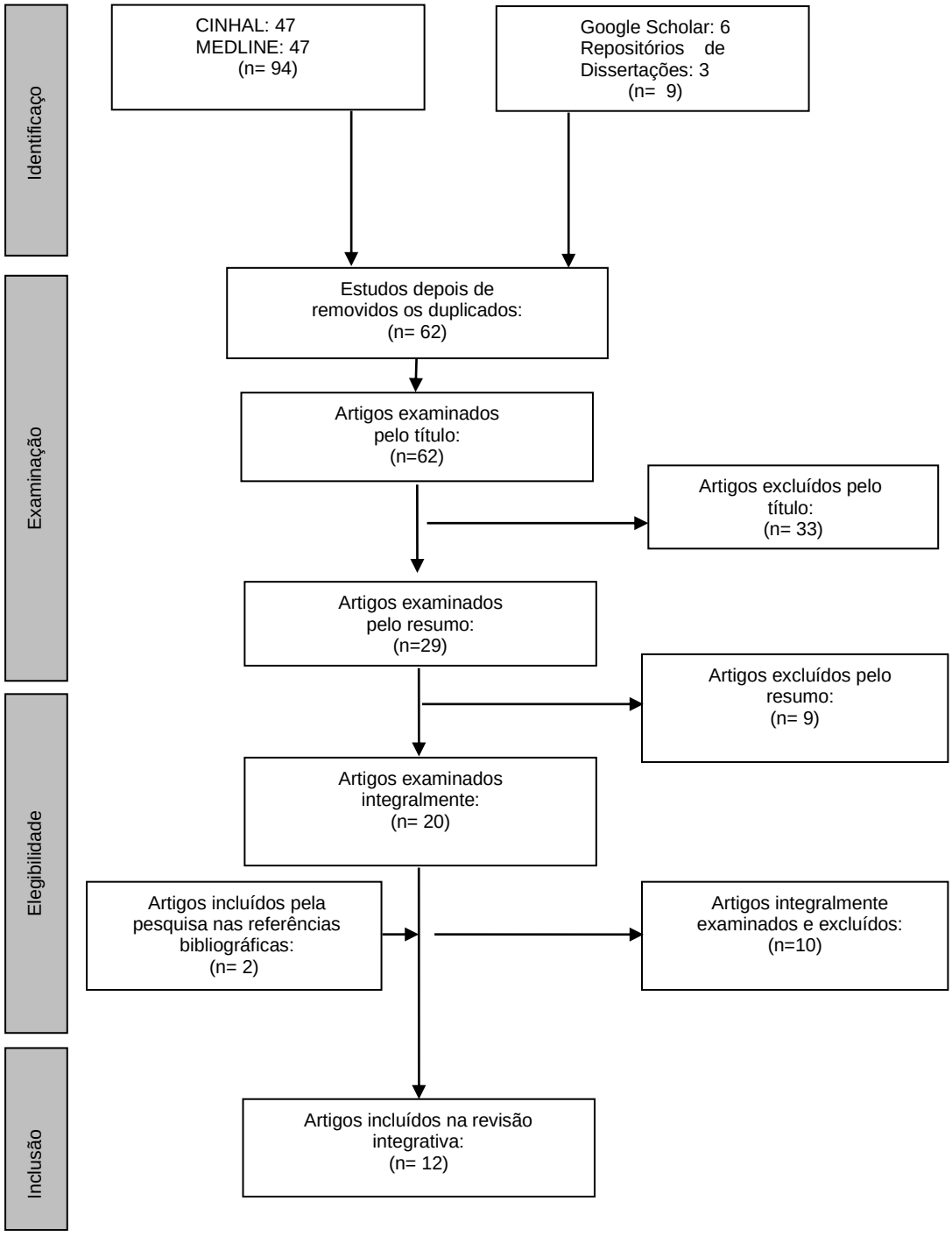


Fig. 1. Diagrama de PRISMA referente ao processo de seleção dos estudos.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.663-675

O quadro 1 apresenta uma síntese da análise dos 12 estudos selecionados.

Quadro 1. Quadro-síntese dos estudos incluídos na revisão.

Autor / Título do Artigo / Ano	Objetivo / Contexto	Principais resultados	Conclusões e Recomendações
Gartshore, E., Waring, J., & Timmons, S. Patient safety culture in care homes for older people. 2017.	Revisão *Scoping* para pesquisa de evidência relacionadas com a CSP em ERPI.	Pesquisa sobre a CSP é baseada nos EUA e em ERPI, e não em ambientes de lares residenciais. A evidência empírica, por ser essencialmente baseada em estudos quantitativos, não abrange níveis mais profundos da CSP.	A literatura é ainda escassa no que se refere à CSP em ERPI. As lacunas existentes na base das evidências devem ser abordadas em pesquisas futuras.
Banaszak-Holl, J., Reichert, H., Todd Greene, M., Mody, L., Wald, H. L., Crnich, C., … Meddings, J., Do Safety Culture Scores in Nursing Homes. 2017	Estudo com 14.177 participantes para identificar preditores ao nível das instalações e individual da CSP em ERPI (EUA).	Em todos os domínios a avaliação do pessoal auxiliar e de toda a equipa clínica é menos favorável que a dos administradores.	Existe uma grande variabilidade na avaliação da CSP dentro da equipa da ERPI. Será importante que a CSR seja avaliada na ótica da profissão e não apenas no âmbito da estrutura.
Bondevik, G., Hofoss, D., Husebø, B., & Deilkås, E., Patient safety culture in Norwegian nursing homes. 2017.	Investigar as atitudes de segurança entre os profissionais de saúde em 5 ERPI noruegueses, usando o *Safety Attitudes Questionnaire"* (SAQ)	Pontuações médias aumentadas significativamente para colaboradores mais velhos e com posição de coordenação para os fatores "clima de trabalho em equipa", "clima de segurança", "satisfação no trabalho" e "condições de trabalho". A formação profissional e a experiência de trabalho não se destacaram das médias para qualquer fator de segurança do paciente.	Avaliar a CSP pode ajudar os gestores dos lares de idosos na implementação de medidas de melhoria direcionadas. Sugere pesquisa entre a CSP e a ocorrência de eventos adversos.
Santos, M., A Cultura de Segurança do Cliente nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados, 2015.	Dissertação de mestrado - estudo quantitativo. Aplicação do NHSPSC da AHRQ em 20 Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) e 86 enfermeiros para avaliar a sua perceção da CSP.	Pontuação muito favorável na apreciação geral da SP. Mais de 93% afirma que diria aos seus amigos que a sua UCCI é segura. Avaliações significativamente favoráveis nas dimensões "Trabalho em equipa", "*Feedback* e comunicação sobre a existência de incidentes", "Perceção geral da segurança do cliente" e "Expectativas dos superiores hierárquicos em relação à promoção da segurança do cliente".	Existência de pontos fortes e oportunidades de melhoria na CSP. A prioridade emergente de melhoria na dimensão "Resposta não punitiva ao erro" potencia a subnotificação de eventos adversos, constituindo uma obstáculo importante para uma CSC forte.

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.663-675

Autor / Título do Artigo / Ano	Objetivo / Contexto	Principais resultados	Conclusões e Recomendações
		A dimensão "Resposta não punitiva ao erro" revela uma prioridade emergente de melhoria. Dimensões "Pessoal", "Conformidade com os procedimentos", "Formação e capacitação da equipa", "Transmissão de informação nas passagens de turno", "Apoio da gestão para a segurança do cliente", "Aprendizagem organizacional" e "Abertura para a comunicação" revelam-se oportunidades de melhoria.	Desafia os gestores a abandonar a filosofia punitiva do erro, e promover a conceção de um sistema seguro e transparente.
Park, B., Hong, E., Lim, S., & Lee, G., Patient Safety Culture, Attitude Toward Falls, and Fall Prevention Activities of Care Workers in Long-term Care Facilities. 2015	Pesquisar sobre a relação entre a CSP e as intervenções de prevenção de quedas, incidindo o estudo em 190 profissionais de saúde nas ERPI da Coreia do Sul.	Verificou-se uma correlação positiva entre a CSP e as atitudes em relação às quedas. Houve uma correlação significativamente positiva entre as atitudes em relação às quedas e as intervenções de prevenção de quedas.	Os enfermeiros devem melhorar a educação para a segurança do residente e desenvolver um sistema de gestão da CSP, que inclua as intervenções de prevenção de quedas.
He, H., Yu, P., Li, L., Xiao, X., Long, Y., Wang, L., … Li, Y., Patient safety culture and obstacles to adverse event reporting in nursing homes. 2020	Investigar, em 79 ERPI chinesas, a CSP e a sua relação com os obstáculos à notificação de eventos adversos.	Uma melhoria na CSP foi associada a uma redução nos obstáculos aos relatos de eventos adversos nas ERPI. A atmosfera punitiva e os relatórios de gestão são considerados fortes barreiras à notificação de eventos adversos. Dimensões "trabalho de equipa" e "conformidade com os procedimentos" são áreas a melhorar.	Sugere a criação de um sistema de relatório de eventos adversos sem barreiras, reduzindo os obstáculos à notificação e criando uma CSP não punitiva. A dimensão pessoal deve ser melhorada.
AHRQ. (2019). ***Nursing Home Survey on Patient Safety Culture: 2019***	Estudo quantitativo em ERPI sobre CSP: relatório do banco de dados de usuários de 2019. Amostra com 10499 colaboradores de 191 lares de idosos que têm contacto direto com os residentes.	Dimensões como a "resposta não punitiva a erros", "abertura de comunicação" e "pessoal" com potencial de melhoria. Dimensões com pontuação mais favorável são "perceções gerais de segurança do residente", "feedback e comunicação sobre incidentes" e "expectativas e ações do supervisor para promover a segurança dos residentes". A maioria dos colaboradores classificou como excelente ou muito boa SP e 73% dos colaboradores recomendariam a sua estrutura a amigos.	Realça a importância da pesquisa sobre a CSP para as organizações de saúde que desejem melhorar a SP e a qualidade dos cuidados.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.663-675

Autor / Título do Artigo / Ano	Objetivo / Contexto	Principais resultados	Conclusões e Recomendações
Hall, L. H., Johnson, J., Watt, I., Tsipa, A., & O'Connor, D. B., Healthcare staff wellbeing, burnout, and patient safety. 2016.	Revisão sistemática da literatura. Análise a 46 estudos verifica se existe associação entre o bem-estar e o burnout dos profissionais de saúde com a segurança do paciente.	A maioria dos estudos que avaliaram o bem-estar encontrou uma correlação significativa entre o bem-estar insatisfatório e a pior segurança do paciente. A maioria dos estudos que avaliaram o burnout encontrou uma associação significativa entre o burnout e a segurança do paciente.	O bem-estar insatisfatório e os níveis moderados a altos de burnout conduzem a resultados insatisfatórios na segurança do paciente.
Simmons, S., Schnelle, J., Sathe, N., Slagle, J., Stevenson, D., Carlo, M. & McPheeters, M. Defining Safety in the Nursing Home Setting: Implications for Future Research. 2016.	Revisão da literatura para desenvolver uma agenda de pesquisa sobre segurança no ambiente das ERPI cm 4 focos: quedas com lesão, úlceras de pressão, erros de medicação e infeções.	A literatura disponível relata uma série de intervenções para tratar de eventos adversos nas ERPI. A complexidade da população das ERPI está refletida nos estudos de pesquisa que demonstram que múltiplos fatores contribuem para os 4 eventos adversos descritos.	Importante implementar intervenções direcionadas diretamente para os eventos adversos. Sugere intervenções destinadas a outros alvos tais como perda de peso não intencional, desidratação; incontinência, depressão, polimedicação, etc..
Abusalem, S., Polivka, B., Coty, M., Crawford, T., Furman, C., Alaradi, M., The Relationship Between Culture of Safety and Rate of Adverse Events in Long-Term Care Facilities. 2019	Através da aplicação do NHSPSC da AHRQ, avaliar a relação entre as dimensões da CS centrada na pessoa e a taxa de eventos adversos em instituições de longa duração (EUA)	A "comunicação" e as "expectativas do supervisor e ações que promovam a segurança dos residentes" foram as dimensões mais valorizadas. O aumento da CSP resulta na diminuição de eventos adversos. Um maior número de enfermeiros e de auxiliares nas ERPI um pilar fundamental para a CSP.	Sugere a necessidade de construir uma forte CSP para promover uma cultura centrada no residente em ERPI.
Desmedt, M.; Petrovic, M.; Beuckelaere, P.; Vandijck, D., Assessing Resident Safety Culture in Six Nursing Homes in Belgium. 2018	Através da aplicação do NHSPSC da AHRQ, avaliar a CSP em 6 ERPI do norte da Bélgica.	Dimensão " pessoal" com pontuação baixa, relacionada com a rotatividade dos colaboradores. Pontuação elevada nas dimensões " trabalho de equipa"," resposta não punitiva aos erros", "transferências", " feedback e comunicação sobre incidentes" e "abertura de comunicação". Os gestores com pontuações significativamente mais altas que a equipa de enfermagem.	As perceções gerais da CSP foram moderadas. Sublinha a necessidade de mais trabalho na melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados aos residentes em ERPI. Sugere estratégias de melhoria para prevenir eventos adversos.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.663-675

Autor / Título do Artigo / Ano	Objetivo / Contexto	Principais resultados	Conclusões e Recomendações
Buljac-Samardžic, M., & Van Woerkom, M. Improving quality and safety of care in nursing homes by team support for strengths use: A survey study. 2018	Investigar as relações entre carga de trabalho e o apoio da equipe na qualidade da assistência e segurança do paciente em ERPI. Participaram no estudo 497 colaboradores em 74 equipes de 7 ERPI, na Holanda.	Mais de 95% dos colaboradores consideram a sua carga de trabalho problemática ou muito elevada. Mais de 85% identifica algum apoio ou um forte apoio no seu esforço individual.	Sugere melhorias na área do pessoal e que, na medida do possível, sejam aproveitados os pontos fortes de cada colaborador. Recomenda o desenvolvimento de mais estudos.

4. Discussão

Com a inclusão de 12 estudos na presente pesquisa, entre os quais nove estudos primários e três revisões da literatura, foi possível perceber qual a atual evidência científica sobre a CSP nas ERPI, um pouco por todo o mundo.

Nos últimos anos houve um grande desenvolvimento de estudos acerca da CSP nas ERPI (Gartshore, Waring & Timmons, 2017). Impulsionados pelos EUA, outros países europeus e asiáticos têm desenvolvido estudos que permitem extrair uma razoável perspetiva no âmbito a CSP nas estruturas para pessoas idosas (Bondevik, Hofoss, Husebø & Deilkås, 2017; Santos, 2015; Park, Hong, Lim & Lee, 2015; He et al., 2020; Desmedt, Petrovic, Beuckelaere & Vandijck, 2018).

Apesar dos avanços referidos, as evidências relativas à CSP nas ERPI são ainda limitadas e incompletas. A baixa representatividade dos estudos estará relacionada com as diferenças nas tipologias e dimensões das estruturas entre cada país, mas também na grande variação dos problemas que essas estruturas revelam (Gartshore et al., 2017).

Um dos desafios para a segurança dos cuidados está relacionado com a qualificação dos colaboradores das ERPI. Grande parte dos prestadores de cuidados diretos não possui qualificações para tal (Gartshore et al., 2017). Estes factos remetem para a necessidade de desenvolver evidências mais robustas e profundas, tais como estudos qualitativos, que permitam dar a conhecer a realidade da cultura organizacional e sistémica (Gartshore et al., 2017). Outro aspeto que parece transversal na CSP nas ERPI é o facto dos colaboradores mais envolvidos nos cuidados e, naturalmente, mais próximos dos pacientes, revelarem classificações mais baixas do que os administradores (Banaszak-Holl et al., 2017; Santos, 2015).

Num estudo em ERPI da Noruega, colaboradores com categorias mais altas apresentam melhores pontuações em dimensões como “trabalho de equipa”, “clima de segurança” e “satisfação no trabalho” (Bondevik et al., 2017). Ao contrário, Banaszak-Holl et al. (2017), nos EUA, refere que os colaboradores mais antigos tendem a apresentar também classificações mais baixas que os mais novos.

Os administradores, com um papel fundamental nos processos de melhoria da qualidade, com avaliações habitualmente muito favoráveis quanto à CSP, deverão aproximar-se dos cuidados diretos de modo a identificarem as lacunas que afetam a segurança dos clientes (Banaszak-Holl et al., 2017; Santos, 2015).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.663-675

No estudo norueguês, em que a maioria dos participantes eram enfermeiros ou auxiliares, Bondevik et al. (2017) encontraram avaliações muito favoráveis quanto à comunicação e colaboração entre os elementos das equipas dos cuidados diretos. Contudo, encontrou pontuações mais baixas na comunicação e colaboração com os médicos e com os administradores.

Qualquer intervenção para melhoria da segurança que ignore as caraterísticas dos colaboradores e o modo como os cuidados diretos e diários são prestados estará condenada ao fracasso (Simmons et al., 2016).

A prevenção e a adequada notificação de eventos adversos parecem estar intimamente ligadas à CSP nos lares de idosos. Num estudo na Coreia do Sul, Park et al. (2015) identificam uma correlação positiva entre a CSP e a atenção perante as quedas, assim como as intervenções para a sua prevenção. Ainda assim, a complexidade da população das ERPI parece justificar melhor os múltiplos fatores que contribuem para os eventos adversos ocorridos nos lares (Simmons et al., 2016).

Referindo que na China a incidência de eventos adversos nas ERPI é muito maior que nos hospitais, He et al. (2020) sublinham que os relatos de eventos adversos são fundamentais para a SP. Nas ERPI estudadas por He et al. (2020) a perceção geral da SP é francamente favorável. No entanto, verifica-se um nível moderado na perceção da CSP e nos relatos de eventos adversos. À semelhança de outros estudos, dimensões como o "trabalho de equipa" e "conformidade com os procedimentos" revelam pontuações baixas, verificando-se grande precaridade nos colaboradores, com cargas de trabalho elevadas, havendo mesmo a tentação de optar por atalhos ou ignorar procedimentos (He et al., 2020).

Simmons et al. (2016) sustentam que, devido a vários motivos, as ERPI revelam uma grande dificuldade em mitigar ou evitar os fatores causais de eventos adversos nos residentes. Assumindo que esta realidade é diferente da hospitalar, integrar as dificuldades com a complexidade inerente à população e com as caraterísticas da estrutura e dos seus colaboradores pode ajudar na definição de cuidados baseadas na evidência com objetivos mais realistas (Simmons et al., 2016). Também Buljac-Samardžic & Van Woerkom (2018) defendem que a maioria dos eventos adversos parece estar mais relacionado com as condições dos pacientes.

Num estudo para avaliar a relação entre a CSP e a taxa de eventos adversos em ERPI nos EUA, Abusalem et al. (2019) encontraram dados compatíveis com o estudo da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). A maioria dos 252 participantes, além de terem uma boa ou excelente apreciação geral da SP, recomendaria a sua estrutura a amigos. Verificou-se também que o aumento da disponibilidade de cuidados de enfermagem e o aumento da CSP resultam numa influência significativa na diminuição de úlceras de pressão, ITU e quedas nas ERPI (Abusalem et al., 2019).

He et al. (2020) recomendam a criação de um banco chinês de relatos de eventos adversos em ERPI que permita o acesso a dados confiáveis, que forneça evidências para reduzir barreiras à notificação de eventos adversos e que promova a CSP. Esta poderá ser uma iniciativa de grande interesse noutros países.

Dificuldades na comunicação ao nível da gestão e a atmosfera punitiva evidenciam-se como barreias relevantes e transversais à notificação de eventos adversos. Os enfermeiros gestores terão um papel importante na definição de um caminho mais expedito, seguro, transparente e menos punitivo na comunicação de eventos adversos, no qual a equipa possa partilhar os erros e aprender (He et al., 2020; Santos, 2015; AHRQ, 2019).

Numa avaliação da CSP em 6 ERPI do norte da Bélgica, Desmedt et al. (2018) confirmam a tendência de apreciações mais favoráveis por parte dos gestores, ao obterem pontuações significativamente mais elevadas que os enfermeiros na maioria das dimensões.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.663-675

Ao estudar a CSP de enfermeiros em UCCI portuguesas, Santos (2015) verifica avaliações muito favoráveis nas dimensões "perceção geral da segurança do cliente", no "feedback e comunicação sobre a existência de incidentes" e nas "expectativas dos superiores hierárquicos em relação à promoção da segurança do cliente". A avaliação favorável revela-se também na pergunta se "considera a UCCI segura / recomendaria aos seus amigos?".

Nas UCCI portuguesas, dimensões como "pessoal", "conformidade com os procedimentos" e "formação e capacitação da equipa", não revelando pontuações negativas, constituem claras oportunidades de melhoria. Já a dimensão "resposta não punitiva a erros" apresenta-se como prioridade emergente de melhoria (Santos, 2015), facto que potenciará a subnotificação de erros.

Num estudo de dois anos apresentado em 2019, com abordagem à generalidade dos funcionários de 191 ERPI, num total de 10499 colaboradores, a AHRQ encontra avaliações mais favoráveis para as dimensões "perceções gerais de segurança dos residentes", "feedback e comunicação sobre incidentes" e "expectativas e ações do supervisor para promover a segurança dos residentes". Por sua vez, verifica-se um potencial de melhoria nas dimensões "trabalho de equipa", "abertura à comunicação" e "resposta não punitiva a erros" (AHRQ, 2019).

Desmedt et al., (2018) defendem que, ao contrário dos restantes estudos, os colaboradores das ERPI abrangidas apresentam uma avaliação favorável na dimensão "resposta não punitiva a erros". Ainda assim, também aqui, a equipa de saúde considera que os processos na comunicação de erros são difíceis. Outras dimensões que apresentam pontuações significativamente favoráveis neste estudo são comparáveis aos restantes estudos apresentados, nomeadamente "feedback e comunicação sobre a existência de incidentes" e "perceção geral da segurança dos residentes" (Desmedt et al., 2018). Também os colaboradores das ERPI na Bélgica evidenciam uma pontuação baixa na dimensão "pessoal" (Desmedt et al., 2018).

O bem-estar insatisfatório, o esgotamento físico e níveis de burnout moderados a elevados apresentam uma correlação significativa com piores índices de SP. Importa criar ambientes de trabalho seguros e favoráveis à saúde mental dos colaboradores de modo a melhorar a segurança do paciente (Hall et al., 2016).

As baixas pontuações encontradas nos diferentes estudos no que se refere à dimensão "pessoal" podem ser causadas por diversos fatores. Num estudo nos Países Baixos, Buljac-Samardžic & Van Woerkom (2018) concluíram que a maioria dos colaboradores vê a sua carga de trabalho como problemática. Ainda assim, esse entendimento não parece interferir na perceção da qualidade dos cuidados e na segurança do paciente. Pelo efeito motivacional, o apoio da equipa na utilização de pontos fortes de cada elemento parece ser uma boa estratégia na relação entre as necessidades de trabalho e o desempenho (Buljac-Samardžic & Van Woerkom, 2018).

O desenvolvimento de competências dos colaboradores das ERPI, seja qual for a sua profissão e nível académico, deverá ser uma aposta das estruturas que interpretem a SP como um fator crítico de sucesso (Banaszak-Holl et al., 2017; Park et al., 2015; He et al., 2020; AHRQ, 2019). É também necessária a definição clara do papel dos diferentes elementos da equipa. Ao contrário dos hospitais, a esmagadora maioria dos cuidados são assegurados por auxiliares, que garantem o acompanhamento diário dos residentes por longos períodos de tempo (Simmons et al., 2016).

O grande pilar dessa CS é, certamente, o conjunto de colaboradores que, num ambiente de grande exigência física e emocional, precisa de motivação, sustentabilidade e formação adequada. Os enfermeiros gestores devem desenvolver intervenções de melhoria tanto nos recursos humanos como nos procedimentos de modo a incrementar a qualidade dos cuidados e a segurança do residente (He et al., 2020; Park et al., 2015, Abusalem et al., 2019; Santos, 2015).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.663-675

Apesar dos avanços das últimas décadas, são necessários mais e diferentes estudos sobre todas as dimensões da CSP nas ERPI (Gartshore et al., 2017; Banaszak-Holl et al., 2017; Santos, 2015; Bondevik et al., 2017; AHRQ, 2019; Buljac-Samardžic et al., 2018).

4.1 Limitações da Revisão

A escassez de estudos referentes a ERPI, principalmente fora dos EUA, constituiu uma limitação significativa para a presente revisão. Ainda assim, foi possível obter uma perspetiva geral da CSP nas ERPI.

5. Conclusões

Além da literatura americana, a evidência científica referente à CSP nas ERPI é ainda escassa, designadamente em Portugal. Contudo, foi possível analisar um conjunto de estudos que permite uma visão geral desta problemática.

A CSP nas ERPI apresenta inúmeras dimensões e pode ser influenciada por múltiplos fatores. A complexidade dos estados de saúde e funcional da pessoa idosa e os problemas estruturais das instituições parecem comprometer significativamente a segurança dos residentes.

Parece claro que a qualidade da assistência nas ERPI, não só a dos cuidados, como a de todos os serviços prestados nas ERPI é influenciada pelo comportamento da generalidade dos seus colaboradores, assumindo assim um caráter multiprofissional. Esta dimensão revela-se na abrangência da população estudada pela generalidade dos investigadores.

A natureza das dimensões com avaliações menos favoráveis, assim como as características dos colaboradores das ERPI, evidenciam a necessidade do recurso à metodologia qualitativa nos estudos a desenvolver.

É fundamental a criação de um novo paradigma de segurança do residente em ERPI. Os enfermeiros em geral e os enfermeiros gestores em particular podem ter uma intervenção preponderante nesse novo paradigma. É também essencial o desenvolvimento de estudos sobre a realidade das ERPI portuguesas.

A presente revisão pode constituir um ponto de partida no planeamento dessa intervenção com vista uma melhoria CSP e, por conseguinte, da qualidade dos cuidados nas ERPI.

5.1 Conflito de Interesses

Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesse.

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.663-675

6. Referências

Abusalem, S., Polivka, B., Coty, M. B., Crawford, T. N., Furman, C. D., & Alaradi, M. (2019). The relationship between culture of safety and rate of adverse events in long-term care facilities. *Journal of Patient Safety*, 1–6. DOI: 10.1097/pts.0000000000000587;

AHRQ. (2019). Nursing home survey on patient safety culture: User Dtabase Report. Disponível em: https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/surveys/2019-nhsops-dbreport-parti.pdf;

Banaszak-Holl, J., Reichert, H., Todd Greene, M., Mody, L., Wald, H. L., Crnich, C., Meddings, J. (2017). Do safety culture scores in nursing homes depend on job role and ownership? Results from a national survey. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(10), 2244–2250;

Bondevik, G. T., Hofoss, D., Husebø, B. S., & Deilkås, E. C. T. (2017). Patient safety culture in Norwegian nursing homes. *BMC Health Services Research*, 17(1), 1–11. DOI: 10.1186/s12913-017-2387-9;

Bonner, A., Castle, N., Men, A. & Handler, S. (2009). Certified nursing assistants perceptions of nursing home patient safety culture: Is there a relationship to clinical outcomes? *Journal of the American Medical Directors Association*, 10(1), 11–20. DOI: 10.1016/j.jamda.2008.06.004;

Buljac-Samardžic, M. & Van Woerkom, M. (2018). Improving quality and safety of care in nursing homes by team support for strengths use: A survey study. *PLoS ONE*, 13(7), 1–17. DOI: 10.1371/journal.pone.0200065;

Carvalho, M. C., & Lucas, P. R. (2020). A eficácia da prática do enfermeiro líder clínico – Revisão sistemática da literatura. *Millenium*, 2(11), 57-64. DOI: 10.29352/mill0211.06.00274;

Castle, N., Perera, S., Ferguson, J., Handler, S. & Wagner, L. (2011). Comparing the safety culture of nursing homes and hospitals. *Journal of Applied Gerontology*, 30(1), 22–43. DOI: 10.1177/0733464809353603;

Desmedt, M., Petrovic, M., Beuckelaere, P., Vandijck, D. (2018). Assessing resident safety culture in six nursing homes in belgium, *Journal of Patient Safety* (00). DOI: 10.1097/PTS.0000000000000476;

DiCuccio, M. (2015) The relationship between patient safety culture and patient outcomes, *Journal of Patient Safety*: (11) 3. 135-142 DOI: 10.1097/PTS.0000000000000058;

Fradique, M., & Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série(10), 45–53. DOI: 10.12707/riii12133;

Gartshore, E., Waring, J., & Timmons, S. (2017). Patient safety culture in care homes for older people: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 17(1), 752. DOI: 10.1186/s12913-017-2713-2;

He, H., Yu, P., Li, L., Xiao, X., Long, Y., Wang, L., … Li, Y. (2020). Patient safety culture and obstacles to adverse event reporting in nursing homes. *Journal of Nursing Management*. DOI: 10.1111/jonm.13098;

Hughes, R. G. (2018). Overview of patient safety and quality of care. In Kelly, P., Vottero, B. & Christie-Mcauliffe, C., Introduction to Quality and Safety Education for Nurses (pp. 3-38).New York: Springer Publishing Company. DOI: 10.1891/9780826123855.0001;

Kowalski, S. L., Anthony, M., (2017) Nursing's evolving role in patient safety american. *American Journal of Nursing*: 117(2). 34-48. DOI: 10.1097/01.NAJ.0000512274.79629.3c;

Li, Y., Cen, X., Cai, X., & Temkin-Greener, H. (2019). Perceived patient safety culture in nursing homes associated with "nursing home compare" performance indicators. *Medical Care*, 57(8), 641–647. DOI: 10.1097/MLR.0000000000001142;

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. (2009). The PRISMA group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *Annals of Internal Medicine,* 151: 264–269. DOI: 10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135;

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.663-675

Park, B. H., Hong, E.Y., Lim, S.O., & Lee, G.S. (2015). Patient safety culture, attitude toward falls, and fall prevention activities of care workers in long-term care facilities. *Journal of Korean Gerontological Nursing*, 17(3), 166–174. DOI: 10.17079/jkgn.2015.17.3.166;

Ree, E., & Wiig, S. (2019). Employees' perceptions of patient safety culture in Norwegian nursing homes and home care services. *BMC Health Services Research*, 19(1), 1–8. DOI: 10.1186/s12913-019-4456-8;

Santos, S. (2015). A Cultura de segurança do cliente nas unidades de cuidados continuados integrados (Dissertação de mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa. Recuperada da base de dados: Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal;

Simmons, S., Schnelle, J., Sathe, N., Slagle, J., Stevenson, D., Carlo, M. & McPheeters, M. (2016). Defining safety in the nursing home setting: Implications for future research. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(6), 473–481. DOI: 10.1016/j.jamda.2016.03.005.

Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546–553. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.663-675

Que significados tem a sexualidade? Um estudo qualitativo

Rita Castro[1]

[1]Instituto Português de Psicologia e Outras Ciências, Porto, Portugal | a.r.f.c@hotmail.com | https://orcid.org/0000-0002-8841-400X

Resumo: A sexualidade é uma área fundamental na vida. Dado este ser um aspeto muito individual de cada pessoa, este estudo procurou conhecer quais os significados que são associados à sexualidade. Nomeadamente, qual o núcleo central e periféricos do termo "sexualidade" e quais as classes de significados que emergem. Para isso foi utilizada uma metodologia qualitativa, com recurso à Técnica de Associação Livre de Palavras. Participaram 1053 pessoas (838 do género feminino, 204 do género masculino e 11 de género não-binário) com uma média de 30.56 anos de idade (*DP*=11.01). Os dados foram tratados com o *software* de análise textual IRaMuTeQ. A partir da análise de frequência concluiu-se que as cinco palavras mais ditas foram: prazer (*n*=537), sexo (*n*=496), intimidade (*n*=449), amor (*n*=440) e relação (*n*=115). A análise prototípica permitiu compreender uma centralidade na concetualização da sexualidade em torno dos conceitos de prazer, sexo, intimidade e amor, com núcleos periféricos associados a relação, desejo, carinho, autoestima, diversão e casal. A análise da Classificação Hierárquica Descendente indicou um agrupamento dos significados da sexualidade em quatro classes: 1) Envolvimento; 2) Partilha; 3) Afeto; e 4) Expressão, em duas ramificações. A metodologia qualitativa através da TALP permitiu obter as evocações suscitadas acerca da sexualidade, de onde, a partir do conjunto de resultados das várias análises textuais, foi possível encontrar a existência de diferentes significados da sexualidade, que serão mais-valias a ser considerados na intervenção, desde os programas educativos até às intervenções clínicas, para melhor intervir procurando conhecer os significados da sexualidade no contexto.

Palavras-chave: Investigação Qualitativa; Análise Textual; Significados; Sexualidade; Portugal.

What does sexuality mean? A qualitative study

Abstract: Sexuality is a fundamental dimension in life. Given that this is a very individual aspect of each person, this study sought to know which meanings are associated with sexuality. Namely, what is the central and peripheral core of the term "sexuality" and what are the classes of meanings that emerge. For this, a qualitative methodology was used, using the Free Word Association Technique. Participated 1053 people (838 female, 204 male and 11 non-binary) with an average age of 30.56 years (*SD*=11.01). The data were treated with the textual analysis software IRaMuTeQ. From the frequency analysis it was concluded that the five most spoken words were: pleasure (*n*=537), sex (*n*=496), intimacy (*n*=449), love (*n*=440) and relationship (*n*=115). The prototypical analysis allowed us to understand a centrality in the conceptualization of sexuality around the concepts of pleasure, sex, intimacy, and love, with peripheral nuclei associated with relationship, desire, affection, self-esteem, fun and couple. The analysis of the Descending Hierarchical Classification indicated a grouping of the meanings of sexuality in four classes: 1) Involvement; 2) Sharing; 3) Affection; and 4) Expression, in two branches. The qualitative methodology through TALP allowed to obtain the evocations raised about sexuality, where, from the set of results of the various textual analyses, it was possible to find the existence of different meanings of sexuality, which will be added value to be considered in the intervention, from educational programs to clinical interventions, to better intervene seeking to know the meanings of sexuality in the context.

Keywords: Qualitative Research; Textual Analysis; Meanings; Sexuality; Portugal.

1. Introdução

A Organização Mundial de Saúde, em 1992, definia sexualidade como fundamental à saúde numa concetualização alargada onde se reflete que é uma "energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura e intimidade; que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações".

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.676-687

Em 2002, a definição é atualizada definindo-se sexualidade como “um aspeto central do ser humano ao longo da vida e inclui sexo, identidades e papéis de género, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade é experienciada e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relações. Embora a sexualidade possa incluir todas estas dimensões, nem sempre elas são todas experienciadas ou expressas. A sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, éticos, históricos, religiosos e espirituais” (World Health Organization, 2006, p. 5).

Tal denota como se trata de um conceito muito lato, para além do sexo (i.e., atividade/relação sexual) e da reprodução. E, como a sexualidade é vivida numa influência de múltiplos fatores, com impacto na saúde global ao longo da vida.

Cada vez mais a sociedade mostra abertura diante da sexualidade e uma conceituação e abordagem positivas. Ainda assim, continuam a ser notórias as dificuldades na expressão livre da sexualidade. Muitas pessoas ainda continuam a ser discriminadas por meio da sua orientação sexual e/ou identidade de género, sobretudo, em virtude de preconceitos, geradores de atitudes e comportamentos de ódio, como a homofobia e transfobia.

Assim, esta investigação, procurou, através da metodologia qualitativa, responder à questão: quais são os significados da sexualidade?

1.1 Conceito de Sexualidade

“Estamos perante uma pergunta difícil de responder: o que é a sexualidade” já diziam López e Fuertes (1989, p.8). É uma tarefa desafiante pela interligação da sexualidade a diversas áreas de conhecimento e pela dependência tão individual da própria vivência.

Entende-se que existem diversas dimensões que impactam o modo de pensar, sentir, e viver a sexualidade. Que varia ao longo do ciclo de vida, da história, da cultura, do contexto.

Weeks (2003) definiu cinco dimensões na organização social da sexualidade: o sistema família (casamento, parentalidade, relações não heterossexuais, divórcio, sexo não-reprodutivo); organização socioeconómica (jornada de trabalho, independência financeira); regulação social formal/informal (religião, medicina, duplo padrão sexual, rituais de humilhação pública); contexto político (lei de casamento, interrupção voluntária da gravidez); e cultura de resistência (contraceção, movimentos feministas, direitos homossexuais). A vivência da sexualidade está ancorada no contexto sociohistoricocultural, com influências da economia, política, e regulada pelas interações sociais, com uma expressão pessoal. Sendo os significados que atribuímos à sexualidade uma construção pessoal contextual (Parker, 2009).

A significação da sexualidade está intimamente interligada com a experiência pessoal inserida num determinado contexto sociohistoricocultural, fazendo com que a experiência universal da sexualidade seja uma vivência muito particular. Fará mais sentido falar de sexualidades. O significado da sexualidade é uma realidade pessoal, pelo que a existência será de significados de sexualidades, diversas, individuais a cada pessoa (Pontes, 2011).

O sexo é uma parte da sexualidade. Mas mesmo sem sexo continua a existir sexualidade. A sexualidade acompanha-nos em toda a vida, desde o nascimento à morte, adotando várias expressões e vivências. A sexualidade inclui o sexo (genitais e atividade sexual); a identidade (o sentido identitário de ser masculino, feminino, binário, não-binário, nenhum, qualquer) e o papel de género (o socialmente expectável de acordo com o género); a orientação sexual (o sentido de atração heterossexual, gay, lésbica, pansexual, assexual, bissexual); a autoestima (a ideia que temos do corpo); a experiência sexual; a influência da representação sexual nos media, redes sociais; a experiência de intimidade, confiança, compaixão, amor (Sexuality Resource Center for Parents, 2021).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.676-687

Em Portugal, analisou-se a representação social de sexo com uma centralidade das noções de amor e prazer (Gomes & Nunes, 2015). Pela proximidade com o conceito de sexualidade poderá esperar-se semelhança nuclear. A sexualidade está intimamente relacionada ao processo de socialização, sendo socialmente construída a sua representação e significados. A representação social de sexualidade quando analisada de um ponto de vista geracional revelou convergência de aspetos de modernidade e tradicionalismo (Trindade, 2020).

A sexualidade é um elemento que confere sentido e significado à existência vital humana. E, a identidade de género será um aspeto a considerar na análise dos significados da sexualidade. No género feminino poderá observar-se uma definição da sexualidade mais relacionada aos fatores biopsicossociais, com ênfase no afeto e no prazer (Vieira et al., 2016). Sendo a sexualidade uma vivência desenvolvimental em transformação em todo o ciclo de vida, a idade será um aspeto a analisar no entendimento dos significados. À medida que a idade avança poderão produzir-se significados mais relacionados ao amor, afeto, respeito e companheirismo (Queiroz et al., 2015).

2. Metodologia

Este estudo adotou uma metodologia qualitativa, com recurso à Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP). O uso do método qualitativo, em específico através da TALP, tem mais-valias no entendimento dos significados atribuídos aos construtos sociais assentes na dinâmica de evocação. A TALP permite o enunciar de forma livre, direta e simples dos significados latentes associados a um significante salientado (Abric, 2003), neste caso “sexualidade”.

2.1 Participantes

Através de uma amostragem não probabilística, pela técnica de bola de neve, colaboraram 1053 pessoas adultas, da população geral, com uma média de 30.56 anos de idade [*DP*=11.01; mínimo=18 (*n*=28); máximo=76 (*n*=1)]. A grande maioria das pessoas revelou identificar-se com o género feminino (*n*=838:79.6%), seguido de masculino (*n*=204:19.4%) e não-binário (*n*=11:1%). Relativamente a orientação sexual, a maioria das pessoas indicou orientação heterossexual (*n*=898:85.3%), seguida de bissexual (*n*=100:9.5%), outra (*n*=18:1.7%), lésbica, (*n*=17:1.6%), gay (*n*=17:1.6%) e assexual (*n*=3:0.3%). Quanto ao estado civil, a maioria indicou solteiro (*n*=662:62.9%), seguido de casado (*n*=198:18.8%), união de facto/coabitação (*n*=139:13.2%), divorciado (*n*=37:3.5%) e outro (*n*=16:1.5%). Na situação relacional, a grande maioria indicou ter relação íntima com um/a parceiro/a (*n*=717:68.1%), seguida de sem relação (*n*=294:27.9%), relação íntima com mais do que um/a parceiro/a (*n*=28:2.7%) e outra (*n*=14:1.3%). Relativamente a educação, a grande maioria das pessoas tinha habilitação de nível superior (*n*=814:77.3%), seguida de secundária (*n*=223:21.2%), outra (*n*=8:0.8%) e básica (*n*=8:0.8%). Em termos de situação profissional, a maioria encontrava-se empregada (*n*=475:45.1%), seguida de estudante (*n*=336:31.9%), trabalhadora-estudante (*n*=140:13.3%), desempregada (*n*=89:8.5%), reformada (*n*=8:0.8%) e outra (*n*=4:0.4%). As pessoas participantes tinham nacionalidade portuguesa (*n*=993:94.3%) ou estavam a residir em Portugal (*n*=1038:98.6%), maioritariamente na zona Norte (*n*=703:66.8%), seguida de Lisboa e Vale do Tejo (*n*=146:13.9%), Centro (*n*=140:13.3%), Açores (*n*=18:1.7%), Alentejo (*n*=12:1.1%), Madeira (*n*=10:0.9%) e Algarve (*n*=9:0.9%).

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.676-687

2.2 Materiais

- **Significados da Sexualidade:** Através da TALP para evocação foi pedida a indicação de cinco palavras/expressões que surgissem espontaneamente na mente ao pensar em "sexualidade". Também foi pedido que fosse indicada a positividade de cada palavra/expressão (numa escala de Likert de cinco pontos 1=muito negativa a 5=muito positiva).
- **Questionário Sociodemográfico:** Recolheram-se informações de caracterização geral da amostra. Como idade, género, orientação sexual, estado civil, situação relacional, situação profissional, nível de habilitações, nacionalidade e zona de residência.

2.3 Procedimentos

Na presente investigação, o uso da metodologia qualitativa através da TALP era fundamental para o objetivo da investigação. Esta técnica oferece a mais-valia de permitir conhecer de forma mais espontânea, através da evocação livre, os termos que surgem associados à sexualidade.

- **Ética e Deontologia:** As pessoas participantes tiveram conhecimento do propósito da investigação, por intermeio do consentimento informado, onde se ressalvava a garantia da confidencialidade e anonimato, bem como, a participação voluntária e possível de terminar a qualquer momento, sem qualquer penalização. Um e-mail foi deixado à disposição para contacto, se necessário.
- **Recolha de Dados:** A recolha de dados ocorreu por meio de um questionário online de autorrelato através da plataforma *SurveyMonkey* entre dezembro de 2020 e janeiro de 2021. A divulgação foi feita através de partilhas por e-mail, redes sociais (*LinkedIn* e *Instagram*), SMS, WhatsApp, bem como, contacto com instituições e organizações de saúde e ensino.
- **Análise de Dados**: Numa primeira fase, foi necessário realizar a uniformização de palavras (i.e., eliminar artigos/proposições, uniformizar a escrita), um procedimento habitual na TALP (Rosenberg & Jones, 1972). Posteriormente, a análise textual foi operada no *software* IRaMuTeQ (Ratinaud, 2009), que revela precisão estatística e possibilita uma grande variedade de análises textuais. Como a análise de frequência, com ilustração pela nuvem de palavras; a análise prototípica, evidenciando o núcleo central e periféricos; e a organização em agrupamentos de palavras através da análise de Classificação Hierárquica Descendente (CHD) (Camargo & Justo, 2013). A nuvem de palavras permite uma visão geral da frequência de evocação das palavras, com maior destaque para as mais citadas. A CHD é uma análise composta da associação entre os segmentos textuais semelhantes em classes, de onde resulta um dendrograma com a composição de cada classe, com as palavras e a respetiva força de associação com a classe (Camargo & Justo, 2013). Analisou-se também a associação de cada classe com o conjunto de variáveis sociodemográficas (idade, género, orientação sexual, estado civil, situação relacional). Para a idade foi necessário criar grupos de faixas etárias, tendo-se agrupado nos seguintes: 18-24 jovem, 25-29 adultez jovem, 30-45 adultez madura, 46-65 adultez meia idade, 66+ adultez velhice. Para análise descritiva da amostra e da positividade das palavras citadas foi utilizado o *software* SPSS.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.676-687

3. Resultados

3.1 Análise de Frequência

No total, foram citadas 5265 palavras (645 formas diferentes e 349 formas evocadas apenas uma vez). A análise de frequência, complementada pela ilustração da nuvem de palavras (Figura 1), permitiu concluir que as dez palavras mais citadas foram: prazer (*n*=537), sexo (*n*=496), intimidade (*n*=449), amor (*n*=440), relação (*n*=115), desejo (*n*=103), liberdade (*n*=89), carinho (*n*=85), sensualidade (*n*=81) e corpo (*n*=80).

A análise de frequência de cada palavra, pela sua ordem de evocação, evidenciou que, em primeiro, as cinco palavras mais citadas foram sexo (*n*=269), intimidade (*n*=140), amor (*n*=129), prazer (*n*=126) e liberdade (*n*=21). Em segundo, as cinco palavras mais citadas foram prazer (*n*=144), intimidade (*n*=126), amor (*n*=106), sexo (*n*=85) e desejo (*n*=23). Em terceiro, as cinco palavras mais citadas foram prazer (*n*=116), amor (*n*=81), intimidade (*n*=78), sexo (*n*=63) e relação (*n*=25). Em quarto, as cinco palavras mais citadas foram prazer (*n*=87), amor (*n*=69), intimidade (*n*=66), sexo (*n*=49) e relação (*n*=28). E, em quinto, as cinco palavras mais citadas foram prazer (*n*=64), amor (*n*=55), intimidade (*n*=39), sexo (*n*=30) e confiança (*n*=22).

As palavras citadas apresentaram elevada positividade (*M*=4.48, *DP*=0.64), independentemente da ordem de evocação.



Fig. 1. Nuvem de palavras.

- **Análise de Frequência por Género.** Quando analisada a frequência considerando o ponto de vista da identificação de género, as cinco palavras mais citadas pelas pessoas de género feminino foram prazer (*n*=424), sexo (*n*=393), amor (*n*=359), intimidade (*n*=352) e relação (*n*=86). Pelas pessoas de género masculino foram prazer (*n*=107), sexo (*n*=101), intimidade (*n*=93), amor (*n*=75) e relação (*n*=29). E, pelas pessoas de género não-binário foram prazer (*n*=6), amor (*n*=6), intimidade (*n*=4), companheirismo (*n*=2) e união (*n*=2).

Na Tabela 1 pode encontrar-se uma análise de frequência complementar, com as primeiras três palavras mais citadas por género em cada ordem de evocação.

Relativamente à positividade das palavras, não foram encontradas diferenças de género (feminino, *M*=4.49; masculino, *M*=4.44, *p*=0.254).

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.676-687

Tabela 1. Frequência das palavras segundo o género por ordem de evocação.

	Feminino	Masculino	Não-Binário
Palavra 1	sexo (*n*=192)	sexo (*n*=73)	sexo (*n*=4)
	intimidade (*n*=128)	amor (*n*=26)	atração (*n*=1)
	prazer (*n*=106)	prazer (*n*=20)	espetro (*n*=1)
Palavra 2	prazer (*n*=113)	prazer (*n*=31)	assexualidade (*n*=1)
	intimidade (*n=101)*	intimidade (*n*=25)	corpo (*n*=1)
	amor (*n*=89)	amor (*n*=17)	demissexual (*n*=1)
Palavra 3	prazer (*n*=90)	prazer (*n*=26)	intimidade (*n*=2)
	amor (*n*=64)	amor (*n*=16)	amor (*n*=1)
	intimidade (*n*=63)	intimidade (*n*=13)	assexualidade (*n*=1)
Palavra 4	prazer (*n*=73)	amor (*n*=14)	amor (*n*=2)
	intimidade (*n=57)*	prazer (*n*=14)	diversidade (*n*=1)
	amor (*n=53)*	sexo (*n*=13)	expressão (*n*=1)
Palavra 5	prazer (*n*=54)	sexo (*n*=14)	prazer (*n*=2)
	amor (*n*=49)	intimidade (*n*=11)	confiança (*n*=1)
	intimidade (*n*=28)	prazer (*n*=8)	corpo (*n*=1)

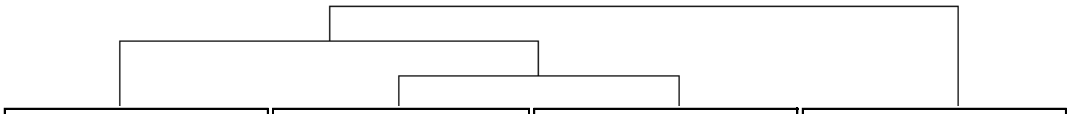
3.2 Análise de Classificação Hierárquica Descendente

Do corpus geral constituído por 5265 ocorrências, separadas por 1053 segmentos de texto (ST), foram aproveitados para análise 928 ST, representando 88.13% do total. O conteúdo textual revelou-se agrupado em quatro classes: Classe 1 Envolvimento; Classe 2 Partilha; Classe 3 Afeto; e Classe 4 Expressão, que se encontram divididas por duas ramificações e uma sub-ramificação (Figura 2).

- **Classe 1 – Envolvimento.** É a maior classe, com 271 ST (29.2%), integrando palavras como desejo (χ^2=70.86), orgasmo (χ^2=55.87), excitação (χ^2=52.09), sexo (χ^2=50.19), sensualidade (χ^2=38.86) e satisfação (χ^2=33.57). Predominando palavras indicadas por pessoas em situação civil de casamento (χ^2=5.95) ou união de facto (χ^2=3.99).
- **Classe 2 – Partilha.** Contém 245 ST (26.4%) incluindo palavras como intimidade (χ^2=69.55), confiança (χ^2=57.31), parceiro (χ^2=37.79), prazer (χ^2=37.41), descobrir (χ^2=32.05) e consentimento (χ^2=22.34). Predominando palavras indicadas por pessoas na faixa etária desenvolvimental da idade da adultez madura (χ^2=4.39).
- **Classe 3 – Afeto.** É a menor classe, com 159 ST (17.13%), contendo palavras como carinho (χ^2=119.2), cumplicidade (χ^2=112.5), respeito (χ^2=102.1), união (χ^2=72.03), companheirismo (χ^2=68.75) e amor (χ^2=57.94). Predominando palavras indicadas por pessoas que se identificam com género não binário (χ^2=9.45) e orientação sexual lésbica (χ^2=4.76).
- **Classe 4 – Experiência.** Agrupa 253 ST (27.26%) integrando palavras como género (χ^2=102.8), identidade (χ^2=99.92), orientação sexual (χ^2=99.61), expressão (χ^2=51.36) e orientação (χ^2=42.6). Predominando palavras indicadas por pessoas em situação civil de solteiro (χ^2=35.95).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.676-687



Classe 1 Envolvimento (29.20 %) 271 ST		Classe 2 Partilha (26.40 %) 245 ST		Classe 3 Afeto (17.13 %) 159 ST		Classe 4 Expressão (27.26 %) 253 ST	
Palavras	χ^2	Palavras	χ^2	Palavras	χ^2	Palavras	χ^2
desejo	70.86	intimidade	69.55	carinho	119.15	género	102.81
orgasmo	55.87	confiança	57.31	cumplicidade	112.51	identidade	99.92
excitação	52.09	parceiro	37.79	respeito	102.13	orientação sexual	99.61
sexo	50.19	prazer	37.41	união	72.03	expressão	51.36
sensualidade	38.86	descobrir	32.05	companheirismo	68.75	orientação	46.20
satisfação	33.57	consentimento	22.34	amor	57.94	relações sexuais	25.18
paixão	33.09	bem-estar	20.24	alegria	48.89	casal	35.18
masturbação	27.83	saúde	20.00	amizade	39.03	escolha	35.18
cama	24.51	relaxamento	19.66	afeto	34.17	diversidade	35.18
namorado	24.51	conforto	19.66	companheiro	24.31	íntimo	32.44
felicidade	22.80	entrega	19.09	cuidado	23.36	mente	21.53
bom	22.03	partilha	18.73	aventura	23.36	energia	21.53
tesão	21.96	autoestima	17.28	sensibilidade	19.43	privacidade	18.82
atração	17.24	vulnerabilidade	15.50	partilha	14.48	órgãos genitais	18.82
intensidade	10.37	proximidade	15.50			vontade	17.40
erotismo	10.22	emoção	14.83			relação	17.25
		corpo	14.53			pessoal	16.11
		conexão	14.04			personalidade	16.11
		conhecimento	12.39			necessidade	16.11
		exploração	12.30			aceitação	16.11
		estimulação	11.20			sentimento	13.97
						preferência	13.41
						direito	13.41
						crescimento	13.41
						saudável	13.41
						reprodução	13.41
						igualdade	13.41
						fisico	13.41
						fluidez	13.41
						livre	12.15
						desenvolvimento	10.72
						preconceito	10.72
						individualidade	10.72
						relacionamento	10.19
***civil casado**	5.95	***adult. madura**	4.39	***género nbinário**		***civil solteiro**	35.95
***civil união**	3.99			***orient. lésbica**			

Fig. 2. Classificação Hierárquica Descendente.

3.3 Análise de Similitude e Prototípica

A análise de similitude (Figura 3) auxiliou na compreensão visual da estrutura do corpus textual. É possível confirmar a ênfase das palavras mais evocadas: prazer, sexo, intimidade e amor. Com a centralidade de prazer de onde emergem os outros núcleos de significado e palavras significativas associadas. De prazer surgem palavras como partilha, orgasmo e liberdade; de amor surgem cumplicidade e carinho; de sexo surgem relação, afeto e sensualidade; e de intimidade surgem confiança e conexão.

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.676-687

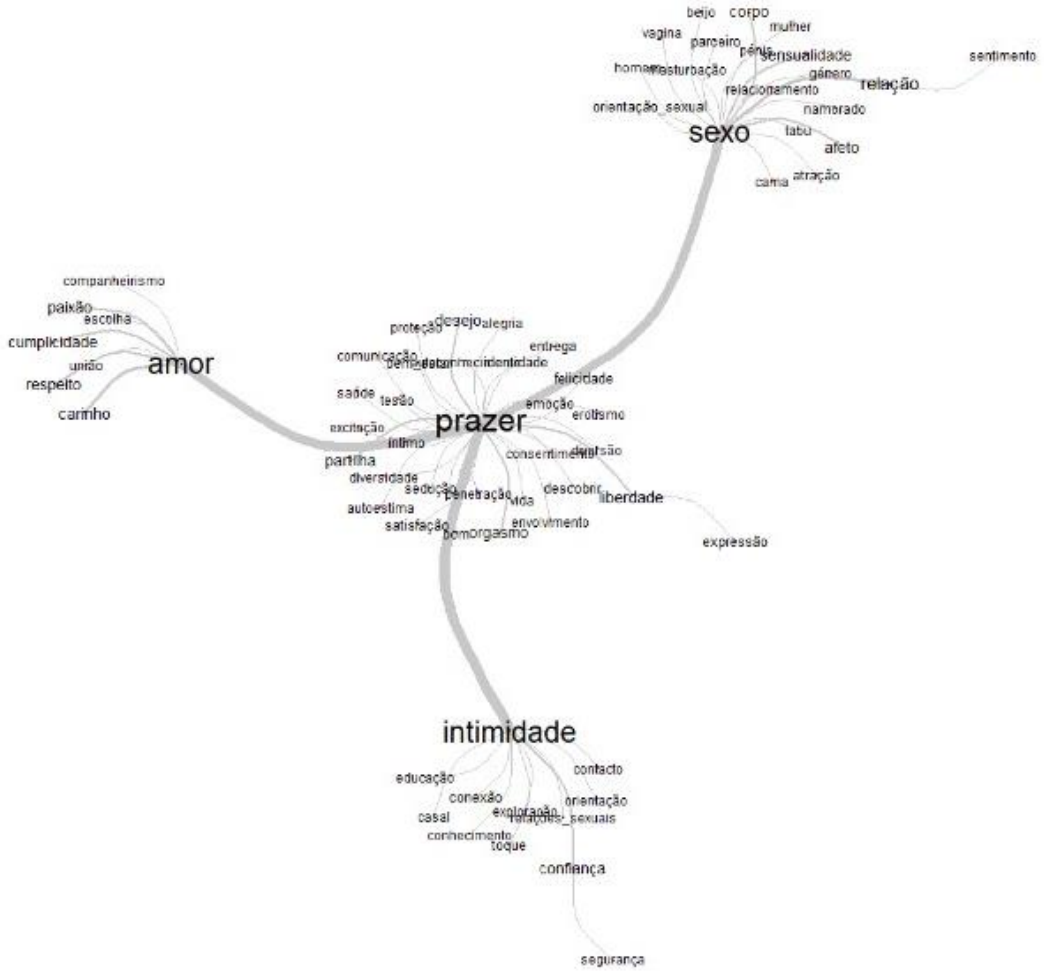


Fig. 3. Análise de similitude-

A análise prototípica reforçou o entendimento da estrutura de concetualização da sexualidade a partir dos critérios de frequência e ordem de evocação. O diagrama (Tabela 2) apresentou as quatro dimensões da representação do construto sexualidade. O primeiro quadrante (elevada frequência e baixa ordem de evocação) traduz o possível núcleo central da sexualidade com as palavras prazer, sexo, intimidade, amor e liberdade. O segundo quadrante (elevada frequência e maior ordem de evocação) traduz o primeiro núcleo periférico com as palavras relação, desejo, carinho, corpo e partilha. O quarto quadrante (baixa frequência e baixa ordem de evocação) indica a zona de contraste com as palavras relações sexuais, escolha, bom, educação e contacto. E, o quarto quadrante (baixa frequência e maior ordem de evocação) indica o segundo núcleo periférico com as palavras autoestima, diversão, casal, íntimo e erotismo.

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.676-687

Tabela 2. Análise prototípica das palavras evocadas para "sexualidade".

Núcleo Central			Primeiro Núcleo Periférico		
Palavra	***f* ≥ 17**	**OME ≤ 2.9**	**Palavra**	***f* ≥ 21**	**OME ≤ 4.1**
Prazer	537	2.7	Relação	115	3.1
Sexo	496	2.0	Desejo	103	3.1
Intimidade	449	2.4	Carinho	85	3.3
Liberdade	89	2.9	Corpo	80	3.0
Sensualidade	81	2.9	Partilha	76	3.4
Afeto	77	2.7	Confiança	70	3.5
Orientação sexual	48	2.6	Orgasmo	67	3.6
Género	41	2.6	Paixão	65	3.4
Mulher	35	2.6	Cumplicidade	60	3.5
Expressão	34	2.6	Respeito	55	3.5
Homem	21	2.8	Atração	53	3.0
Sedução	17	2.7	Descoberta	42	3.4
Tesão	17	2.8	Satisfação	39	3.3
Pénis	17	2.8	Identidade	37	3.5
			Entrega	34	3.6
			Parceiro	32	3.2
			Toque	29	3.3
			Felicidade	28	3.9
			Relações	28	3.1
			Conexão	28	3.1
			União	27	4.1
			Masturbação	24	3.6
			Autoconhecimento	24	3.2
			Excitação	23	3.4
			Saúde	23	3.2
			Bem-estar	22	3.5
			Conhecimento	22	3.5
			Beijo	21	3.1

Zona de Contraste			Segundo Núcleo Periférico		
Palavra	***f* ≥ 2**	**OME ≤ 2.9**	**Palavra**	***f* ≥ 8**	**OME ≤ 4.7**
Relações sexuais	16	2.6	Autoestima	16	3.6
Escolha	13	2.7	Diversão	16	3.6
Bom	11	2.5	Casal	15	3.2
Educação	10	2.9	Íntimo	14	3.4
Contacto	9	2.6	Erotismo	14	3.6
Relação sexual	9	2.6	Emoção	14	3.6
Bissexualidade	8	2.5	Companheirismo	14	3.3
Sensual	7	2.9	Vida	14	3.6
Preferência	6	2.5	Sentimentos	13	3.5
Direito	6	2.3	Vagina	13	3.6
Heterossexualidade	6	2.3	Diversidade	13	3.9
Coito	6	2.8	Proteção	12	4.7
Gay	5	2.0	Comunicação	12	3.0
Sensações	4	2.8	Cama	12	3.3
Espetro	4	2.0	Envolvimento	11	3.7
Preconceito	4	2.8	Namorado	11	3.9
Repressão	3	2.7	Exploração	11	3.7
Expressão sexual	3	2.3	Segurança	10	4.0
Ato sexual	3	2.3	Alegria	10	3.8
Fazer amor	3	2.7	Intensidade	9	3.8
Foder	3	2.7	Educação sexual	9	3.2
Identidade de género	3	1.7	Vontade	9	3.1
Lésbica	3	2.0	Mente	9	3.3
Cona	3	1.7	Energia	8	4.1
Pila	3	1.3	Proximidade	8	3.5
Gostoso	2	2.5	Privacidade	8	4.4
Riso	2	2.5	Importante	8	3.8
Novidade	2	2.5	Vulnerabilidade	8	3.4

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.676-687

Núcleo Central			Primeiro Núcleo Periférico		
Palavra	***f* ≥ 17**	**OME ≤ 2.9**	**Palavra**	***f* ≥ 21**	**OME ≤ 4.1**
Mamas	2	2.5	Nudez	8	3.4
Envolvência	2	2.0	Beleza	8	3.2
Relações íntimas	2	2.0	Amizade	8	3.6

Nota. OME = Ordem Média de Evocação; *f* = Frequência

4. Discussão

A adoção da metodologia qualitativa, com a TALP, possibilitou a compreensão abrangente dos significados associados à sexualidade. É possível entender, pela análise conjunta dos resultados, a emergência na significância da sexualidade de várias áreas de vivência e influência, o que vai ao encontro da definição atual de sexualidade da WHO (2006).

Destacam-se, com confirmação das várias análises textuais, a centralidade de construtos nucleares na forma de significar a sexualidade, muito relacionados a prazer (associado a libertação), sexo (mais relacionado com a componente física/relacional), intimidade (associada à necessidade de confiança), e amor (mais associado à dimensão sentimental), com semelhança à representação social de sexo (Gomes & Nunes, 2015). Com suporte nos núcleos periféricos, mais relacionados à exploração e partilha da sexualidade, e zona de contraste, relativa à diversidade de expressão e vivência da sexualidade.

A análise do agrupamento das palavras reforça a noção de uma multiplicidade de contextos de significação e vivência da sexualidade, ao longo de toda a vida, quer do ponto de vista de vivência mais privada, como as Classes Envolvimento, Partilha e Afeto, quer do ponto de vista de vivência mais social, como a Classe Expressão. A classe Expressão aparece com palavras que refletem o domínio da expressão social da sexualidade no seu amplo espetro de possibilidades de vivência, nomeadamente na diversidade de género, identidade de género, orientação sexual, reforçadas pelas noções de direito, necessidade, aceitação e igualdade. No âmbito daquilo que se entende por uma vivência privada, a classe Envolvimento reflete as dinâmicas da vivência sexual a nível psicológico, como o desejo, e fisiológico, como a excitação, também relacionadas a intensidade, sensualidade e erotismo; a classe Partilha remete para a necessidade de uma vivência íntima, com confiança, muitas vezes associada à dinâmica com um parceiro, entrega, com prazer e bem-estar; e a Classe Afeto ilustra a dimensão emocional e relacional da vivência da sexualidade, numa relação de cumplicidade, companheirismo, marcada pelo carinho e respeito, com união e amor.

Ao olhar para as classes que emergiram, percebem-se as várias dimensões que compõem a sexualidade, desde uma dimensão mais privada, com influências da componente da biologia, da psicologia, até uma dimensão mais social, com influência sociocultural e histórica. O que é bastante notório pela classe Expressão, com a sexualidade como veículo de identidade pessoal, com direitos e necessidade de respeito e aceitação, indo ao encontro da concetualização recente (Pontes, 2011; Sexuality Resource Center for Parents, 2021).

Da análise de associação com dimensões sociodemográficas, o género revelou-se como não tendo associação significativa com os significados da sexualidade (em contraste com outras culturas, Vieira et al., 2016). Revela-se semelhança de evocação transversal centrada no prazer, intimidade e sexo, reflexo de transformações sociais modernas (Trindade, 2020). Encontrou-se, apenas, associação com a Classe Afeto, de pessoas que se identificam com género não binário ou orientação sexual lésbica, talvez pela necessidade, devido à vivência discriminatória, de respeito, companheirismo e união. Verificou-se associação da Classe Envolvimento com pessoas casadas ou em união de facto/coabitação, talvez pela fase relacional/de vida, que foca nas dinâmicas da resposta sexual, desde desejo, excitação e orgasmo associadas à noção de satisfação. Percebeu-se associação da Classe Partilha a pessoas na faixa etária da adultez madura, o que poderá refletir o maior foco na dinâmica de prazer, de intimidade e confiança (indo ao encontro de outros estudos, Queiroz et al., 2015).

CC BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.676-687

E, a Classe Expressão surgiu com elevada associação a pessoas solteiras, possivelmente pela nova forma de entender a sexualidade, numa perspetiva mais diversa e plural, afastada da tradição (Trindade, 2020).

Apesar das limitações de amostra, bastante jovem, sobretudo de género feminino, com escolarização elevada e da zona Norte de Portugal, e de recolha no momento mundial pandémico, que requerem cautela na generalização, e necessidade de melhor aprofundar a análise segundo o género, este estudo traz informação que deve ser considerada, quando abordamos a temática da sexualidade, quer do ponto de vista da educação sexual, quer do ponto de vista da intervenção terapêutica sexual. Torna-se mais clara a necessidade de procurar conhecer o entendimento da pessoa acerca da sexualidade para melhor intervir de forma ajustada ao contexto real. E, nas abordagens da educação sexual, como notado pelas várias áreas de significados da sexualidade, não podemos continuar a focalizar as intervenções apenas nas questões do Envolvimento, como a resposta sexual, a reprodução. Temos, também, de educar e intervir nas questões da dinâmica relacional, como consentimento, e da expressão social, como identidades e orientações sexuais, bem como, direitos e necessidades.

Pela evocação no discurso de diversos significados, que vêm corroborar os desafios de definição da sexualidade, como construto amplo e de significado idiossincrático (Parker, 2009; Pontes, 2011), é necessário continuar a investigação, porque a linguagem é veículo de entendimento e codificação da realidade envolvente. E, portanto, é preciso compreender, por exemplo, como os modos de pensar a sexualidade impactam a sua vivência, procurando conhecer a associação com variáveis da saúde sexual (como prazer sexual, desejo sexual, satisfação sexual).

5. Conclusão

Através da abordagem qualitativa com a TALP, que permitiu a evocação livre dos significados associados à sexualidade, e pelo desenvolvimento de análises textuais diversas de resultados complementares, foi possível melhor aprofundar e compreender os significados da sexualidade, tornando mais segura e completa a derivação de conhecimento. Concluindo-se pela centralidade na significação da sexualidade das noções de prazer, sexo, intimidade, amor, relação e desejo, em quatro classes principais: Envolvimento, Partilha, Afeto e Expressão. Resultados que poderão ser úteis na melhoria das propostas de intervenção-ação em contexto.

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.

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

Gomes, A., & Nunes, C. (2015). Representação social do sexo nos jovens adultos Portugueses. *Psicologia Reflexão e Crítica*, *28*(1), 177-185. http://dx.doi.org/10.1590/1678-7153.201528119

López, F., & Fuertes, A. (1999). *Para compreender a sexualidade*. Lisboa: Associação para o Planeamento Familiar.

Parker, R. (2009). Sexuality, culture and society: Shifting paradigms in sexuality research. Culture, Health & Sexuality, *11*(3), 251-266. https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13691050701606941

Pontes, A. (2011). *Sexualidade: Vamos conversar sobre isso? – Promoção do desenvolvimento psicossexual na adolescência: Implementação e avaliação de um programa de intervenção em meio escolar* [Tese de Doutoramento Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto]. https://hdl.handle.net/10216/24432

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.676-687

Queiroz, M., Lourenço, R., Coelho, M., Miranda, K., Barbosa, R., & Bezerra, S. (2015). Social representations of sexuality for the elderly. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *68*(4), 662-667. https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680413i

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. https://doi.org/10.1037/h0032891

Sexuality Resource Center for Parents. (2021). *A definition of sexuality.* Retirado 23 de fevereiro 2021 de http://www.srcp.org/for_all_parents/definition.html

Trindade, I. (2020). Representações sociais de género e sexualidade em Portalegre e Lisboa [Dissertação de Mestrado Instituto Universitário de Lisboa]. https://www.iscte-iul.pt/tese/10443

Vieira, K., Nóbrega, R., Arruda, M., & Veiga, P. (2016). Representação social das relações sexuais: Um estudo transgeracional entre mulheres. *Psicologia: Ciência e Profissão*, *36*(2), 329-340. https://doi.org/10.1590/1982-3703001752013

Weeks, J. (2003). *Sexuality*. Nova Iorque: Routledge.

World Health Organization. (2006). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health*, 28-31 January 2002. Geneva: World Health Organization.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.676-687

Grupo Focal como metodologia de pesquisa na Residência Médica

Luciana Segurado Côrtes[1], Ana Maria Costa[2], Antonio Carlos Rodrigues da Cunha[3] e Letícia Segurado Côrtes[4]

[1] Programa de Residência Médica de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Regional Leste do Distrito Federal, Brasil | lucianasegurado@yahoo.com.br I https://orcid.org/00000-0002-8952-08322

[2] Programa de Pós-graduação da Escola Superior de Ciências da Saúde - ESCS/DF, Brasil | dotorana@gmail.com | http://orcid.org/0000-0002-1931-3969

[3] Conselho de Ética em Pesquisa Universidade de Brasília, Brasil I acrc@unb.br I https://orcid.org/0000-0001-6238-3287

[4] Faculdade de Informação e Comunicação Universidade Federal de Goiás, Brasil I leticiascortes@ufg.br I https://orcid.org/0000-0003-0196-4728

Resumo: Introdução: A Residência Médica representa a melhor forma de capacitação em serviço após a conclusão da faculdade de Medicina. A Ginecologia e Obstetrícia possui um órgão regulador nacional denominado de Febrasgo (Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia) que desenvolveu uma matriz de competência para uniformizar todos os programas de Residência Médica. Essa mudança despertou o desejo de realizar uma pesquisa com as residentes de um hospital público**. Objetivos**: O presente estudo resolveu avaliar se o eixo da matriz de competência referente às questões de sexualidades (que representa o décimo eixo), eram contempladas no Programa de Residência Médica de Ginecologia e Obstetrícia do referido hospital**. Métodos e Discussão**: A metodologia utilizada foi a qualitativa, na modalidade de grupo focal, como forma de avaliar se as profissionais em formação de um hospital público obtiveram contato com pacientes de orientações sexuais homoafetivas durante o percurso de três anos da Residência. Desse modo, foram reunidas em ambiente neutro e a reunião foi coordenada por um moderador e uma auxiliar de pesquisa. **Resultados e Conclusões:** A partir do grupo focal, pode-se perceber que um terço das residentes teve contato com o atendimento de pacientes do objeto de estudo e, assim, foram acrescidos à programação teórica tópicos referentes a esse tema, com o intuito de contemplar a matriz de competência.

Palavras-chave: Residência Médica; Matriz de Competência; Grupo focal.

Focus group as teaching strategy in Medical Residency

Abstract: Introduction: Medical Residency represents the best form of in-service training after completing medical school. Gynecology and Obstetrics has a national regulatory body called Febrasgo (Brazilian Federation of Gynecology and Obstetrics) that has developed a competency matrix to standardize all Medical Residency programs. This change aroused the desire to conduct a survey with the residents of a public hospital. Objectives: The present study decided to assess whether the axis of the competence matrix related to sexuality issues (which represents the tenth axis), were included in the Medical Residency Program of Gynecology and Obstetrics of the referred hospital. **Methods and Discussion:** The methodology used was qualitative, in the form of a focus group, as a way of assessing whether the professionals in formation at a public hospital had contact with patients of homo-affective sexual orientations during the three-year course of the Residence. Thus, they were brought together in a neutral environment and the meeting was coordinated by a moderator and a research assistant. **Results and Conclusions:** From the focus group, it can be seen that one third of the residents had contact with the care of patients of the object of study and, thus, topics related to this theme were added to the theoretical program, in order to contemplate the matrix of competence.

Keywords: Medical Residence; Competency Matrix; Focus Group.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.688-693

1. Introdução: Motivações para a Pesquisa

A Residência Médica (RM) é a melhor forma de capacitação do médico em serviço (Feitosa *et al,* 2020) e os Programas de RM, que são a modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos sob a forma de curso de especialização, representam o modelo dominante de formação pós-graduada em medicina nas Américas e Europa e tem, como característica, o vínculo entre o aprendizado e a experiência em serviços de saúde qualificados. Hoje é o alvo quase obrigatório dos estudantes de medicina nos países do 1º Mundo (Romão, 2017).

O modelo atual de RM deriva daquele experimentado por Halsted e articulado por este juntamente com Osler e Welch no Johns Hopkins Hospital, situado em Baltimore, Maryland-EUA, com a finalidade de corrigir as inadequações decorrentes do treinamento não-estruturado e assegurar que o médico residente desenvolva as competências necessárias à prática na sua especialidade de escolha (Long, 2000).

Desse modo, a formação do residente de Obstetrícia e Ginecologia envolve múltiplos aspectos: como o conhecimento clínico, o desenvolvimento de habilidades e técnicas, além do amadurecimento de atitudes pessoais, éticas e profissionais (Júnior, 2007). Assim, os futuros tocoginecologistas dependerão, para uma boa formação profissional, de seu esforço individual e de boas condições de treinamento oferecidas por parte das instituições formadoras, destacando-se a importância essencial da atuação dos preceptores dos programas. O treinamento durante a residência médica deve propiciar ao médico residente domínio suficiente para ingressar no competitivo mercado de trabalho de modo a permitir o atendimento necessário às suas futuras pacientes, com boa qualidade técnica e humanística (Júnior, 2007).

Assim, os programas de RM têm, como característica principal, o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes, de forma sistematizada e supervisionada por profissionais competentes, que procuram oferecer a formação em todos os seus aspectos: técnicos, éticos e humanísticos (Romão, 2017).

Como forma de corroborar isso, a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) desenvolveu recentemente uma matriz de competências para a formação de médicos residentes (R) em ginecologia e obstetrícia, com base no “The Obstetrics and Gynecology Milestone Project”, que foi elaborado pelo American Board of Obstetrics and Gynecology (ABOG) e pelo American College of Obstetrics e Ginecologia (ACOG) (Sá e Romão, 2019). A Matriz de Competências em Ginecologia e Obstetrícia constitui uma importante referência para uniformizar e qualificar os programas de residência médica nessa especialidade em todo Brasil, como também para orientar os processos de formação e avaliação do residente e de certificação do especialista em Ginecologia e Obstetrícia (Sá e Romão, 2019).

Os objetivos essenciais dessa matriz é: assegurar maior consistência e coerência na orientação dos Programas de Residência Médica (PRM) em Ginecologia e Obstetrícia; distribuir as competências de maneira hierarquizada e crescente em complexidade para o primeiro, segundo e terceiro ano de residência; referenciar a avaliação do médico residente em Ginecologia e Obstetrícia para cada um dos seus componentes: conhecimentos, habilidades e atitudes; permitir o aprendizado do residente a partir da avaliação transparente e ajustada ao seu nível de progressão; referenciar a avaliação de Programas de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia e orientar a preceptoria e supervisão local dos Programas de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo, 2019).

Ao avaliar o 10º eixo, referente à atenção à saúde e cuidados em ginecologia endócrina, observa-se que o residente do 1º ano deve demonstrar conhecimento básico sobre a resposta sexual feminina e masculina e aspectos biopsicossociais da construção da sexualidade, incluindo aspectos da orientação sexual e identidade de gênero.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.688-693

O residente do 2º ano deve estar habilitado a realizar diagnóstico diferencial, acompanhamento clínico e abordagem terapêutica multiprofissional das disfunções sexuais de origem orgânica (dispareunia, vaginismo, vulvodinia), psíquica e disforia de gênero, para os componentes de Conhecimento (C), Habilidade (H) e Atitude (A) (Febrasgo, 2019).

Desse modo, por ser um tema atual, despertou a intenção de discuti-lo e avaliá-lo na população de residentes do hospital público do Distrito Federal utilizando o grupo focal, como estratégia de ensino nesse processo de formação profissional médica.

2. Questões Mobilizadoras

Diante dessa nova mudança de abordagem da Residência Médica sobre a forma de matriz de competências e referente às questões de sexualidade, surgiram inquietações nos pesquisadores para determinar se as profissionais em formação possuíam familiaridade em relação ao tema de homossexualidade e, se o mesmo, havia se descortinado a elas durante essa etapa de crescimento profissional no Programa de Residência Médica de Ginecologia e Obstetrícia de um hospital público.

Assim, esse artigo representou uma parte da dissertação de Mestrado, que foi realizada com os residentes acima referidos, porém foi avaliada somente a vertente relacionada com a pós-graduação médica e homossexualidade, porém na pesquisa completa houve a abordagem da presença do tema da homossexualidade na educação familiar, escolar, formação acadêmica.

3. Método e Discussão

Em um grupo de nove residentes (três do primeiro ano; três do segundo e três do terceiro ano, utilizou-se a técnica de um grupo focal (GF) preconizada por Minayo, (2014) e que, de acordo com essa autora, por se tratar de um grupo pequeno e homogêneo pode-se aprofundar o consenso entre os participantes.

Os critérios de inclusão do estudo foram: ser residentes de Ginecologia e Obstetrícia de um hospital público do Distrito Federal, voluntárias e com assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) assinado previamente à realização do GF. Já em relação aos critérios de exclusão, foram não ser residentes, não aceitarem a participação na pesquisa e não assinarem o TCLE.

O GF é aplicado como técnica por pesquisador que tem como objetivo coletar informações sobre um determinado tema específico, por meio da discussão participativa entre os participantes, reunidos em um mesmo local e durante certo período (Dall'agnol, 2016). O local no qual será realizado o grupo deve ser idealmente neutro, acessível e silencioso e a duração média de um grupo é de uma hora e trinta minutos (Borges e Santos, 2005).

Segundo Minayo, (2014), a técnica deve ser aplicada mediante um roteiro que vai do geral ao específico, em ambiente não diretivo, sob a coordenação de um moderador capaz de conseguir a participação e o ponto de vista de todos e de cada um. O moderador de grupo deve facilitar a interação grupal, enquanto um observador é encarregado de captar as informações não verbais e, ao final da atividade, auxiliar o moderador a analisar os possíveis vieses ocasionados por problemas decorrentes de sua forma de coordenar a sessão (Westphal, Bógus & Faria,1996).

Iniciou-se o procedimento com a assinatura do termo de consentimento das participantes, que foi lido previamente pelo moderador; a entrevista foi realizada em um ambiente neutro (sala de reuniões) e a técnica utilizada foi a gravação e filmagem do grupo focal pela auxiliar da pesquisa, seguindo as normas propostas na dissertação de Mestrado de Zimmerman, (2008).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.688-693

O moderador fez a leitura das perguntas norteadoras para as residentes, estabelecendo a discussão e fazendo com que houvesse a participação efetiva de todas, com um debate de aproximadamente uma hora, seguido pelas perguntas finais. O resumo dos tópicos pelo moderador ocorreu no final do grupo, que teve a duração de 112 minutos.

Após a realização do grupo focal, as falas foram transcritas por uma profissional da área e análise de conteúdo foi utilizada a técnica de Bardin (2016), sendo realizada de acordo com as fases propostas pela autora, que são: a pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados; a inferência e a interpretação.

Sabe-se que a análise categorial pretende levar em consideração a totalidade do texto, classificando- o segundo a frequência dos itens de sentido e são como "gavetas" que carregam elementos de significação contidos nas mensagens, segundo Bardin (2016).

Assim, as categorias que emergiram das falas dos sujeitos da pesquisa com maior constância foram: homossexualidade, formação acadêmica e Residência médica.

O moderador questionou as residentes, se elas haviam tido contato durante as atividades da Residência com pacientes homossexuais, apenas três residentes afirmaram positivamente e relataram suas experiências.

Uma residente destacou o sentimento de solidariedade entre duas mulheres e relatou que:

> *"eu tive um contato apenas que foi inclusive de um parto, de uma gestação de um casal homoafetivo, que procurou a clínica de reprodução para fazer inseminação para ter um filho, duas mulheres, e eu fiz o parto e a experiência assim... foi boa. Eu vendo o amor das duas, assim, a paciência de uma com a outra, então acho que tudo isso conta bastante, não só no relacionamento homossexual, mas em qualquer tipo de relacionamento, vendo que uma estava lá ajudando a outra, então acho que isso é muito interessante".*

Outra residente ficou emocionada diante de um parto com um casal homoafetivo e referiu ter participado de um parto:

> *"foi um casal de... foram duas mulheres homoafetivas, que fizeram... tiveram essa gravidez a partir dessa fertilização in vitro, e que minha experiência também foi bem legal, porque eu vivenciei um amor bem bonito entre elas, aquele amor, aquela ansiedade pela chegada daquele bebê, uma dando apoio pra outra, e quando o bebê nasceu, aquela emoção, foi bem legal. Eu achei uma coisa interessante, diferente do que eu vejo na maioria dos casos, onde tem uma gestação de casal heterossexual".*

A última residente apresentou-se surpresa com a descoberta a relação homossexual entre uma paciente e sua acompanhante, a partir de uma experiência na enfermaria durante a alta de uma paciente:

> *"Tinha uma paciente que era homossexual, a gente foi passar a história dela para ela tomar um contraceptivo e ela não tinha interesse em contracepção e a gente ficou até com olho aberto "por que que não tem interesse em contracepção?" Depois descobriram que a paciente era homossexual.*

Em relação aos programas de Residência Médica, segundo Moll *et al*, (2014), tem-se que a maioria deles não apresentou tópicos curriculares específicos na abordagem de temas relacionados à saúde de lésbicas, gays, bissexuais e transexuais (LGBT), embora seja necessária a inclusão desses tópicos para melhor atender os pacientes LGBT (Moll *et al*., 2014).

4. Resultados e Conclusões

Os resultados desta pesquisa corroboram com outros pesquisadores, como Hirschtritt et al (2019), que sugeriram a necessidade do desenvolvimento e implementação de currículos educacionais específicos para LGBT para uso em programas de psiquiatria para adultos nos Estados Unidos da América.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.688-693

Além disso, pesquisas futuras podem explorar maneiras eficazes de os programas recrutarem, reterem e apoiarem o corpo docente com conhecimentos específicos de LGBT (Hirschtritt *et al*., 2019).

Diante dessas mudanças do conteúdo baseado na matriz de competência, deve-se propor a execução desses novos paradigmas nos programas de Residência para serem alcançadas as metas definidas pela FEBRASGO, como pode ser exemplificado pela fala de uma residente que sugeriu dinâmicas que poderiam ser usadas para o aprendizado na Residência:

> *"E enquanto abordagem profissional, eu acho que é muito rico a troca de experiências, eu acho que a gente tem muitos recursos na educação médica que poderiam ter sido aplicados para esse fim mas que não foram, por exemplo, consultas, vídeo-gravação de consultas, a pessoa gravar uma consulta com um casal homoafetivo e depois a gente abrir essa consulta em grupo, de forma, claro, eticamente consentida e, tudo mais, discutir feedbacks, como a pessoa agiu ali, como não agiu, discussão de caso clínico, e também se abrir, perguntar abertamente para as pessoas, perguntar se tem alguma dúvida em relação a relação sexual, construir esse respeito dentro de nós mesmos, se não, se a gente não construir a gente não vai conseguir trazer isso pra nossa prática, é o que eu acho assim, basicamente."*

A utilização da técnica do grupo focal para a discussão de um tema polêmico, a partir do seguimento de um rigor metodológico promoveu a participação das residentes e o interesse pelo tópico. Assim, a função do pesquisador foi buscar a interação entre as participantes da pesquisa, para alcançar o objetivo.

A partir do grupo focal, pode-se perceber que apenas três residentes, do total de nove, tiveram vivências no atendimento de pacientes homossexuais e suscitou na pesquisadora a importância do preparo das futuras profissionais no atendimento a esse grupo, como forma de manter a integralidade no cuidado e contemplar a matriz de competência proposta pelo órgão regulador da classe de acordo com as normas vigentes no país. Desse modo, em 2020, foi acrescida, à programação teórica das residentes, uma aula sobre a saúde da mulher bi, trans e lésbica.

5. Referências

Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Tradução: Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

Borges, C. D., & Santos, M. A. dos (2005). *Aplicações da técnica do grupo focal*: fundamentos metodológicos, potencialidades e limites. *Revista da SPAGESP*, *6*(1), 74-80. Recuperado em 06 de março de 2021, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702005000100010&lng=pt&tlng=pt.

Brasil, C. C. P. (2020). *Sentidos atribuídos à sobrecarga de trabalho por residentes de ginecologia e obstetrícia e sua influência no profissionalismo médico*. *New Trends in Qualitative Research*, *3*, 895-908. https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.895-908. v. 3 (2020): Investigação Qualitativa em Saúde: avanços e desafios.

Dall'agnol CM, Magalhães AMM, Mano GCM, Olschowsky A, Silva FP. (2012). *A noção de tarefa nos grupos focais*. Rev Gaúcha Enferm[Internet]. 2012[cited 2016 Feb 23];33(1):186-90. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n1/a24v33n1.pdf.

Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. FEBRASGO (2019). *Matriz de competências em Ginecologia e Obstetrícia* Versão 2 – 04/19**.** Recuperado em 05 de março de 2021.

Feitosa, E. S., Catrib, A. M. F., Brilhante, A. V. M., Moura, S. B. M. e H., Cunha, S. de M., & Brasil, C. C. P. (2020). *Sentidos atribuídos à sobrecarga de trabalho por residentes de ginecologia e obstetrícia e sua influência no profissionalismo médico*. *New Trends in Qualitative Research*, *3*, 895-908. https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.895-908. v. 3 (2020): Investigação Qualitativa em Saúde: avanços e desafios.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.688-693

Hirschtritt, M. E. *et al* (2019). *LGBT- Specific Education in General Psychiatry Residency Programs*: a Survey of Program Directors. Academic psychiatry, Washington, v. 43, n. 1, p. 41-45, Feb 2019. doi: 10.1007/s40596-018-1008-1.

Júnior, R.P. (2007). *Ensino da cirurgia ginecológica nos programas de residência médica do Brasil* - Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia - *Print version* ISSN 0100-7203*On-line version* ISSN 1806-9339 - Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.29 no.2 Rio de Janeiro Feb. 2007 -http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032007000200001.

Long, D.M. (2000). *Competency-based residency training: the next advance in graduate medical education*. Acad Med. 2000;75(12):1178-83.

Minayo, M.C.S.O. (2014). *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. 14ª edição. Hucitec Editora. São Paulo.

Moll, J. *et al*. (2014). *The prevalence of lesbian, gay, bisexual, and transgender health education and training in emergency medicine residency programs*: what do we know? Academic emergency medicine, Philadelphia, v. 21, n. 5, p. 608-611, May 2014. doi: 10.1111/acem.12368.

Romão, G.S., Reis, F.J.C., Cavalli, R.C, & Silva-de-Sá, M.F. (2017). *Matriz de Competência em Ginecologia e Obstetrícia*: um novo referencial para os programas de residência médica no Brasil. Femina; 45: 173-177.

Sá, M. F.S., & Romão, G. S. (2019). *The Need for a Competence Matrix in Delivery Rooms for the Proper Work of Multiprofessional Teams*. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, *41*(1), 1-3. Epub April 15, 2019.https://doi.org/10.1055/s-0039-1677882.

Westphal, M. F., Bógus, C. M., & Faria, M. M. (1996). *Grupos focais*: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. Boletim Oficina Sanitária Panamericana, v. 120, n. 6, p. 472-482.

Zimmermann, M. H., & Martins, P. L. O. (2008). *Grupo focal na pesquisa qualitativa*: relato de experiência. Disponível em: https://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2008/211_86.pdf. Acesso em: 1º jul. 2019.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.688-693

Perceção dos enfermeiros sobre as características de uma Unidade de Saúde Familiar amiga das pessoas idosas

Idalina Gomes[1], Daniela Cruz[2] e Isabel Almeida[3]

[1]Professora Doutora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal | idgomes@esel.pt | https://orcid.org/0000-0003-2974-0734

[2]Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Enfermeira Generalista no CHLN, Lisboa, Portugal | danielacruz90@hotmail.com | https://orcid.org/0000-0002-0716-410X

[3]Mestre em especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da pessoa idosa na USF das Conchas, Portugal | isabel.m.almeida@arslvt.min-saude.pt | https://orcid.org/0000-0000-0000-0000

Resumo. O objetivo deste estudo é conhecer a perceção dos enfermeiros sobre as características dos cuidados de saúde primários amigos das pessoas idosas. Método: Estudo descritivo de carácter qualitativo. Participantes cinco enfermeiros. Instrumento de colheita de dados: entrevistas semiestruturadas. Resultados: Os enfermeiros enfatizam a informação, formação, educação para saúde, comunicação; gestão de cuidados; ambiente físico e a intervenção nas principais síndromes geriátricas, intervindo em parceria, suportados num modelo de cuidados que promova a autonomia das pessoas idosas e familiares cuidadores como características dos cuidados de saúde primários amigos das pessoas idosas. Conclusão: Os centros de saúde têm que se preocupar em promover sistemas e ambientes de cuidados de segurança que otimizem a participação das pessoas idosas e famílias e promovam o Cuidado-de-SI.

Palavras-chave: Enfermagem; Pessoa Idosa; Cuidados de Saúde Primários Amigos das Pessoas Idosas.

Nurses Perception of the Characteristics of an Age-Friendly Primary Health Care Centres

Abstract: The objective of this study is to know the nurses' perception of the characteristics of elderly-friendly primary health care. Method: Descriptive study of qualitative character. Participants five nurses. Data collection instrument: semi-structured interviews. Results: Nurses will emphasize information, training, health education, communication; care management system; physical environment and intervention in the main geriatric syndromes, intervening in partnership, supported by a model that promotes the autonomy of the elderly and family caregivers. Conclusion: Health Centers have to be concerned with promoting safety care systems and environments that optimize the participation of elderly people and families in their health care.

Keywords: Nursing; Elderly; Age-Friendly Primary Health Care.

1. Introdução

O envelhecimento demográfico, que ocorre no mundo e em Portugal, leva-nos a enfrentar um desafio no atendimento à Pessoa Idosa (PI). A complexidade das situações multidimensionais que esta apresenta, coloca aos enfermeiros desafios ao nível do desenvolvimento de uma enfermagem avançada. Os Cuidados de Saúde Primários (CSPs) desempenham um papel essencial para alcançar os objetivos do envelhecimento saudável e prevenir as síndromes geriátricas, sobretudo a fragilidade (WHO, 2020). Estes serviços são o primeiro ponto de contacto das PIs e Cuidador Familiar (CF) com os serviços de saúde, pelo que precisam de ser acessíveis e amigos das PIs. Os profissionais de saúde têm que desenvolver políticas públicas de saúde centradas nos cidadãos, trabalhar em parceria com a PI para a capacitar, valorizando a sua autonomia e papel na sociedade, o que passa por promover o desenvolvimento de Cuidados de Saúde Primários Amigos das Pessoas Idosas (CSPAPI) (WHO, 2004; WHO, 2020).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.694-700

A WHO (2004) realizou um estudo sobre a opinião da PIs, CFs e profissionais que resultou em diretrizes que têm como objetivo CSPAPI (WHO, 2004; Joling et al., 2018). Segundo Acosta-Benito et al. (2018) os CSPAPI permitem o *empowerment,* aumentando o conhecimento e a autonomia da PI.

O desafio para os profissionais dos CSPs passa pelo desenvolvimento de intervenções de enfermagem com a PI e/ou CF para que estes promovam o Cuidado-de-SI (Gomes, 2016). Assim o desenvolvimento deste estudo inclui-se no desenvolvimento de um projeto de investigação que está a ser desenvolvido na Unidade de Saúde Familiar Y (USFY) denominado “Instituições de Ensino e Saúde Amigas das Pessoas idosas” que tem como finalidade promover a funcionalidade, segurança, autonomia e dignidade da PI. Pelo que percebemos ser fundamental compreender os significados atribuídos pelos enfermeiros aos CSPAPI o que passa por uma abordagem qualitativa e colocámos a seguinte questão de investigação:

Qual é a perceção dos enfermeiros sobre as características dos CSPAPI? E definimos como objetivo conhecer a perceção dos enfermeiros sobre as características CSPAPI no contexto da USFY.

2. Metodologia

Optou-se por um estudo de investigação descritivo qualitativo, uma vez que pretendíamos saber a perceção dos participantes, e este permite uma abordagem compreensiva dos temas estudados, o investigador interpreta os resultados segundo os significados atribuídos pelos participantes (Pinto, Campos & Siqueira, 2018). Esta investigação ajuda a corresponsabilização na gestão de cuidados e literacia em saúde (Ribeiro, Souza & Costa, 2016). Assim desenvolveram-se entrevistas semiestruturadas. O investigador recorre a este tipo de entrevistas quando pretende saber mais informações de um tema. Foi elaborado um guião com perguntas orientadoras com o objetivo de favorecer a expressão do pensamento do entrevistado. De realçar a flexibilidade na condução das mesmas, deixando o discurso do entrevistado fluir, de forma a favorecer a expressão do pensamento (Campenhoudt, Marquet & Quivy, 2019).

Participantes e critérios de inclusão: cinco enfermeiros, que constituíram a totalidade dos enfermeiros da USFY que aceitaram participar no estudo.

O contexto do estudo: Uma USFY de Lisboa. As entrevistas foram realizadas de 28 de outubro de 2019 a 7 fevereiro de 2020.

2.1 Procedimentos Metodológicos

O recrutamento dos participantes foi realizado por abordagem direta nas instalações das USFY. As entrevistas foram áudio gravadas e transcritas manualmente. Os dados foram analisados segundo a análise de conteúdo de Bardin (2016). Para este autor a análise apresenta três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados inferência e interpretação. A análise foi realizada manualmente. Na pré-análise sistematizaram-se as ideias iniciais, colocadas pelo quadro referencial teórico, nomeadamente caraterísticas definidas pela “Towards age-friendly primary health care” e o modelo de cuidados para promover o Cuidado-de-SI na PI de modo a elaborar um esquema compreensível que desse significado aos dados (WHO, 2004; Gomes, 2016). Assim as unidades de registo foram agregadas em categorias tendo por base a definição de categorias à priori com base no quadro teórico e as subcategorias à posteriori pela indução dos significados referidos pelos sujeitos de forma explícita e implícita e por análise de frequências. Na fase dos resultados procedeu-se à organização das categorias, onde estas e as subcategorias foram explicadas, com base nas unidades de sentido identificadas (Bardin, 2016). Para garantir a fiabilidade dos dados a análise foi aferida pelos três investigadores.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.694-700

2.2 Princípios Éticos

Estudo autorizado pela Comissão de Ética no parecer (157/CES/INV/2019). Os participantes foram informados dos objetivos do estudo e assinaram o consentimento informado. Foram esclarecidos que podiam recusar participar, em qualquer momento, sem implicações para sua função. Garantimos o anonimato dos participantes e da instituição e o sigilo e confidencialidade das informações.

3. Resultados

Os dados serão apresentados tendo em conta o objetivo delineado e as categorias identificadas. A amostra foi constituída por cinco enfermeiros, quatro do sexo feminino e um do masculino, com idade média de 47,8 anos, quatro enfermeiros de cuidados gerais e um enfermeiro especialista em saúde mental.

Quadro 1. Categorias e subcategorias - perceção dos enfermeiros sobre as características CSPAPI na USFY

Categorias	Subcategorias
USF e CSAPI	Cuidados amigos das PIs
	USF amiga das PIs
Informação	Meio de transmissão da informação
	Acesso à informação
	Identificação dos profissionais
Formação	Formação continua
	Implicações da formação
	Sugestões de melhoria
Educação para a saúde	Bem-estar físico
	Pessoa agente da sua saúde
	Promover a interação social
	Centrado no contexto de vida da pessoa
Comunicação	Identificação da barreira de comunicação com as PIs
	Estratégias de comunicação
	Componente de uma comunicação eficaz
Sistema de gestão de cuidados	Indicadores de avaliação dos cuidados da USF
	Participação da PI nos cuidados
Intervenções nas síndromes geriátricas	Síndromes geriátricas prioritárias intervir
Ambiente físico	Ambiente adaptado
	Sugestões
Intervenções de enfermagem em parcerias nos cuidados	Pressupostos para cuidados em parceria
	Pressupostos por parte da PI para um cuidado em parceria
	Sugestões

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.694-700

Na categoria *USF* e *cuidados de saúde* amigos das PIs os enfermeiros enfatizaram a necessidade de avaliar e intervir na fragilidade da PI; espaço físico adaptado, transportes adaptados e mobilizar equipa multidisciplinar como se pode constatar: "que se consiga avaliar a fragilidade na PI e intervir…boa sinalização e espaço físico adequado …" (2E) "…e transportes adaptados…" (1E) "…mobilizar equipas multidisciplinares…" (1E).

Relativamente a categoria *informação* foi mencionado pelos participantes que era suficiente, mas não adequada: "…, mas a informação não está adequada …muita da nossa informação está na internet e é um meio onde nem todas as pessoas idosas têm acesso." (4E). Foi também referida a importância da identificação dos profissionais: "mas muitas vezes o cartão de identificação não está num sítio de fácil leitura e a letra também é pequena…" (3E) "…e o fardamento não é uniforme…" (2E).

Quanto à categoria *formação* os enfermeiros salientaram a falta de formação académica em cuidados geriátricos, embora valorizassem a formação continua, experiência profissional e partilha do conhecimento. Sugeriram melhorias como: um plano de formação anual sobre cuidados à PI, um espaço físico para partilhar experiências, articulação com outras instituições, investir na formação dos profissionais e em políticas de envelhecimento bem-sucedido.

Na categoria *educação para a saúde* a totalidade dos enfermeiros realçaram a importância do exercício físico para o controlo da fragilidade da PI e a interação social: "…reforço a necessidade de saírem de casa de conviverem com outras pessoas…" (1E). Evidenciou-se também a necessidade de uma educação para a saúde centrada no contexto de vida da pessoa e na sua singularidade.

Na categoria *comunicação* foi salientada a importância do desenvolvimento da comunicação verbal e não verbal e da adaptação da linguagem a PI e da validação da mesma: "É através da comunicação não verbal que me ajuda a entender que a pessoa não está a compreender …" (5E). "…tento adaptar a comunicação à compreensão da PI…" (2E).

No que respeita a categoria *sistema de gestão de cuidados*, a totalidade dos participantes salientou os indicadores centrados na vacina da gripe (>65 anos), visitas domiciliarias. …e o risco de queda." (1E). Evidenciaram que as PIs não participam na tomada de decisão e foram destacados vazios a nível do trabalho interinstitucional.

Quanto as *intervenções nas síndromes geriátricas*, foram destacadas lacunas na identificação das mesmas. Salientaram que era prioritário intervir na promoção da funcionalidade, na prevenção, controlo da insuficiência cognitiva e no risco de queda.

Relativamente a categoria *ambiente físico* realçaram a melhoria na sinalização "…a sinalização é algo que podemos melhorar…" (2E).

No que concerne a categoria *intervenções de enfermagem em parceria nos cuidados, emergiu* a importância de desenvolver um trabalho em parceria com a PI e CF e os pressupostos para cuidados em Parceria "…primeiro de tudo passa por informar a PI, para depois ter capacidade de decisão para cuidar de si ou o CF assumir o cuidado do outro…" (5E).

As sugestões de melhoria centraram-se na: formação, promoção da funcionalidade, prevenção da fragilidade, controlo da insuficiência cognitiva e risco de queda. Referiram a importância dos profissionais melhorarem o atendimento e acolhimento, permitir um horário alargado de consultas e ter consultas de *follow up* telefónicas.

4. Discussão dos Resultados

Os resultados evidenciaram que os participantes consideram que os CSAPI passam por apoiar a PI e/ou CF e facilitar a acessibilidade aos cuidados de saúde. A USFY precisa de ir ao encontro das especificidades da PI, não esquecendo a importância do apoio social.

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.694-700

O que está em linha com os resultados de Doolan-Noble, Mehta, Waters & Baxter (2019) que concluíram ser necessário uma abordagem baseada nos direitos para o envelhecimento saudável, abordando barreiras legais, sociais e estruturais para uma boa saúde e bem-estar da PI.

Os participantes deste estudo consideram, ainda, que uma *USF amiga das PIs* precisa avaliar e intervir na síndrome da fragilidade, ter espaço físico e transportes adaptados; mobilizar equipa multidisciplinar e outras instituições o que corrobora o referido pela WHO (2004), quanto as características dos CSPAPI. É notória a necessidade de se ir ao encontro das necessidades das PIs nos CSP (Woo, Mak & Yeung, 2013). Contudo as PIs frágeis continuam a encontrar barreiras no acesso aos cuidados (WHO, 2004, 2020).

Relativamente a *informação*, os participantes referiram que a informação que a PI recebia era suficiente, embora inadequada, por ser por meio digital, o que evidencia a preocupação dos enfermeiros com a comunicação. Um estudo de Woo, Mak & Yeung (2013) também concluiu que a informação na USF devia ser fornecida de forma adequada à idade da pessoa.

A identificação dos profissionais é outro elemento valorizado no que respeita a informação. Os participantes referiram que esta precisava de ser melhorada. Alhamdan et al. (2015) realizaram um estudo onde os enfermeiros estavam facilmente identificados com os crachás, o que facilitava a comunicação. Parece-nos que temos que continuar a investir neste ponto, pois é fundamental para a PI comunicar com os profissionais.

Quanto à categoria *formação*, no presente estudo foi mencionado que só um participante tinha formação na área da PI, o que tem implicações na qualidade dos cuidados à PI. Os resultados do estudo de Melo et al. (2019) mostraram que o profissional não tinha formação específica para lidar com a PI e quando tinha necessidade de responder aos problemas destas direcionavam para as doenças crónicas. Uma vez que temos uma população envelhecida, a formação e especialização tem que constituir, de facto, uma preocupação das ordens dos enfermeiros, das instituições de ensino e organizações de saúde para que se possa melhorar a qualidade dos cuidados.

Na categoria *educação para a saúde*, salientou-se a importância da promoção da interação social, tal como refere Sander et al. (2015) a PI deve desenvolver mecanismos e práticas sociais de forma a minimizar o distanciamento social, permitindo que esta seja agente ativo do seu próprio cuidado. Estudos recentes têm chamado a atenção para este facto reforçando que o bem-estar psicológico é afetado por fatores como relações sociais, papéis e atividades desenvolvidos na sociedade (Doolan-Noble, Mehta, Waters & Baxter, 2019). O bem-estar físico foi outra preocupação que emergiu, nomeadamente no que se refere a atividade física. Neste contexto, registamos um estudo de Alhamdan et al. (2015), que analisou 15 centros de saúde em que todos ofereciam aconselhamento sobre atividade física.

A importância da *comunicação* foi destacada pelos participantes que realçaram as estratégias como adaptar a comunicação à PI com diminuição da acuidade visual e auditiva. No estudo realizado pela WHO (2004) as PIs salientaram, a necessidade de uma comunicação de igual para igual. A empatia e disponibilidade, também foi mencionada pelos enfermeiros tal como pelo estudo da WHO (2004) em que as PIs salientaram a necessidade de mais carinho e empatia pelos profissionais de saúde.

Na categoria *sistema de gestão de cuidados*, os enfermeiros salientaram a vacina da gripe e o risco de queda como indicadores de qualidade em que USFY investia. Este é um aspeto a salientar pela sua importância na redução das comorbidades das PIs. Um estudo de Alhamdan et al. (2015) concluiu em que só 5 das 15 instituições estudadas é que ofereciam a vacina da gripe às pessoas e 7 dos 15 centros de saúde avaliavam o risco de queda. Foi também referido no estudo que as PIs não participavam na tomada de decisão da organização. No estudo de Motsohi et al. (2020) foi também salientada a frustração que as PIs sentiam por não serem ouvidas pelos gestores na satisfação das suas necessidades.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.694-700

Quanto à categoria *intervenções de enfermagem nas síndromes geriátricas*, os participantes realçaram existirem lacunas e ser prioritário intervir na promoção da funcionalidade, da insuficiência cognitiva e do risco de queda. Alhamdan et al. (2015) identificaram que a maioria dos CS focavam as intervenções na avaliação da tensão arterial, altura, peso, IMC, colesterol e diabetes e que nas síndromes geriátricas 8 dos 15 centros CSP analisados intervinham na avaliação da visão, depressão e incontinência urinária. Importa, de facto, estar alerta para a intervenção em todas as síndromes geriátricas, tendo um cuidado integral na PI e CF.

Relativamente ao *ambiente físico*, foi salientado o facto deste não ser adaptado, dando sugestões de melhoria quanto à falta de sinalização, falta de sinalética. O estudo realizado por Woo, Mak & Yeung (2013) destacou a necessidade das questões de acessibilidade para uma CSPAPI. No estudo de Alhamdan et al. (2015), dos 15 centros de saúde analisados apenas 9 ocupavam o rés-do-chão e 6 tinham mais de um andar o que fazia com que a PI tivesse que subir escadas ou andasse de elevador e quatorze tinham degraus à entrada.

Os participantes realçaram também as *intervenções de enfermagem em parceria nos cuidados*, o discurso destes foi ao encontro do referido por Gomes (2016) quando diz que o enfermeiro deve mostrar disponibilidade e envolver a PI e/ou CF no seu processo de cuidados vendo-a como gestora da sua própria vida, incentivando-a a expressar as suas dúvidas e preocupações, criando desta forma uma relação de confiança para assim, preparar a pessoa para uma decisão informada capacitando-a e/ou CF, transformando as suas potencialidades em capacidades reais permitindo, assim, concretizar o seu projeto de vida (Gomes, 2016).

As sugestões de melhoria referidas pelos enfermeiros passaram pela necessidade de intervir na promoção da funcionalidade da PI e nas seguintes situações de saúde/doença: insuficiência cognitiva e risco de queda. Sugeriram, ainda, melhoria no atendimento e acolhimento pelos profissionais de modo a permitir um horário mais alargado de atendimento e consultas e *follow upp,* nomeadamente telefónicas. É importante que os profissionais recebam formação na área da geriatria para terem competências no atendimento da PI, como há muito os estudos já realçam (WHO, 2004). Importa também tomar medidas para melhorar o acesso ao atendimento da PI, reduzindo o tempo de espera (Motsohi et al., 2020).

5. Conclusão

O conhecimento da perceção dos profissionais acerca dos cuidados prestados pelos CSP à PI permitiu refletir sobre o caminho percorrido e o que falta percorrer para que a USFY seja considerada amiga das PIs. Para isso, é fundamental questionar e (re)definir as práticas de cuidado num contexto multiprofissional. Importa implantar processos de cuidados de proximidade que capacitem para o envelhecimento ativo, para a prevenção e controlo das grandes síndromes geriátricas e promovam segurança, a participação das PIs e/ou CF e o Cuidado-de-SI. Através do estudo qualitativo foi possível conhecer a perceção dos enfermeiros da USFY para ser considerada amiga das PIs, contudo como nos cuidados às PIs e CF é importante o trabalho multidisciplinar, importa continuar a desenvolver este estudo para conhecer a perceção da equipa multidisciplinar nesta matéria para que os resultados possam contribuir de forma mais robusta para dar respostas aos padrões de qualidade da USFY. Como limitações do estudo referimos, ainda, o facto das conclusões se contextualizar à USFY.

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.694-700

6. Referências

Acosta-Benito, M. A., Rodríguez-Fernández, V., Barrio-Cortes, J., García-Pliego, R. A. (2018). Age-friendly primary care health centers why are they necessary? *International Journal of Family & Community Medicine*, 2(4), 180-183. DOI: 10.15406/ijfcm.2018.02.00076.

Alhamdan, A. A., Alshammari, S. A., Al-Amoud, M. M., Hameed, T. A., Al-Muammar, M. N., Bindawas, S. M., Al-Orf, S. M., Mohamed, A. G., Al-Ghamdi, E. A. & Calder, P. C. (2015). Evaluation of health care services provided for older adults in primary health care centers and its internal environment. A step towards age-friendly health centers*. Saudi Medical Journal*, 36(9), 1091–1096. Doi: 10.15537/smj.2015.9.11789.

Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Campenhoudt, L.V., Marquet, J. & Quivy, R. (2019*). Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.

Doolan-Noble, F., Mehta, P., Waters, D. & Baxter, G. D. (2019). Supporting ageing well research: Findings from a research priority setting exercise. *Australasian Journal on Ageing*, 38(2), 136–143. Doi.org/10.1111/ajag.12615.

Gomes, I. D. (2016). *Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a PI*. Lisboa: Novas Edições Acadêmicas.

Joling, K. J., van Eenoo, L., Vetrano, D. L., Smaardijk, V. R., Declercq, A., Onder, G., van Hout, H. P. J. & van der Roest, H. G. (2018). Quality indicators for community care for older people: A systematic review. *PLoS ONE*, 13(1), 1–19. Doi.org/10.1371/journal.pone.0190298.

Melo, P. O. C., Rozendo, C. A., Sobral, J. P. C. P. & Brito, F. M de M. (2019). Formação para atuar com a PI: percepção de enfermeiras da atenção primária à saúde*. Enfermagem em Foco*, 10(2), 103-109. Acedido em: 10/6/2020. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1016203.

Motsohi, T., Namane, M., Anele, A. C., Abbas, M. & Kalula, S. Z. (2020). Older persons' experience with health care at two primary level clinics in Cape Town, South Africa: a qualitative assessment. *BJGP Open*, 4(3). Doi.org/10.3399/bjgpopen20X101048.

Pinto, I. F., Campos, C. J. G. & Siqueira, C. (2018). Investigação qualitativa: perspetiva geral e importância para as ciências da nutrição. *Acta Portuguesa de Nutrição*, 14, 30-34. Acedido em: 04/03/2021. Disponível em: https://actaportuguesadenutricao.pt/wpcontent/uploads/2018/11/06_Investiga%C3%A7%C3%A3o-qualitativa-Perspetiva-geral-e-import%C3%A2ncia-para-as-Ci%C3%AAncias-da-Nutri%C3%A7%C3%A3o.pdf.

Ribeiro, J., Souza, D. N. & Costa, A. P. (2016). Investigação qualitativa na área da saúde: por quê? *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(8), 2324. Doi: 10.1590/1413-81232015218.15612016.

Sander, M., Oxlund, B., Jespersen, A., Krasnik, A., Mortensen, E. L., Westendorp, R. G. J. & Rasmussen, L. J. (2015). The challenges of human population ageing*. Age and Ageing*, 44(2), 185–187. Doi.org/10.1093/ageing/afu189.

Woo, J., Mak, B., e Yeung, F. (2013). Age-friendly primary health care: an assessment of current service provision for older adults in Hong Kong. *Health Services Insights*, 6, 69–77. Doi: 10.4137/HSI.S12434.

World Health Organization. (2004). *Towards age-friendly primary health care*. Genebra: WHO.

World Health Organization. (2020). *Decade of Healthy Ageing (2020-2030)*. Acedido em: 2/1/2021. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_5.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.694-700

Adolescentes que vivem com necessidades especiais de saúde: Análise do discurso emancipatório

Andressa da Silveira[1] e Eliane Tatsch Neves[2]

[1] Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria, Brasil. Docente da Universidade Federal de Santa Maria, Palmeira das Missões, Brasil | andressadasilveira@gmail.com | https://orcid.org/0000-0002-4182-4714

[2] Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Brasil. Docente da Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Brasil | eliane.neves@ufsm.br | https://orcid.org/0000-0002-1559-9533

Resumo: Introdução: Adolescentes com necessidades especiais de saúde (CRIANES) necessitam de cuidados de saúde para sua sobrevivência que vão além dos cuidados requeridos por outros adolescentes. **Objetivo:** Apresentar a construção do discurso emancipatório de adolescentes com necessidades especiais de saúde a respeito das possibilidades de viver a adolescência com demandas de cuidados. **Método:** Pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória. A produção de dados foi mediada pela leitura de prontuários, entrevista semiestruturada e construção de genogramas e ecomapas de 35 adolescentes atendidos no ambulatório de especialidades. As enunciações foram gravadas em mídia digital, transcritas e submetidas à análise de discurso francesa de Pêcheux. **Resultados:** Os discursos representam um conjunto de atitudes capazes de romper com um padrão imposto pela família e pelos profissionais de saúde, em que os adolescentes são vistos somente pelas demandas de cuidados de saúde. **Conclusões:** Os adolescentes almejam ser vistos por suas possibilidades, como sujeitos no mundo e não apenas pelas demandas de cuidados para sua sobrevivência.

Palavras-chave: Discurso; Adolescente; Poder; Saúde da Pessoa com Deficiência; Pesquisa Qualitativa.

Analysis of the Emancipatory Discourse on Adolescents with Special Health Needs

Abstract: Introduction: Adolescents with special health needs (CRIANES) need health care for their survival that goes beyond the care required by other adolescents. Objective: To present the construction of the emancipatory discourse of adolescents with special health needs regarding the possibilities of experiencing adolescence with care demands. **Method:** Study of a qualitative approach developed through the reading of medical records, interview guided by a semi-structured script and construction of genograms and ecomaps of 35 adolescents. The speeches were recorded, transcribed and submitted to Pêcheux's speech analysis. **Results:** The speeches represent a set of attitudes capable of breaking with a pattern imposed by the family and health professionals, in which adolescents are seen by the demands of health care. **Conclusions:** Adolescents want to be seen for their possibilities, as subjects in the world and not just for the demands of care for their survival.

Keywords: Address; Adolescent; Power; Health of the Disabled; Qualitative Research.

1. Introdução

Os adolescentes com necessidades especiais de saúde (CRIANES) demandam de cuidados 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 suas necessidades especiais de saúde.

Considerando a trajetória de vida das CRIANES para a manutenção de seus cuidados de saúde e sobrevivência, acredita-se que o adolescente que vive com algum tipo de necessidade especial de saúde deve assumir o papel de sujeito de sua história, imerso em suas matrizes histórico-sócio-culturais. Assim, ao aplicar o referencial teórico de Paulo Freire é possível olhar para o cotidiano de cuidado, com as lentes da prática dialógica, como um dos inúmeros caminhos para negociar saberes e práticas (Freire, 2014).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.701-706

A partir do olhar freiriano sobre o opressor e o oprimido, pode-se pensar na realidade das CRIANES na adolescência, não com o intuito de estigmatizá-las, mas com a intenção de que sejam vistas como indivíduos que devem ter suas raízes, seus aspectos individuais e sociais respeitados. Torna-se possível compreender que o adolescente deve sair da condição de oprimido, e isso é possível ao enfrentar a realidade e se reconhecer como sujeito no mundo. Para Freire (2014), o oprimido deve reconhecer a situação de oprimido, e buscar a mudança e a transformação social. O oprimido vive numa situação de impotência diante do opressor, pois ao tentar ser mais, o oprimido não deve assumir a posição de opressor.

Na perspectiva da pedagogia libertadora de Freire, o homem oprimido desvela o mundo opressor e se compromete a transformá-lo, na busca pela igualdade social. O processo de libertação não está atrelado a ativismo, mas à reflexão para a transformação. Diferente da educação bancária, em que a educação está voltada à transmissão de conteúdo sem contestá-lo. Nesse sentido, a educação bancária é um instrumento de opressão, e para romper com este ciclo é necessário romper o sistema que gera a desigualdade social entre as pessoas (Freire, 2014; Freire, 2011).

A partir das lentes de Freire entende-se que, ninguém ignora tudo, ninguém sabe tudo, todos sabem alguma coisa, todos ignoram alguma coisa, por isso é possível aprender sempre (Freire, 2014). Essas reflexões também podem ser aplicadas na saúde do adolescente, sobretudo aos que vivem com algum tipo de necessidade especial de saúde. Muitas vezes, devido ao seu estado de saúde cronificado e a extensa rede institucional para suprir suas demandas de cuidados, as CRIANES podem viver na condição de oprimidos. Nesse sentido, é fundamental que os profissionais de saúde, entre eles os de enfermagem, estejam preparados para acolher esses adolescentes, quebrando a cultura do silêncio, oportunizando-lhes uma participação ativa em seu processo de cuidado.

Ao pensar na saúde da CRIANES na adolescência é fundamental reconhecer que se fazem emergentes serviços de saúde para atender as demandas de cuidado dessa população, além da possibilidade de oportunizar que os adolescentes falem sobre sua condição de saúde e cotidiano de cuidados.

Frente ao exposto, questiona-se: Como é o cotidiano de cuidados dos adolescentes que vivem com necessidades especiais de saúde?

Este estudo objetiva apresentar a construção do discurso emancipatório de adolescentes com necessidades especiais de saúde a respeito das possibilidades de viver a adolescência com demandas de cuidados.

2. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, tipo exploratória e descritiva realizada no espaço temporal entre os anos de 2016 e 2017.

O cenário da pesquisa foi o ambulatório de especialidades que atende a população de CRIANES em um hospital de ensino no sul do Brasil, referência em atendimentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Para selecionar os participantes utilizou-se a leitura preliminar de prontuários de adolescentes atendidos no ambulatório, sempre no turno anterior à consulta, a fim de identificar se os adolescentes em atendimento correspondiam a população de CRIANES.

Participaram da pesquisa 35 CRIANES entre 12 e 18 anos de idade, que conhecessem sua necessidade especial de saúde, com condições cognitivas e para verbalizar. A produção de dados ocorreu em sala anexa ao ambulatório de especialidades, no turno da consulta de saúde dos adolescentes.

A produção de dados qualitativos foi desenvolvida por meio de entrevista semiestruturada, constituída por um roteiro composto por questões referentes ao cotidiano de cuidado de adolescentes. As entrevistas foram gravadas em mídia digital, com duração média entre 20 e 25 minutos.

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.701-706

De acordo com Moreira & Caleffe (2008), a produção de dados qualitativos através de entrevista semiestruturada possibilita exercer um certo controle na conversação, todavia mantém a liberdade de expressão dos entrevistados e a possibilidade de aprofundar temáticas que são pertinentes. Para a realização de uma entrevista semiestruturada, deve ser utilizado um "protocolo" ou "guia de entrevista" que remete ao conjunto de perguntas que orientam o pesquisador.

Ao final de cada entrevista utilizou-se a construção de genograma e ecomapa guiado pelo adolescente entrevistado, com o intuito de demonstrar o cotidiano de cuidado dessas CRIANES e os pontos fortes, moderados e fracos que compõe este processo. O genograma representa a composição familiar interna, evidenciando os núcleos de cuidado, dos quais participam diferentes pessoas. No genograma são utilizados símbolos que demonstram os membros da família, suas características e os diferentes tipos de relação. O ecomapa representa a visão geral com os recursos acessados ou até mesmo pelas privações. Nesta construção, é possível elucidar também as redes de relações, que podem ser representadas pelos amigos, vizinhos e redes sociais. As linhas mais fortes expressam a intesidade do vínculo existente e as linhas cortadas elucidam relações estressantes (Wright & Leahey, 2008).

As enunciações passaram pela dupla transcrição no Programa Microsoft Word, realizadas pela pesquisadora e auxiliar de pesquisa, e foram submetidas à análise de discurso (AD) na corrente francesa de Pêcheux. A AD possibilita o movimento discursivo, desperta a memória latente dos participantes e as formas de produção de sentido (Orlandi, 2015). Para demonstrar o movimento no discurso dos adolescentes participantes, a pesquisadora criou uma legenda com recursos ortográficos do Word, para demonstrar aos leitores os movimentos das enunciações: /: pausa curta; //: pausa longa; ///: pausa muito longa; ...: pensamento incompleto; #: interrupção; [...]: recorte da enunciação e (texto): comentários da pesquisadora.

Em seguida, realizou-se a leitura do texto com enfoque na posição discursiva do sujeito, legitimada pela união da dimensão social, histórica e ideológica. Para esta etapa utilizou-se os dispositivos analíticos: o silenciamento, o ocultamento, a formação imaginária, a polissemia, o interdiscurso, a paráfrase e a metáfora. Outro recurso utilizado foi a análise cromática, a fim de identificar os efeitos de sentido dos discursos transcritos. Por fim, as enunciações foram alocadas em um quadro onde foram inseridos comentários analíticos que subsidiaram temas geradores e comentários analíticos.

A pesquisa seguiu a resolução 466/2012 que trata dos aspectos éticos sobre a pesquisa com seres humanos no Brasil, e teve início após receber a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, com número de CAAE 57774916.7.0000.5346, e parecer número 1.673.887. Aos responsáveis pelos adolescentes foi entregue o termo de consentimento livre e esclarecido e, para os adolescentes o termo de assentimento, ambos em duas vias.

3. Resultados

A análise de discurso das 35 entrevistas revelou o discurso emancipatório de adolescentes que vivem com necessidades especiais de saúde. Os adolesecntes utilizaram expressões: "A adolescência é normal", "Consigo fazer tudo" e "Eu me cuido" simbolizando o processo de emancipação para o cuidado, em que as CRIANES não se encontram na posição de submissão devido a sua condição de saúde, mas que buscam o reconhecimento de serem adolescentes no mundo, por meio das suas possibilidades.

As CRIANES participantes atribuíram significados diversos sobre o vivido da adolescência com demandas de cuidados de saúde por meio das enunciações: "É assim desde pequeno, eu fui aprendendo a me cuidar", "É normal, quando eu vejo que não posso comer alguma coisa eu levo meu lanche separado", "Já me acostumei com o chapelão e com os cuidados com a minha pele, para meus amigos é normal", "Eu tenho amigos da igreja, adoro ir à igreja, sair com eles". As enunciações revelam que para os adolescentes é importante aceitar as demandas de cuidado com naturalidade.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.701-706

Observa-se também, que muitos adolescentes desenvolvem cuidados de saúde desde a infância, sendo este incorporado ao processo natural de vida.

Por meio das falas das CRIANES, observa-se que elas assumem o protagonismo de seu cuidado, como pode ser visto nos discursos a seguir: “Eu sempre tive o apoio da mãe e do pai, mas hoje eu me cuido sozinho”, “Eu prefiro que ninguém saiba, não sou diferente”, “Tudo normal, eu me conheço, se não me sentir bem eu sei o que fazer”, “Desde pequena eu já sabia o que eu tinha, pra mim é natural”. Os discursos revelam que o cuidado no cotidiano começa na infância, e que a família participa do cuidado. Ao chegar na adolescência, os adolescentes sinalizam para a emancipação e rejeitam a opressão que a necessidade especial de saúde lhes impõem.

Para cada entrevista foi utilizada a construção de genogramas e ecomapas, que elucidaram a conformação das redes de apoio e cuidado desses adolescentes. Por meio dos genogramas e ecomapas, as CRIANES apresentaram uma ampla rede institucional, composta pelos serviços de saúde, ambulatório de especialidades, hospital, atenção primária em alguns casos, além do apoio recebido pela escola e igreja. Para os adolescentes, os cuidados de saúde estão mais centrados no gênero feminino através da mãe, avós, tias e madrinhas.

Os adolescentes participantes deste estudo apresentam inquietações a respeito do viver a adolescência com autonomia, sobre o poder de escolhas, sobre os cuidados muitas vezes internalizado em discursos de familiares e nas orientações restritivas: “Sempre me avisam que tem que se cuidar”, “Ah, não pode fazer isso, não pode fazer aquilo”, “A mãe sempre fala, tá sempre em cima”, “Nem sempre é como eu quero, tem coisas que não dá pra fazer”. Essas enunciações indicam o desejo pela autonomia, e que apesar do zelo dos familiares, os adolescentes almejam serem reconhecidos com naturalidade e não apenas pelas demandas de cuidados.

Os achados deste estudo indicaram a premência da inclusão e fortalecimento desta temática no processo formativo em Enfermagem e Saúde, assim como suscita outras propostas de pesquisa e extensão que trabalhem com a CRIANES na fase da adolescência. A fonte de apoio para a emancipação dos adolescentes deste estudo revelou significados maiores ao cotidiano de cuidado desses adolescentes, onde a complexidade de cuidados requeridos não é maior que o desejo de vivenciarem a adolescência com naturalidade assumindo o protagonismo do seu cuidado.

4. Discussão

As CRIANES participantes deste estudo, desenvolvem uma reflexão crítica sobre si mesmo, na busca pelo ser mais. Para Freire (2008), a reflexão crítica sobre a existência, possibilita ao homem ser mais. Nesta perspectiva, ninguém educa ninguém, o homem deve ser sujeito de sua própria educação, não pode ser o objeto dela (Freire, 2014). De acordo com Faial, Costa, Silva, Pereira & Faial (2019) os adolescentes são questionadores, indagam e apresentam inquietação ao viver o adolescer. Esses aspectos fazem parte do processo de autoafirmação e de descobrimento sobre si mesmo, e suas possibilidades.

Destaca-se ainda, que para a população adolescente os grupos, as amizades, a escola e a socialização são fundamentais nesta fase da vida. Para Faial, Costa, Silva, Pereira & Faial (2019), os adolescentes apresentam a necessidade de verbalizar sobre seus sentimentos, seu vivido, a satisfação e a insatisfação desta fase da vida. Na adolescência é comum a busca por respostas, inclusive pelo desconforto e o conflito que os adolescentes vivenciam durante o seu processo de desenvolvimento.

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.701-706

Os achados deste estudo remetem sobre o reconhecimento de ser adolescente, sem estigmas, independente das demandas de cuidados apresentadas. Segundo Fernandes, Speranza, Mazak, Gasparini & Cid (2021), os adolescentes que vivem com necessidades especiais têm uma ampla rede institucional, são necessárias diferentes estratégias de cuidado que busquem apoiar as particularidades de cada adolescente, possibilitando espaços de cuidado por meio do respeito, empatia e solidariedade. Contextualizando os achados com este estudo, observa-se que é fundamental possibilitar ao adolescente conhecer, refletir, questionar sobre seus cuidados e condições de saúde.

O processo de cuidado de adolescentes perpassa pelas possibilidades e habilidades em diferentes níveis emancipatórios, em que a enfermagem contribui para a troca de saberes sobre esses cuidados, para as práticas de educação em saúde e possibilidades para a reflexão. Assim, é possível que as CRIANES transitem de uma consciência ingênua para crítica sobre seus cuidados de saúde no cotidiano (Silveira & Neves, 2019).

Os resultados apontam o protagonismo dos adolescentes em seu processo de cuidado e a busca pela emancipação, mesmo diante das orientações e cuidados familiares. A emancipação revela um processo de libertação nos diferentes campos que compõem o cotidiano do homem oprimido: político, cultural, humano e social. A libertação nasce para que o homem deixe de ser oprimido (Freire, 2014). O caminho da emancipação por meio do resgate de sua verdadeira humanização é tarefa histórica do ser humano e está situada num contexto social e objetivo concreto, envolvendo pessoas e comunidades (Ambrosini, 2012).

Em relação a naturalidade que os adolescentes apresentam suas demandas de cuidados, esse processo vem amparado pelos cuidados recebidos desde a infância. Tratar com naturalidade as necessidades especiais de saúde e manter um atendimento singular, que priorize a melhoria de sua qualidade de vida é um direito. Em que a saúde desses adolescentes deve ser uma prioridade nas políticas públicas de saúde, com profissionais qualificados, amparado pelos pressupostos da humanização e com foco no cuidado integral (Silva, Góes, Vasconcelos, Jamelli, Eickmann, Melo & Lima, 2020).

Os genogramas e ecomapas revelam uma ampla rede institucional e o cuidado centrado principalmente, nas mulheres da família, em que às mães desempenham essa função (Neves, Silveira, Arrué, Pieszak, Zamberlan & Santos, 2015). As mães de CRIANES, muitas mulheres abdicam de sua vida pessoal em detrimento do cuidado de seus filhos. Há reflexões sobre diferenças de gênero, resiliência, amor, bem-estar integral, convivência, respeito, família, escola, sociedade e rede de apoio, do ponto de vista do cuidador. As mães de CRIANES possuem uma potência afetiva, social e cultural na luta pela sobrevivência de seus filhos e pelos espaços de inclusão social (Cavalcante, Lau, Barbosa, Berlim, Menezes, Braga, Amorim & Amorim, 2016).

Este estudo revelou uma ampla rede institucional em prol do cuidado especializado dos adolescentes. Esses achados são convergentes com estudo publicado por Neves, Silveira, Arrué, Pieszak, Zamberlan & Santos (2015), em que as CRIANES e seus familiares deparam-se com dificuldades de acesso aos serviços de saúde, as necessidades de saúde complexas, hospitalizações frequentes e a necessidade de diferentes profissionais e especialidades de saúde para suprir as demandas de cuidados. Considerando as necessidades de cuidado das CRIANES, mesmo em situações adversas, é essencial que a enfermagem esteja preparada e capacitada para atendê-las (Inácio & Peixoto, 2018).

Assim, acredita-se que as CRIANES na fase da adolescência devem ser reconhecidas por suas possibilidades, como sujeitos no mundo e não apenas pelas demandas de cuidados requeridos para sua sobrevivência.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.701-706

5. Conclusões

O discurso dos adolescentes participantes deste estudo representa um conjunto de atitudes capazes de romper com estigmas, restrições familiares e tabus sociais. As CRIANES deste estudo almejam viver a adolescência com naturalidade e autonomia. Por meio do discurso emancipatório rejeitam a opressão que a necessidade especial de saúde lhes impõe, e desejam ser vistas para além de suas demandas de cuidados.

Para esta pesquisa, a utilização da entrevista semiestruturada e a construção de genogramas e ecomapas, bem como a utilização da AD demonstraram-se favoráveis para olhar com sensibilidade e profundidade para os movimentos emancipatórios dos adolescentes.

Quanto as limitações deste estudo, destaca-se que o mesmo foi realizado em um ambulatório de especialidades, não sendo possível generalizações ou comparações com outros serviços de saúde que atendem a saúde do adolescente. Por fim, sugere-se a realização de pesquisas qualitativas que possibilitem aos adolescentes espaços de diálogo e escuta.

6. Referências

Cavalcante,F.G., Lau, L.F., Barbosa, G.F., Berlim, D.L.G., Menezes, N.C., Braga, D.C., Amorim, A.C. & Amorim, Y.C. (2016). *Impactos de um documentário sobre o cotidiano de mães e filhos com deficiência: uma análise de cinedebates.* Ciência & Saúde, 21(10).

Faial, L.C.M., Costa, R.M., Silva, R.A., Pereira, E.R. & Faial, C.S.G. (2019). *A saúde na escola: percepções do ser adolescente.* Rev. Bras. Enferm., 72 (4).

Fernandes, A.D.S.A., Speranza, M., Mazak, M.S.R., Gasparini, D.A. & Cid, M.F.B. (2021). *Desafios cotidianos e possibilidades de cuidado com crianças e adolescentes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) frente à COVID-19*. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, 29:e2121.

Freire, P. (2008). *Conscientização, teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire.* 3ª. ed. São Paulo: Centauro Editora.

Freire, P. (2011). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 43ª. ed. São Paulo: Paz e Terra.

Freire, P. (2014). *Pedagogia do oprimido*. 56ª. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

Inácio, A..LR., Peixoto, A.P.G.L. (2017). *A assistência de enfermagem e o cuidado familiar às crianças com necessidades especiais de saúde: uma revisão integrativa.* Rev Atenção Saúde, 15(53):87-94.

Moreira, H. & Caleffe, L. G. (2008). *Metodologia científica para o professor pesquisador*. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Lamparina.

Wright, L. M. & Leahey, M. (2008). *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. 4ª. ed. São Paulo: Roca.

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.

Neves, E.T., Silveira, A., Arrué, A.M., Pieszak, G.M., Zamberlan, K.C., & Santos, R.P. (2015). *Rede de cuidados de crianças com necessidades especiais de saúde.* Texto contexto - enferm. 24(2).

Orlandi, E.P. (2015). *Análise do discurso: princípios e procedimentos*. 12ª ed. Campinas (SP): Pontes Editores.

Silva, E.L.M.S., Góes, P.S.A., Vasconcelos, M.M.V.B., Jamelli, S.R., Eickmann, S.H., Melo, M.M.D.C. & Lima, M.C. (2020). *Cuidados em saúde bucal a crianças e adolescentes com paralisia cerebral: percepção de pais e cuidadores.* Ciência & Saúde Coletiva 25(10).

Silveira, A. & Neves, E.T. (2019). *Cotidiano de cuidado de adolescentes com necessidades especiais de atenção à saúde.* Acta Paulista de Enfermagem 32(3).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.701-706

Perceção de enfermeiros portugueses sobre a tomada de decisão contracetiva de mulheres após aborto voluntário: Contributo de um grupo focal

Sara Palma[1], Maria Helena Presado[2] e Diogo Ayres-de-Campos[3]

[1]Enfermeira Especialista no Hospital Garcia de Orta. Almada. Portugal. Assistente Convidado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Portugal. Estudante de Doutoramento na Universidade de Lisboa/Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Portugal **|** saraelisabetepalma@gmail.com **|** https://orcid.org/ 0000-0002-4640-6458

[2]Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa. Portugal **|** mhpresado@esel.pt **|** https://orcid.org/0000-0002-6852-7875

[3]Professor Associado na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Portugal. Diretor do Serviço de Obstetrícia do Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. Portugal **|** dayresdecampos@gmail.com **|** https://orcid.org/0000-0002-7136-6240

Resumo: Estima-se que a nível mundial cerca de metade das gravidezes não são planeadas e estão relacionadas com a não utilização, falha, uso incorreto ou descontinuação de métodos contracetivos. Os enfermeiros são agentes importantes de promoção de saúde, onde se inclui o aconselhamento contracetivo. **Objetivos:** Compreender a perceção de enfermeiros, sobre os aspetos que promovem a tomada de decisão por um método contracetivo por parte de mulheres após a Interrupção voluntária de gravidez. **Métodos:** Estudo descritivo com abordagem qualitativa recorrendo a um grupo focal. Os critérios de inclusão dos participantes foram: enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica, realizarem aconselhamento contracetivo, e desejarem participar no estudo. O grupo focal foi realizado com cinco enfermeiros que participam na consulta de interrupção voluntária de gravidez numa unidade hospitalar da região de Lisboa e Vale do Tejo, em agosto de 2020. Foi efetuada a análise de conteúdo dos discursos, relativamente à tomada de decisão contracetiva, segundo a metodologia defendida por Bardin, com recurso ao software WebQdA®. **Resultados:** Os enfermeiros apontam os aspetos socioculturais, estratos económicos mais desfavorecidos, a idade, a baixa literacia geral e em saúde como os principais fatores condicionantes na escolha dos métodos contracetivos. **Conclusões:** A compreensão dos fatores que conduzem às escolhas contracetivas das mulheres pode alavancar em intervenções promotoras da saúde sexual e reprodutiva.

Palavras-Chave: Tomada de Decisão; Contraceção; Cuidados de Enfermagem; Interrupção Voluntária da Gravidez.

Perception of Portuguese Midwives on the Contraceptive Decision-Making of Women, after Voluntary Termination of Pregnancy: Contribution of a Focus Group.

Abstract: It is estimated that worldwide about half of pregnancies are unplanned and are related to the non-use, failure, misuse, or discontinuation of contraceptive methods. Midwives are agents of health promotion, and this includes contraceptive counselling. **Objectives:** Understand the perception of the midwives about the aspects that promote decision-making by a contraceptive method on the part of women after voluntary termination of pregnancy. **Methods:** Descriptive study with a qualitative approach using a focus group. Inclusion criteria for participants were: registered midwifes, involved in contraceptive counselling, willing to participate in the study. The interview involved five midwives who participated in the voluntary termination of pregnancy clinic in a hospital in the Lisbon and Tagus valley region, during August 2020. Content analysis of conveyed information was performed, according to the methodology advocated by Bardin, using the WebQdA® software. **Results:** Midwives identified social-cultural aspects, disadvantaged economic status, age, low general and health literacy as the main factors conditioning the choice of contraceptive methods. **Conclusions:** Understanding the factors that lead to women's contraceptive choices may leverage interventions that promote sexual and reproductive health.

Keywords: Decision Making; Contraception; Midwifery Care; Termination of Pregnancy.

1. Introdução

Estima-se que a nível mundial, 44% das gravidezes não são planeadas (Sedgh, et al., 2014), 56% terminam em aborto, e destas 50% resultam de falhas, da descontinuidade ou do uso incorreto do método (Baynes, et al., 2019). O número de abortos inseguros é mais evidente em países onde existem restrições à sua prática em condições de segurança e em instituição de saúde creditadas para esse efeito.

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.707-714

A acessibilidade à saúde sexual, reprodutiva, planeamento familiar e métodos contracetivos, também foram identificados, traduzindo-se numa elevada taxa de complicações e no aumento da mortalidade e morbilidade da mulher (Guttmacher Institute, 2018;Temmerman, 2019).

Para controlar esta questão de saúde publica, Portugal despenalizou a interrupção voluntária da gravidez (IVG), por vontade da mulher, até às 10 semanas completas de gravidez no ano de 2007 (Lei 16/2007). Em 2018, o número de IVG foi de 14 899, com um risco de recorrência até aos 2 anos de 6,8% e com 29,3% das mulheres a terem já efetuado anteriormente uma IVG (DGS, 2019). A maioria das mulheres que repetem uma IVG estavam a fazer contraceção e a sua recorrência está ligada a estratégias de aconselhamento contracetivo (DGS, 2019).

As razões apontadas para uma IVG são principalmente económicas, emocionais e sociais (Palma, 2017), e na sua origem estão a não adesão, a descontinuidade ou o uso incorreto de métodos contracetivos (Águas, et al., 2016; Presado, et al., 2018). O aconselhamento contracetivo que promova a tomada de decisão das mulheres, reduz as necessidades não atendidas de planeamento familiar, a adesão ao método (Palma, et al., 2020) e são componentes essenciais para melhorar a saúde reprodutiva (Höglund & Larsson, 2019).

A Organização Mundial da Saúde diz que o planeamento familiar é fundamental para a promoção do bem-estar, da autonomia da mulher, família e comunidade (OMS, 2016). A saúde sexual e reprodutiva é um recurso para que mulheres e homens possam decidir o seu projeto de maternidade, de forma livre e informada e assim serem garantidos os seus direitos. O objetivo da contraceção é proteger as mulheres, casais e famílias das gravidezes não planeadas e indesejadas (Bitzer, et al., 2017) e a qualidade do aconselhamento realizado é fundamental para garantir elevados padrões assistenciais e assim promover uma escolha informada (OMS, 2016). Usar ou não um contracetivo é uma escolha, baseada no conhecimento, atitude e tomada de decisão das mulheres (Höglund & Larsson, 2019). A evidência científica diz-nos que a falta de aconselhamento é o principal fator para a dificuldade na tomada de decisão a um contracetivo, pois, não se pode escolher o que não se conhece (Santos, et al., 2015). A melhoria dos cuidados ao nível da saúde sexual e reprodutiva, para além de garantir os direitos das mulheres favorece o seu uso e continuidade. Os estudos referem existir um déficit e falhas no aconselhamento contracetivo relacionado com a falta de interação entre o perfil de cada mulher e os aspetos biopsicossociais e culturais (Bitzer, et al., 2017).

Os enfermeiros, em especial os especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica (EEESMO), possuem competências regulamentadas que dão resposta no exercício da sua atividade profissional, onde se inclui a IVG, o planeamento familiar, o aconselhamento contracetivo e a promoção da saúde da mulher (OE, 2019). O projeto de contraceção de uma mulher envolve motivação, informação, decisão, perceção, interpretação, comportamento e comunicação (Bitzer, et al., 2017). Por isso, os enfermeiros devem estar despertos para as caraterísticas individuais, culturais, sociais, experiência vivida, e perceção de saúde das mulheres (Höglund & Larsson, 2019).

O objetivo desta investigação foi compreender a perceção dos EEESMO sobre os aspetos que promovem a tomada de decisão por um método contracetivo por parte das mulheres após a IVG.

2. Metodologia

Foi desenvolvido um estudo descritivo de abordagem qualitativa com recurso a um grupo focal de enfermeiros, realizado na consulta de interrupção voluntária de gravidez (IVG) de uma unidade hospitalar da região de Lisboa e Vale do Tejo, em Portugal.

Trata-se de uma abordagem dos dados colhidos através do contacto com os participantes recolhendo as suas perceções, crenças, sentimentos e valores acerca de determinada temática (Gil, 2019; Rech, 2017; Vilelas, 2020).

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.707-714

A opção pela utilização de um grupo focal prende-se com a possibilidade de permitir a abordagem do universo do significado, motivos, aspirações, crenças, valores, atitudes, opiniões, interpretações de como as pessoas vivem, sentem, pensam e surge da reflexão e interação entre os participantes (Fontanella, 2021; Kinalski, et al., 2017). Permite o conhecimento do ser humano através dos debates e discussões focadas em tópicos específicos e que emergem da interação entre um grupo de pessoas e o investigador (Gil, 2019; Schvingel, et al., 2017). Acreditamos, que os dados colhidos através desta técnica, tornaram-se mais ricos do que em entrevistas realizadas individualmente.

O estudo insere-se num estudo misto do projeto de doutoramento em enfermagem e, apenas, nos iremos debruçar sobre a investigação qualitativa, nomeadamente, a perceção dos enfermeiros, da consulta de IVG, sobre a "tomada de decisão contracetiva".

Pretendemos nesta apresentação responder às seguintes questões: Qual a perceção dos enfermeiros sobre a tomada de decisão contracetiva das mulheres? Quais os fatores que contribuem para a dificuldade na escolha contracetiva?

Na seleção dos participantes, consideramos como critérios de inclusão: enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica, realizarem aconselhamento contracetivo e aceitarem participar no estudo.

Para facilitar a colheita de informação e responder aos objetivos do estudo, foi elaborado um guião com um conjunto de questões amplas. Foram explicados os objetivos e finalidades do estudo, garantindo a confidencialidade dos dados. Foi pedido aos participantes, autorização para a gravação áudio e respetiva transcrição, obtido através de consentimento informado. Foram respeitados os princípios éticos referentes a este tipo de investigação, o estudo foi aprovado pelo Conselho de Administração e Comissão de Ética do hospital em 24/07/2020.

A seleção dos participantes foi intencional, formada por cinco dos seis enfermeiros que compõe a consulta. A colheita de dados foi realizada numa única sessão que não ultrapassou os 75 minutos, em agosto de 2020.

A data para a realização do grupo focal foi acordada com os participantes, num ambiente calmo, fora do hospital e sem interrupções constantes.

Devido à pandemia pelo SARS-COV2, o grupo focal foi realizado através da plataforma digital Zoom®. A ideia inicial seria a realização presencial, no entanto o recurso à plataforma digital revelou-se benéfico por ser semelhante à presencial, mas acrescida da conveniência em não exigir a necessidade do investigador e dos participantes terem de se deslocar, custo reduzido, rapidez na colheita e registo de informação e permitir a abordagem de temas considerados constrangedores tornando mais fácil a participação de todos os intervenientes (Abreu, et al., 2009; Francisco & Neto, 2017).

O Grupo Focal foi conduzido pelo primeiro investigador e todos os enfermeiros participaram de igual forma na discussão. Este tipo de abordagem permitiu que se explorassem aspetos que, de outra forma, poderiam não ser abordados e aprofundados (Schvingel, et al., 2017). As interações foram ativas, permitiram a expressão de opiniões individuais e a sua análise sob diferentes perspetivas, o que forneceu construtos validos para a investigação. Para garantir o anonimato e confidencialidade dos participantes, as entrevistas foram codificadas com a letra "P" (P1 a P5).

Na análise dos dados colhidos, seguimos as fases defendidas na teoria de análise de conteúdo de Bardin (2016) com o apoio do software *Web Qualitative Data Analysis* WebQda®. A autora (2016), divide a análise de conteúdo em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento, análise e inferência dos dados relevantes para o estudo. A análise de conteúdo permite ao investigador analisar os dados obtidos através das falas dos participantes, com a ajuda de procedimentos que facilitem assegurar a pertinência, validade e fiabilidade dos dados, (Magalhães & Paul, 2021). Numa primeira fase transcrevemos a entrevista na integra onde constavam as opiniões manifestadas dos enfermeiros. Numa segunda fase realizámos nova leitura onde foram identificadas as unidades de registo. Seguiu-se nova leitura aprofundada com o intuito de identificar os critérios de exclusividade, pertinência e exaustividade.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.707-714

Realizamos a categorização segundo a classificação análoga e progressiva dos dados. O título conceptual de cada categoria foi definido posteriormente, as categorias, foram dividas em subcategorias e respetivas unidades de registo. As categorias emergentes foram analisadas e discutidas com o segundo autor.

Após este processo, os dados foram inseridos na plataforma digital do software WebQda®, o que se tornou facilitador na análise dos discursos dos enfermeiros, pois permitiu-nos uma maior rapidez, rigor na análise de um grande volume de dados, além da segurança e trabalho colaborativo entre investigadores, habitualmente realizada de forma isolada com validação posterior (Costa & Amado, 2018).

3. Resultados e Discussão

O grupo dos participantes foi composto por cinco EEESMO, que compõem a consulta de IVG onde realizamos o estudo. O sexto enfermeiro é um dos investigadores e, por essa razão participou como moderador do grupo focal. Todos do sexo feminino, nacionalidade portuguesa, com uma média de idades de 47,4 anos, quatro casados e uma divorciada. No que concerne à experiência profissional, têm em média 24,4 anos, sendo 13,6 anos a média de anos como enfermeiros especialistas e de 8,8 anos o tempo experiência na consulta de interrupção voluntária da gravidez. Relativamente à formação em aconselhamento contracetivo e contraceção; 40% dos enfermeiros referem não ter realizado nenhum tipo de formação. Da análise de conteúdo, relativamente ao tema "Tomada de Decisão Contracetiva" emergiram duas categorias "aspetos socioculturais" e "dificuldade na escolha contracetiva" e seis subcategorias conforme indicado na Quadro 1.

Quadro 1. "Tomada de Decisão Contracetiva".

Categorias	Subcategorias
Aspetos socioculturais	Crenças face aos contracetivos
	Mitos face aos contracetivos
Dificuldade na Escolha Contracetiva	Menor literacia
	Menor literacia em saúde
	Condições económicas
	Idade

Percebemos, através das falas das participantes, que o que pode estar na origem da escolha, ou não, de um método podem ser as crenças e mitos existentes.

Na categoria "aspetos socioculturais" sobressaem as crenças e mitos, verificadas nas expressões

> *"vai dependendo das crenças de cada um"* (P2, P4), *"muitos mitos"* (P4, P5).

Os resultados corroboram com os achados na evidência (Coutinho & Moleira, 2017), ao afirmarem que um dos motivos para o insucesso do aconselhamento sexual onde se incluem os contracetivos, são os mitos e crenças erradas, nomeadamente sobre os efeitos colaterais e a segurança. Devido à crença de que os contracetivos podem interferir no prazer sexual e na relação sexual, vários estudos têm mostrado o envolvimento em comportamentos sexuais de risco (Lopes, 2018).

Na categoria "dificuldade na escolha contracetiva", identificou-se nas falas dos participantes as causas subjacentes como a menor literacia e literacia em saúde, as condições económicas e a idades das mulheres.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.707-714

> *"falta de conhecimentos gerais"* (P2, P5); *"baixos níveis de escolaridade"* (P5) e *"pouca literacia em saúde"* (P1, P2, P3, P4, P5); *"sabem muito pouco ou quase nada sobre contraceção e métodos contracetivos"* (P1); *"níveis de imaturidade face à interpretação da informação"* (P2) e *"muitas têm dificuldade em decidir"* (P2, P2, P3, P4, P5).

Os grupos com *"poucos recursos"* (P2); *"situações socioeconómicas mais vulneráveis"* (P2) e a idade parece influenciar as escolhas *"às vezes tem haver com o fator idade"* (P5) a *"idade das mulheres também parece influenciar as escolhas"* (P2); *"quando elas são demasiado novinhas optam um bocadinho por aquilo que dizem as amigas"* (P5).

As ideias referidas pelos participantes espelham o mencionado noutros estudos, nomeadamente na influência da literacia das mulheres, associada à escolaridade, à desinformação e a capacidade para tomarem decisões sobre a sua vida reprodutiva (Ferreira, 2019; Palma, 2017; Santos, et al., 2015). As mulheres com poucos estudos tendem a ter mais dificuldade em interiorizar a informação transmitida, pelos profissionais de saúde, e a fazer uso dessa informação, aspeto que condiciona as escolhas e a utilização correta do método. Factos que podem levar à utilização de contracetivos mais acessíveis, nem sempre os mais adequados à condição, preferência e estilo de vida da mulher (Ferreira, 2019; Santos, et al., 2015).

A estreita relação entre a baixa idade das mulheres, o facto de não possuírem conhecimentos adequados sobre contraceção e as fracas condições económicas podem levá-las a usar contracetivos que as deixem insatisfeitas, e posteriormente abandonarem a sua utilização (Ferreira, 2019; Santos, et al., 2015) como constatado através dos discursos dos participantes *"ah deixei de tomar"* (P1, P2, P5), sem percecionarem as implicações dessa decisão. As mulheres mais velhas têm tendência a escolher métodos mais eficazes como os contracetivos intrauterinos (Palma, et al., 2020). No entanto, e embora as participantes, falem das mulheres mais jovens, também referem todas as outras como fonte das suas preocupações "*independentemente das idades delas"* (P3).

A necessidade de ponderarem sobre a informação transmitida foi um aspeto valorizado por muitos participantes

> *"se percebo que existe alguma incerteza digo-lhe que não têm que decidir naquele momento"* (P1, P2, P3, P4); *"podem fazê-lo com calma e na consulta de follow-up voltamos ao tema"* (P4).

Compreende-se a preocupação dos enfermeiros em colocar as mulheres no centro dos seus cuidados. Embora exista alguma evidência de que o momento ideal para se realizar o aconselhamento contracetivo, pela alta taxa de adesão e continuidade, é durante a experiência vivida de uma IVG, também é reconhecida a necessidade das mulheres requererem mais tempo para tomarem decisões contracetivas (Palma, et al, 2020).

4. Conclusões

As participantes no estudo acreditam que existem aspetos que podem condicionar a tomada de decisão contracetiva, como sejam as influências socioculturais, imbuídas em crenças e mitos. Os aspetos económicos foram ressaltados no grupo dos mais vulneráveis, onde são incluídas as adolescentes e os mais pobres. A idade das mulheres é encarada como condicionante na escolha de um contracetivo. As adolescentes e as mulheres com menor poder económico são apontadas como as que têm maior dificuldade nas escolhas, embora, essa ocorrência foi identificada em qualquer faixa etária, tal como na utilização eficaz da contraceção.

A baixa literacia em saúde, pode justificar a necessidade de um período mais longo para a decisão, pela dificuldade na escolha de um método adequado às necessidades da mulher. Razão que conduz à utilização incorreta e ao abandono do método.

CC BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.707-714

Quando se promove o aconselhamento a um método deve ter-se em conta as características da população, as condições socioeconómicas onde as mulheres se enquadram.

Percebe-se a preocupação dos enfermeiros em respeitar o desejo das mulheres, colocando-as no centro dos seus cuidados, recorrendo ao seu envolvimento na partilha de decisões que circundam a sua saúde. Acreditam que reforçam o conhecimento e a capacidade das mulheres para tomarem decisões mais adequadas às suas necessidades.

Concluímos que é importante compreender os fatores que podem condicionar as escolhas contracetivas das mulheres, de forma a serem expandidas intervenções promotoras de saúde que proporcionem escolhas conscientes e satisfatórias das necessidades individuais de planeamento reprodutivo.

Este é um estudo preliminar, que apresenta algumas limitações, nomeadamente o número de participantes e por ter sido aplicado apenas num contexto clínico. Mais participantes e uma maior variedade de contextos, resultariam em achados que poderiam trazer contributos importantes.

Esta investigação recolheu contributos da investigação qualitativa e o recurso ao software *WebQda*®, foram fundamentais para a compreensão do fenómeno em estudo e, apresenta desafios para a prática clínica, para a formação e para a investigação.

Agradecimentos

Agradecemos à Instituição Hospitalar que autorizou o estudo e aos participantes sem os quais não seria possível a realização desta investigação.

5. Referências

Abreu, N.R., Baldanza, R.F. & Gondim, S.M.G. (2009). Os grupos focais on-line: das reflexões conceituais à aplicação em ambiente virtual. *JISTEM J. Inf. Syst. Technol*. (online)vol.6 nº.1. São Paulo. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-17752009000100002

Águas, F., Bombas, T., Silva & D. P. (2016). Avaliação das práticas contracetivas das mulheres em Portugal. *Acta Obstet Ginecol Port. 10 (3):184-192*. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/pdf/aogp/v10n3/v10n3a02.pdf

Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. (3ª reimp. da 1ª ed). São Paulo. Edições 70.

Baynes, C., Kahwa, J., Lusiola, G., Mwanga, F., Bantambia, J., Ngosso, L., Hiza, M. (2019). What contraception do women use after experiencing complications from abortion? an analysis of cohort records of 18,688 postabortion care clients in Tanzania. *BMC Womens Health*. 2019; 19: 22. Published online 2019 Jan 28. doi: 10.1186/s12905-018-0687-9. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6350325/

Bitzer, J.; Marin, V.; Lira, J. (2017). Contraceptive counselling and care: a personalized interactive approach. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2017. 22 (6), 418–423. Disponível em: https://doi.org/10.1089/jwh.2015.5191

Costa, A. P. & Amado, J. (2018). *Análise De Conteúdo Suportada Por Software*. 1ªed. Ludomedia

Coutinho, R. & Moleiro, P. (2017). Aconselhamento sexual e contraceptivo aos adolescentes: a importância do gênero. *Adolesc. Saude*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 112-118, jan/mar 2017.

Direção-Geral da Saúde (DGS). (2019). Relatório dos registos das interrupções da gravidez: 2018. Disponível em: https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-dos-registos-das-interrupcoes-da-gravidez-2018.aspx

Ferreira, H., Barbosa, D., Aragão, V., Oliveira, T., Castro, R., Aquino, P.& Pinheiro, A. (2019). Determinantes Sociais da Saúde e sua influência na escolha dos métodos de controle de natalidade *Rev. Bras. Enferm*. Vol.72.nº4 Brasília july./aug.2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0574

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.707-714

Francisco, D.J., Neto & L.W.M.C.S. (2017). Questões sobre integração das tecnologias digitais da informação e comunicação e a ética em pesquisas. *Laplage em Revista*, vol. 3, núm. 2, 2017. Universidade Federal de São Carlos. DOI: https://doi.org/10.24115/S2446-6220201732346p.136-149. Disponível em: https://www.redalyc.org/jatsRepo/5527/552756522012/html/index.html

Gil, A.C. (2019). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 7ªed. Edição em Português - Atlas - março de 2019

Guttmacher Institute (2018). *Contraceptive use in the United States*. Disponível em: https://www.guttmacher.org/fact-sheet/contraceptive-use-united-states

Fontanella, B. (2021). Participantes em Investigação Qualitativa. In S.-P.-Gonçalves, J.P. Gonçalves & C.G. Marques. (Coords). *Manual de Investigação Qualitativa. Conceção, análise e aplicações* (25-40).1ªed. PACTOR

Höglund, B. & Larsson, M. (2019). Trabalho das parteiras e atitudes em relação ao aconselhamento anticoncepcional e contracepção entre mulheres com deficiência intelectual: entrevistas com grupos focais na Suécia. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 24:1, 39-44, DOI: 10.1080/13625187.2018.1555640. Disponível em: https://doi.org/10.1080/13625187.2018.1555640

Kinalski, D.D.F., Paula, C.C., Padoin, S.M.M., Neves, E.T., Kleinubing, R.E. & Cortes, L.F. (2017). Focus group on qualitative research: experience report. *REBEn. Rev Bras Enferm* [Internet].2017 mar-abr; 70(2):424-9

Lei 16/2007 de 17 abril (2007). Exclusão de ilicitude nos casos de interrupção voluntária de gravidez. *Diário da Republica I Série Nº 75* (17/04/1997) 2417-2418. Disponível em: https://www.ers.pt/uploads/document/file/289/Lei_16-2007-_17_Abril.pdf

Lopes, L.M.M.C. (2018). Comportamentos Contracetivos de Mulheres Imigrantes: Conhecimentos, Atitudes e Práticas em Contexto de Diversidade Cultural (Tese de Doutoramento), Universidade Aberta. Lisboa. Disponível em: https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/8386/1/TD_LidiaLopes.pdf

Magalhães, J. & Paul, V. (2021). Entrevista. In S.-P.-Gonçalves, J.P. Gonçalves & C.G. Marques. (Coords). *Manual de Investigação Qualitativa. Conceção, análise e aplicações* (63-85).1ªed. PACTOR

Missed opportunities in women's health: post-abortion care. Acedido em 08/02/2019. *The Lancet Global Health* (2019). Disponível em: https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2818%2930542-4

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. OE. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20127_2011_CompetenciasEspecifEnfSMObst_Ginecologica.pdf

Organização Mundial de Saúde (OMS) (2016). Departamento de pesquisa em saúde reprodutiva. Recomendações práticas selecionadas para uso de anticoncepcionais. 3ª ed. Genebra, Suíça: Organização Mundial da Saúde 2016. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252267/1/9789241565400-eng.pdf?ua=1 [Google Scholar]

Palma, S., Taborda, A., Nunes, N., Cardoso, M. & Presado, M. H. (2020). Aconselhamento Contracetivo na Interrupção Voluntária da Gravidez: Revisão Sistemática. *Investigação Qualitative em Saúde: Avanços e Desafios*. DOI: https://doi.org/10.36367/ntgr.3.2020.372-384.

Palma, S.E.C. (2017). Interrupção Voluntária da Gravidez: o porquê desta escolha… (Dissertação de Mestrado), Escola Superior Enfermagem Lisboa. Lisboa. http://hdl.handle.net/10400.2620992

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). Disponível em: https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1803/1756

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.707-714

Rech, S. (2017) - Contributo da pesquisa qualitativa para a consolidação disciplinar dos estudos de tendências : processo, perspectivas e corpus. Convergências: *Revista de Investigação e Ensino das Artes*. Nº 19, Vol.X. disponivel em: https://repositorio.ipcb.pt/handle/10400.11/6213

Santos, A. Ferreira, C. & Silva, C. (2015). Fatores que interferem na escolha do método contraceptivo pelo casal: revisão integrativa. *Rev. APS*. 2015 july./set; 18(3): 368-377. . Disponível em: https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15619

SChvingel, C., Giongo, I.M. & Munhoz, A.V. (2017). Grupo Focal: Uma Técnica de Investigação Qualitativa. *Debates em Evolução*. ISSN Eletrônico: 2175-6600 Vol. 9 | Nº. 19 | Set./Dez. | Ano 2017. Disponivel em: file:///C:/Users/sarae/OneDrive/Ambiente%20de%20Trabalho/3455-14973-3-PB.pdf

Sedgh G., Singh, S.& Hussain, R. (2014). Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends. *Stud Fam Plann.* 45(3):301-314. Disponível em: https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2014.00393.x

Temmerman, M. (2019) Missed opportunities in women's health: post-abortion care. *The Lancet Global Health.* 7(1), e12-e13. Disponível em: https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30542-4

Vilelas, J. (2020). *Investigação. O processo de construção do conhecimento*. (3ªed) Lisboa: Edições Sílabo.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.707-714

Análise de conteúdo frequencial lexical: O quantitativo delimitando o qualitativo na comparação dos discursos sobre o fluxo assistencial para o câncer bucal

Leonardo Carnut[1], Brunna Verna Castro Gondinho[2], Celso Zilbovicius[3], Tarsila Teixeira Vilhena Lopes[3] e Jaqueline Vilela Bulgareli[4]

[1]Universidade Federal de São Paulo, Brasil | leonardo.carnut@gmail.com | https://orcid.org/0000-0001-6415-6977

[2]Universidade Estadual do Piauí, Brasil | bvernagondim@hotmail.com; czilbo@usp.br | https://orcid.org/0000-0002-1061-4407

[3]Universidade de São Paulo, Brasil, czilbo@usp.br | tarsilatvlopes@gmail.com | https://orcid.org/0000-0002-0780-8120; https://orcid.org/0000-0000-0000-0000

[4]Universidade Federal de Uberlândia, Brasil | jaquelinebulgareli@gmail.com | https://orcid.org/0000-0001-7810-0595

Resumo: Em alguns processos gerenciais a análise de conteúdo dos discursos dos sujeitos pode ajudar a compreender a subjetividade envolvida na gestão dos serviços de saúde como no caso dos fluxos assistenciais. **Objetivo:** Assim, o objetivo deste estudo foi discutir sobre o uso da análise de conteúdo frequencial lexical para analisar comparativamente a compreensão de um fluxo assistencial para a referência de usuários com câncer bucal. **Método:** O estudo se localizou no município de Arcoverde, Pernambuco, Brasil. Este é um município de médio porte e contém uma rede de serviços públicos de saúde bucal composta por 19 equipes de cirurgiões-dentistas (CDs) e auxiliares que encaminham pacientes com suspeitas de câncer bucal. Realizou-se entrevista semiestruturada com quatro sujeitos (dois CDs e dois gerentes) para identificar a 'racionalidade' (gerencial ou clínica) mais frequente no discurso de ambos sobre o fluxo com intuito de comparação. Para fins analíticos foi usada a análise de conteúdo de Bauer, do tipo frequencial e cuja unidade textual de análise foi o léxico dos discursos dos quatro sujeitos entrevistados sobre o fluxo assistencial. **Resultados:** A categoria 'Fluxo Assistencial' para os CDs foi maior (50%) do que nos Gerentes (47,1%). Os gerentes dominaram mais o conteúdo sobre Atenção Básica do que os CDs clínicos o que pode ser visto na comparação CDs (6,1%) e Gerentes (29,4%). **Conclusões**: Gerentes e CDs compreendem a referência dos usuários, porém os CDs não estão totalmente seguros dos casos. Os gerentes demonstram uma maior segurança quanto os seus discursos, porém demonstraram resquícios do modelo biomédico. A análise de conteúdo frequencial lexical destes discursos permitiu essa comparação com maior precisão.

Palavras-chave: Pesquisa Qualitativa; Regulação e Fiscalização em Saúde; Neoplasias Bucais; Sistema Único de Saúde; Gestão em Saúde.

Lexical Frequency Content Analysis: The Quantitative Delimiting the Qualitative in the Comparison of the Discourses on the Pathway for Oral Cancer

Abstract: In some management processes, the content analysis of the subjects' speeches can help to understand the subjectivity involved in the management of health services as in the case of pathways. **Objective:** Thus, the objective of this study was to discuss the use of lexical frequency content analysis to comparatively analyze the understanding of a care flow for referral of users with oral cancer. **Method:** The study was located at municipality of Arcoverde, Pernambuco, Brazil. This is a medium-sized town and contains a network of public oral health services made up of 19 teams of dentists and assistants who refer patients with suspected oral cancer. A semi-structured interview was carried out with four subjects (two DCs and two managers) to identify the 'rationality' (managerial or clinical) most frequent in the discourse of both about the flow with a lot of comparison. Bauer's content, of the frequency type and whose textual unit of analysis was the lexicon of the speeches of the four subjects interviewed about the care flow (pathway). **Results:** The 'Pathway' category for DCs was higher (50%) than for Managers (47.1%). Managers dominate the content on Primary Care more than clinical CDs, which can be seen in the comparison between dentists (6.1%) and Managers (29.4%). **Conclusions:** Managers and dentists understand the users' reference, but the CDs are not entirely sure of the cases. Managers are more confident about their speeches, but they are remnants of the biomedical model. The analysis of the lexical frequency content of these speeches allowed this comparison with greater precision.

Keywords: Qualitative Research; Health Care Coordination and Monitoring; Mouth Neoplasms; Unified Health System; Health Management.

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.715-726

1. Introdução

A pesquisa na área de gestão de serviços públicos de saúde ainda é calcada em uma tradição de pesquisa quantitativa, normativa e, muitas vezes, positivista (Tanaka & Tamaki, 2012). Esperar que dados qualitativos sejam usados com maior intensidade para a tomada de decisões no âmbito do cotidiano gerencial dos serviços aparece como algo distante (Triviños, 1987).

Contudo, os discursos dos sujeitos envolvidos na produção dos serviços (sejam eles gestores, profissionais de saúde ou prestadores de serviço) (Turato, 2003) podem ser qualitativamente usados para, através de uma lógica de agregação quantitativa, ajudar os investigadores da área de gestão que advém desta tradição positivista de análise. Segundo Bauer (2010), a análise do conteúdo dos discursos, em seu caráter clássico, pode ser usada de diversas maneiras, desde a quantificação dos recortes do texto em unidades ou segmentos menores (unidades de texto) até a comparação de estruturas semântico-sintáticas complexas e trans históricas.

Krippendorf (1980) classifica as análises de conteúdo em diversos tipos, sendo a mais popular a frequencial (‘análise de frequência’). A análise de conteúdo do tipo frequencial, ainda que se limite a contar todas as unidades de texto pré ou pós-codificadas, permite uma síntese léxico-sintático-semântica que ajuda a interpretar dados qualitativos com uma precisão razoável. Em gestão de serviços de saúde, local em que o cotidiano do serviço é intenso, complexo e requer respostas rápidas, a compilação de dados dos discursos dos sujeitos que fazem o serviço pode encontrar na ‘análise de conteúdo frequencial’ um caminho para compreender qualitativamente a subjetividade inerente destes atores.

A análise de conteúdo do ‘tipo frequencial’ tem sido apontada como o tipo que apresenta maior potencial de utilização pela facilidade de compreensão ou pela sua semelhança com a lógica quantitativa. Esta tipologia ajuda aos gestores a compreender, quantitativamente, dados que *a priori* são qualitativos.

Um processo de trabalho da gestão dos serviços de saúde que frequentemente é determinada pela subjetividade e, portanto, passível desta análise é o discurso dos atores de uma rede de atenção sobre a ‘regulação assistencial’ (Magalhães, 2002). A regulação assistencial refere-se ao direcionamento do usuário em um sistema ordenado de fluxos e contrafluxos necessários para a adequada integração entre “pontos de atenção” de um mesmo sistema de saúde. Alguns autores como Solla & Chioro (2008) nomeiam esta integração como um Sistema de referência e contrarreferência. Para Witt (1992), este sistema é parte integrante do processo de regulação assistencial que tem como principal função viabilizar a continuidade da atenção aos usuários gerando, com isso, uma diversidade de ‘fluxos assistenciais’.

Os fluxos assistenciais são o conjunto dos deslocamentos da população aos serviços de saúde (Secretaria do Estado de Saúde de Alagoas - SESAU, 2013. 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 do fluxo (Brasil, 2008). Organizar os fluxos assistenciais não é uma tarefa gerencial trivial e requer uma compreensão da subjetividade e percepção dos atores que encaminham o fluxo de pacientes de forma clara (Solla & Chioro, 2008). Isto tende a ser mais problemático quando se trata de casos em que a patologia ou lesão pode progredir para o óbito. No caso dos serviços de saúde bucal, isso fica evidente quando o Cirurgião-Dentista (CD) se depara com uma lesão suspeita de câncer de boca e a dúvida se centra em para qual serviço encaminhar o caso. Assim, o objetivo deste estudo foi discutir sobre o uso da análise de conteúdo frequencial com foco na unidade lexical para analisar comparativamente as consonâncias e dissonâncias na compreensão e recomendação de um fluxo assistencial para a referência de usuários com câncer bucal.

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.715-726

2. Percurso Metodológico

O estudo foi localizado no município de Arcoverde, Pernambuco, Brasil. Esta municipalidade apresenta 353 km² de território e se encontra a 252 km de distância da capital do estado - Recife. A rede pública de serviços de saúde do município é composta por 1 Hospital Regional e 19 unidades de saúde. 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 Especialidade Odontológica (Prefeitura Municipal de Arcoverde, 2013).

2.1 Tipologia do Estudo

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, classificado como uma análise de conteúdo do discurso, do tipo frequencial (Bauer, 2010), cuja Unidade Textual (UT), também conhecida como 'segmento de texto', foram as *palavras* (o léxico).

2.2 Processo ou Operação sob Análise

Tomou-se como fenômeno gerencial sob análise o "fluxo assistencial", identificado como o deslocamento da população aos serviços de saúde (SESAU, 2013).

2.3 Técnica de Coleta de Dados

A técnica da entrevista semiestruturada (Britten, 2009), com questões abertas também chamada de semipadronizada (Flick, 2009) 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 a 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.

2.4 Instrumento de Coleta de Dados e Critérios de Inclusão

Para captar os discursos dos entrevistados sobre sua execução no cotidiano dos fluxos 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 entrevista foi realizada por uma única pesquisadora, graduada em odontologia e com vivência nos serviços de saúde, adequadamente treinada para realização de entrevistas qualitativas. As entrevistas foram realizadas em um intervalo de 3 semanas.

O critério de inclusão para a seleção dos entrevistados foi serem sujeitos que estavam, no momento da pesquisa, investidos nos cargos de cirurgiões-dentistas de família e cirurgião-dentista especialista em estomatologia ou cirurgia bucomaxilofacial, e gerentes 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 central da secretaria como os 'dois extremos' da situação de vivência deste fluxo assistencial: 2 deles (1 clínico e 1 gerente) respeitavam os critérios de encaminhamento descritos nos protocolos ministeriais e, outros 2, não (1 clínico e 1 gerente). O número de entrevistas realizadas se deu pela saturação (Fontanella & Magdaleno Júnior, 2012).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.715-726

Tópico-Guia 1: Roteiro de entrevista para os profissionais cirurgiões-dentistas

Identificação

Falar seu nome, ano de formação, formação complementar (especializações, mestrado, doutorado) e experiência clínica prévia ao trabalho em saúde pública

Experiência em saúde pública/saúde da família

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)

Experiência clínica em estomatologia

Atuação na área (monitoria, estágios, áreas correlatas – buco, histologia, patologia)

Segurança clínica no diagnóstico de lesões suspeitas

Organização da referência de usuários com lesões suspeitas

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)

Responsabilização sanitária pelos usuários com lesões suspeitas

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

Fig. 1. Tópico-guia utilizado para as entrevistas com cirurgiões-dentistas (clínicos e gerentes).
Fonte: elaboração própria.

2.5 Processamento dos Dados Qualitativos em 'Léxicos-Quantitativos'

Os discursos dos sujeitos entrevistados foram analisados do ponto de vista de conteúdo. O intuito foi verificar qual tipo de racionalidade está mais presente no referencial simbólico dos dois diferentes grupos de profissionais (cirurgiões-dentistas e gerentes) que cotidianamente operam o fluxo assistencial para os casos suspeitos de desordens potencialmente malignas na cavidade bucal.

Para tanto se utilizou um *referencial de codificação* conforme descrito por Bauer (2010) responsável por guiar a categorização dos conteúdos em grupos semânticos para assim possibilitar a identificação de qual tipo de racionalidade (clínica ou gerencial) está mais frequente nos discursos dos sujeitos conforme exposto nas figuras 2 e 3.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.715-726

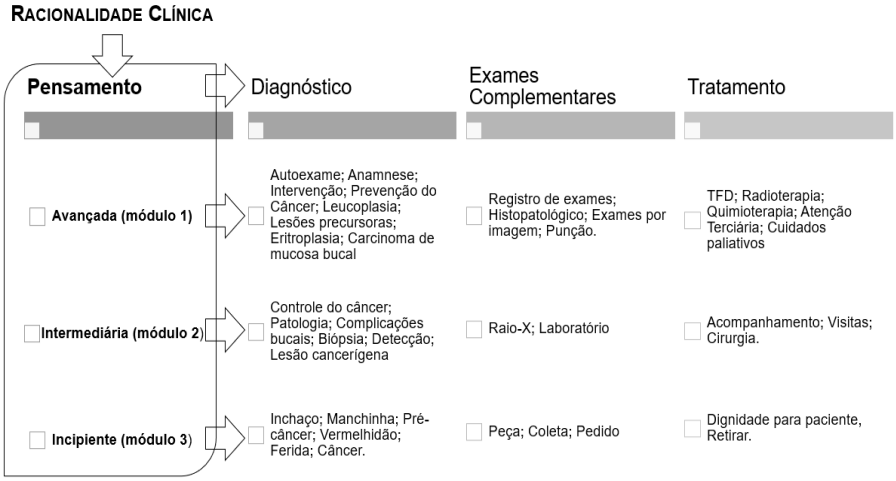


Fig. 2. Esquema de referenciais de codificação usados para análise de conteúdo dos discursos de cirurgiões-dentistas e gerentes sobre fluxo assistencial para o câncer bucal, segundo racionalidade clínica. **Fonte:** Pesquisa direta.

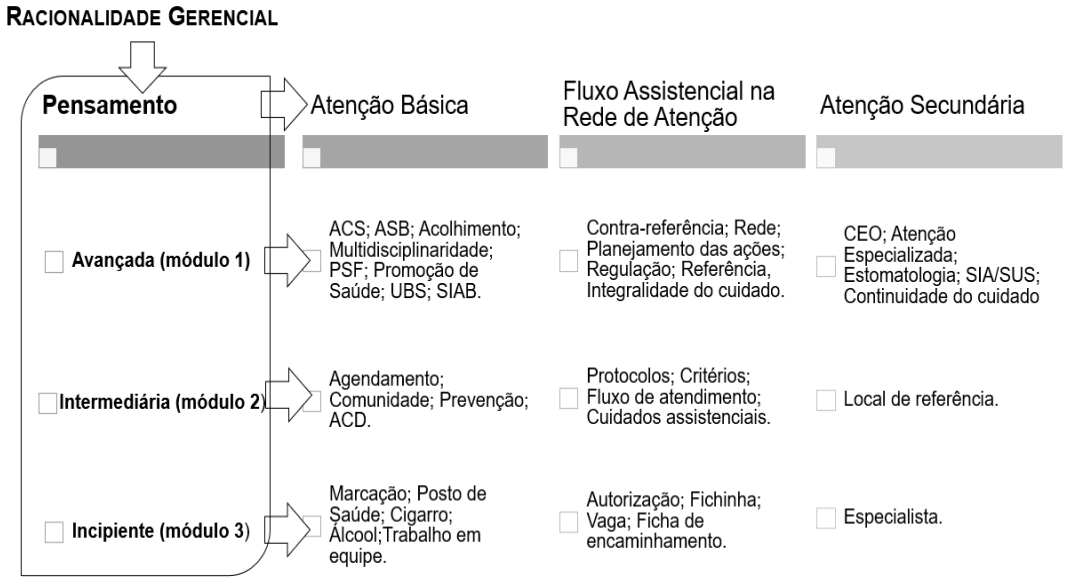


Fig. 3. Esquema de referenciais de codificação usados para análise de conteúdo dos discursos de cirurgiões-dentistas e gerentes sobre fluxo assistencial para o câncer bucal, segundo racionalidade gerencial. **Fonte:** Pesquisa direta.

A partir desses referenciais de codificação, os conteúdos foram classificados de acordo com que nele está exposto. Quando os termos não foram previstos no referencial, os demais foram ordenados por aproximação léxico-semântica com os termos já previstos anteriormente. Assim, os conteúdos dos discursos foram decompostos em Unidade de Textos (UT) e contabilizados através das categorias pré-estabelecidas com o objetivo final de obter uma análise de frequência de todas as UTs que compõem o conteúdo dos discursos, dissecando-o a ponto de obter-se a quantidade de UTs que mais se repetem referentes a determinada racionalidade (gerencial ou clínica) conforme disposto nos quadros 1, 2, 3 e 4.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.715-726

Quadro 1. Unidades de texto encontradas nos discursos dos Cirurgiões-dentistas sobre fluxo assistencial da Atenção Básica para a Atenção Secundária para casos de câncer bucal, segundo racionalidade gerencial.

Análise dos discursos dos Cirurgiões-dentistas segundo Racionalidade Gerencial						
Pensamento	Atenção Básica		Fluxo Assistencial		Atenção Secundária	
Avançado	**Palavras**	**Frequência**	**Palavra**	**Frequência**	**Palavra**	**Frequência**
	ACS		Contra-referência		CEO	10
	ASB		Rede		Atenção Especializada	
	Acolhimento		Planejamento das ações		Estomatologia	2
	Multidisciplinaridade		Regulação		SIA/SUS	
	PSF		Referência	9	Continuidade do cuidado	
	Promoção de Saúde		Integralidade do cuidado			
	UBS	3				
	SIAB					
	NASF					
	Saúde Bucal					
	Atenção Básica	4				
Intermediário	Comunidade		Protocolos	3	Local de Referência	
	Prevenção		Critérios			
	ACD		Fluxo de atendimento			
	Atendimento*		Cuidados assistenciais			
			Demanda	1		
			Oferta			
			Coordenação	3		
			Fluxo/Fluxo de referência			
Incipiente	Marcação		Agendamento		Especialista/ Especialidade	12
	Posto de Saúde		Encaminhamento	15	Dentista*	12
	Cigarro		Mandar	8	Urgência	2
	Álcool		Marcação/marcar	12	Atendimento*	10
	Trabalho em equipe		Autorização		Profissional*	2
	Dentista*		Ficha/Fichinha	6		
			Vaga			
			Ficha de encaminhamento			

Fonte: Pesquisa direta.

**Palavras que se encaixam em diferentes categorias segundo o seu sentido no discurso.*

Quadro 2. Unidades de texto encontradas nos discursos dos Cirurgiões-dentistas sobre fluxo assistencial da Atenção Básica para a Atenção Secundária para casos de câncer bucal, segundo racionalidade clínica.

Análise dos discursos dos gestores Cirurgiões-dentistas segundo Racionalidade Clínica						
Pensamento	Diagnóstico		Exames Complementares		Tratamento	
Avançado	Palavras	Frequência	Palavra	Frequência	Palavra	Frequência
	Autoexame		Registro de exames		TFD	4
	Anamnese	1	Histopatológico		Radioterapia	
	Intervenção		Exames por imagem		Quimioterapia	
	Prevenção do Câncer		Punção		Atenção Terciária	12
	Leucoplasia				Cuidados paliativos	
	Eritroplasia					
	Carcinoma de mucosa bucal					
Intermediário	Controle do câncer		Análise	1	Acompanha-mento	1
	Patologia		Raio –X		Visitas	
	Complicações bucais		Laboratório		Cirurgia	
	Biópsia	1			Evolução	
	Detecção				Observação	1
	Lesão Cancerígena					1
	Câncer de boca	5				
	Lesões/lesões suspeitas	11				
	Diagnosticar	5				
	Paciente	17				
	Exame de lábio	1				
Incipiente	Fibromasinho/ Manchina/ferida		Peça/Pecinha	1	Retirar	
	Inchaço		Coleta		Profissional*	
	Manchinha		Pedido		Operação	
	Pré-câncer		Material	2	Dignidade para paciente	
	Vermelhidão		Prescrição	1	Tratar	2
	Ferida					
	Identificar					

Fonte: Pesquisa direta.

**Palavras que se encaixam em diferentes categorias segundo o seu sentido no discurso.*

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.715-726

Em uma primeira análise, ainda com as Unidades de Texto sob quantificação absoluta, o conteúdo do discurso dos cirurgiões-dentistas pode ser decomposto conforme visto nos quadros 3 e 4. Em relação aos cirurgiões-dentistas é possível identificar a predominância do discurso de racionalidade gerencial incipiente, uma hipótese para esta constatação é o tipo de formação dos profissionais voltada para o modelo biomédico.

Como aponta Lenzi (2010) em um estudo que mostrou que os profissionais relataram que a formação acadêmica não os preparou de forma correta para atuar no Programa Saúde da Família, como propõe as Diretrizes Curriculares Nacionais. No discurso de racionalidade gerencial predominam as unidades de texto referentes a fluxo assistencial incipiente, que podemos analisar como avanço, visto que é esperado uma racionalidade mais clínica por parte dos cirurgiões-dentistas, ou seja, eles estão cada vez mais atentos ao andamento do fluxo. Na análise dos discursos dos CDs segundo racionalidade gerencial predominou um discurso voltado para o diagnóstico intermediário, o que pode sugerir que os CDs visam mais o diagnóstico em detrimento da prevenção. É possível perceber uma ausência no componente de utilização de exames complementares que pode indicar negligência no momento do diagnóstico.

Quadro 3. Unidades de texto encontradas nos discursos dos Gerentes sobre fluxo assistencial da Atenção Básica para a Atenção Secundária para casos de câncer bucal, segundo racionalidade gerencial.

Análise dos discursos dos Gerentes segundo Racionalidade Gerencial						
Pensamento	Atenção Básica		Fluxo Assistencial		Atenção Secundária	
Avançado	Palavras	Frequência	Palavra	Frequência	Palavra	Frequência
	ACS		Contra-referência		CEO	4
	ASB		Rede		Atenção Especializada	
	Acolhimento		Planejamento das ações		Estomatologia	2
	Multidisciplinaridade		Regulação		SIA/SUS	
	PSF	4	Referência	1	Continuidade do cuidado	
	Promoção de Saúde		Integralidade do cuidado			
	UBS	1				
	SIAB					
	NASF					
	Saúde Bucal	2				
	Atenção Básica					
Intermediário	Comunidade		Protocolos		Local de Referência	
	Prevenção		Critérios			
	ACD		Fluxo de atendimento			
	Atendimento*	1	Cuidados assistenciais			
			Demanda	1		
			Oferta	1		
			Coordenação			
			Fluxo/Fluxo de referência	3		
Incipiente	Marcação		Agendamento		Especialista/ Especialidade	2
	Posto de Saúde		Encaminhamento	6	Dentista*	
	Cigarro		Mandar	1	Urgência	
	Álcool		Marcação/marcar	3	Atendimento*	
	Trabalho em equipe		Autorização		Profissional*	
	Dentista*	2	Ficha/Fichinha			
			Vaga			
			Ficha de encaminhamento			

Fonte: Pesquisa direta.

**Palavras que se encaixam em diferentes categorias segundo o seu sentido no discurso.*

Ainda nesta pré-análise é possível utilizar-se das Unidades de Texto sob quantificação absoluta para a análise do conteúdo do discurso dos gerentes, podendo estes serem decompostos conforme visto nos quadros 5 e 6. É possível identificar a predominância do discurso de racionalidade gerencial incipiente, uma hipótese para esta constatação é o tipo de formação dos profissionais voltada ao modelo biomédico.

É notável certa equivalência entre os três módulos na racionalidade gerencial. O discurso gerencial dos gerentes em alguns módulos foi incipiente, o que pode caracterizar falta de preparo destes profissionais. Ao analisar as questões relativas à formação gerencial nos cursos da área de saúde, refere-se a deficiências ainda maiores. Pontua-se que, na formação acadêmica, o contexto organizacional é subestimado e que os conteúdos são

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.715-726

repassados ao aluno de forma acrítica e mecânica. Considerando-se que a gerência eficiente está vinculada à reformulação das ideias dos modelos teóricos e das abordagens metodológicas, o perfil adequado do gerente requer, além da sofisticação das técnicas gerenciais e das habilidades específicas, uma formação humanística ampla (Alves et al., 2004).

Na racionalidade clínica os discursos quanto ao diagnóstico e tratamento foram os mais frequentes. Assim como os Cirurgiões-Dentistas clínicos, os gerentes parecem subestimar a realização de exames complementares para o correto diagnóstico.

Quadro 4. Unidades de texto encontradas nos discursos dos Gestores sobre fluxo assistencial da Atenção Básica para a Atenção Secundária para casos de câncer bucal, segundo racionalidade clínica.

Análise dos discursos dos gestores segundo Racionalidade Clínica						
Pensamento	Diagnóstico		Exames Complementares		Tratamento	
Avançado	Palavras	Frequência	Palavra	Frequência	Palavra	Frequência
	Autoexame		Registro de exames		TFD	
	Anamnese		Histopatológico		Radioterapia	
	Intervenção		Exames por imagem		Quimioterapia	1
	Prevenção do Câncer		Punção		Atenção Terciária	4
	Leucoplasia		Exames	2	Cuidados paliativos	
	Eritroplasia					
	Carcinoma de mucosa bucal					
Intermediário	Controle do câncer		Análise		Acompanhamento	3
	Patologia		Raio-X		Visitas	
	Complicações bucais		Laboratório		Cirurgia	1
	Biópsia	3			Evolução	1
	Detecção				Observação	
	Lesão Cancerígena					
	Câncer de boca					
	Lesões/lesões suspeitas	4				
	Diagnosticar	4				
	Paciente	1				
	Exame de lábio					
Incipiente	Fibromazinho/ Manchina/ferida		Peça/Pecinha		Retirar	
	Inchaço		Coleta		Profissional*	
	Manchinha		Pedido		Operação	1
	Pré-câncer		Material		Dignidade para paciente	
	Vermelhidão		Prescrição		Tratar	3
	Ferida					
	Identificar	2				

Fonte: Pesquisa direta.

**Palavras que se encaixam em diferentes categorias segundo o seu sentido no discurso.*

3. Resultados e discussão

Com as UTs sob quantificação relativa, o conteúdo do discurso dos cirurgiões-dentistas pode ser analisado em uma perspectiva comparativa entre suas dimensões (componentes ou categorias) e módulos de pensamento (conforme referencial de codificação) dentro de uma mesma racionalidade, como também para comparação entre a 'racionalidade gerencial' e a 'racionalidade clínica' entre os mesmos profissionais e entre profissionais diferentes conforme pode ser observado na tabela 1.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.715-726

Tabela 1. Análise comparativa entre os discursos dos gerentes e cirurgiões-dentistas, segundo racionalidade clínica e gerencial, sobre o fluxo assistencial da Atenção Básica para a Atenção Secundária para casos de câncer bucal. Arcoverde – PE, 2015.

Racionalidade Gerencial						**Racionalidade Clínica**					
		Cirurgiões-Den		**Gerentes**				**Cirurgiões-Dentista**		**Gerentes**	
		Unidade de Tex		**Unidade de Text**				**Unidade de Texto**		**Unidade de Texto**	
Categoria	**Módulo**	**n**	**%**	**n**	**%**	**Categoria**	**Módulo**	**n**	**%**	**n**	**%**
Atenção Básic	Avançado	7	100,0	7	70,0	Diagnóstico	Avançado	1	2,4	0	0,0
	Intermediário	0	0,0	1	10,0		Intermediário	40	97,5	12	85,7
	Incipiente	0	0,0	2	20,0		Incipiente	0	0,0	2	12,2
Total		**7**	**6,1**	**10**	**29,4**	**Total**		**41**	**61,1**	**14**	**46,6**
Fluxo Assistencial	Avançado	9	15,7	1	6,2	Exames Complementares	Avançado	0	0,0	2	100,0
	Intermediário	7	12,2	5	31,2		Intermedi ário	1	20,0	0	0,0
	Incipiente	41	71,9	10	62,5		Incipiente	4	80,0	0	0,0
Total		**57**	**50,0**	**16**	**47,1**	**Total**		**5**	**7,4**	**2**	**6,6**
Atenção Secundária	Avançado	12	24,0	6	75,0	Tratamento	Avançado	16	76,1	5	35,7
	Intermediário	0	0,0	0	0,0		Intermedi ário	3	14,2	5	35,7
	Incipiente	38	76,0	2	25,0		Incipiente	2	9,5	4	28,5
Total		**50**	**43,8**	**8**	**23,5**	**Total**		**21**	**31,3**	**14**	**46,6**
TOTAL		**114**	**100,0**	**34**	**100,0**	**TOTAL**		**67**	**100,0**	**30**	**100,0**

Fonte: Pesquisa direta.

Os dados sugerem que os CDs clínicos tendem a achar que a Atenção Secundária é o melhor local para o diagnóstico, subestimando a Atenção Básica. Isso pode ser visto na tabela de análise comparativa onde a categoria Atenção Secundária foi mais frequente (43,8%) do que a Atenção Básica (6,1%). É possível supor que a Atenção Secundária ganha ênfase devido à formação biomédica dos Cirurgiões-dentistas voltada para especialidades. Muitos cursos de graduação reduzem conteúdos e deixam conhecimentos fundamentais para os cursos de especialização com a justificativa de que os graduados devem ser bons generalistas (Narvai, 2003). O autor complementa que a justificativa tende a recair no argumento de que "*vocês precisam ser bons clínicos gerais, pois é disso que o Brasil precisa*". Segundo o autor, isso é inaceitável.

Os gerentes dominam mais o conteúdo sobre Atenção Básica que os CDs clínicos, o que pode ser visto na comparação com CDs (6,1%) e Gerentes (29,4%). Apesar da pouca frequência (6,1%), os CDs têm um discurso mais elaborado em relação à Atenção Básica (100% Avançado). Uma hipótese para essa contradição é que apesar da formação biomédica eles aprendem na prática diária o funcionamento da Atenção Básica (Souza & Nunes, 2014). Mesmo afirmando que os profissionais não conhecem as DCNs, a prática clínica diária ensina preceitos importantes para a vivência na Atenção Básica. Esta prática cotidiana apresenta características essenciais na formação em Odontologia como, por exemplo, serem generalistas, humanizados, comprometidos, responsáveis com o cuidar do outro, holísticos, com conceitos integrais de saúde, com foco na prevenção (Souza &

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.715-726

Nunes, 2013). Apesar da maior frequência da categoria Fluxo Assistencial para os Dentistas (50%) do que nos Gerentes (47,1%), o discurso entre ambos é bastante incipiente – CDs (71,9%), Gerentes (62,5%). Os CDs veem o fluxo como a mera ida de pacientes a Atenção Secundária e o seu retorno para a Atenção Básica, faltando uma elaboração maior do discurso.

Os discursos dos CDs na categoria Atenção Secundária foram mais frequentes no módulo incipiente (76%) em detrimento do módulo Avançado (24%), enquanto os gerentes tiveram um discurso ao contrário, 75% avançado e 25% incipiente. A principal hipótese para esse achado repousa no fato de que os CDs não conseguem ter uma visão sistêmica de interdependência entre as atenções, tendem a ver o fluxo como uma ação burocrática. O dentista da Atenção Básica é responsável pela coordenação do cuidado e essa ausência da visão sistêmica compromete a regulação assistencial. Isso demonstra o quanto os Dentistas ainda precisam conhecer a regulação como tarefa gerencial que está sob sua coordenação, devendo ser monitorada. O modelo vigente de formação profissional concentrado na formação clínica voltada às ciências biomédicas e o componente social deslocado para a periferia poderia explicar isto. Essa formação profissional biologicista, individual e autônoma dos dentistas influi no processo de trabalho destes, isolando-os (Farias & Sampaio, 2011), e, conforme a pesquisa, desresponsabilizando-se de tarefas gerenciais.

No discurso quanto à racionalidade clínica foi mais frequente a categoria Diagnóstico (61,1%) para Dentistas e Diagnóstico (46,6%) e Tratamento (46,6%) para gerentes. A formação odontológica, focada na doença e diagnóstico, confere ao profissional uma prática voltada a estes e que, claramente, refletem o poder do profissional em seu locus ocasionando uma prática curativista, como muitos dentistas desenvolvem na ESF, sem dar ênfase à promoção e prevenção. Os gerentes compreendem melhor a racionalidade clínica dando a mesma importância para Diagnóstico (46,6%) e Tratamento (46,6%). Os gerentes estão mais atentos com o todo o sistema desde a chegada do paciente até a resolubilidade do caso, dando igual importância ao diagnóstico da doença como seu tratamento. Esses dados corroboram com Pimentel (2010) que afirmam que os gerentes possuem uma visão de saúde mais ampla.

Na categoria Diagnóstico, o discurso tanto de Cirurgiões-dentistas quanto de Gerentes foi mais frequente no módulo Intermediário 97,5% e 85,7%, respectivamente. A categoria Exames Complementares, a menos frequente das categorias, Cirurgiões-dentistas (7,4%), gerentes (6,6%). O discurso dos Cirurgiões-dentistas foi incipiente (80%) e dos gerentes Avançado (100%). Os gerentes compreendem melhor o fluxo do funcionamento do serviço para a realização de Exames Complementares, enquanto os CDs estão centrados no consultório não valorizando esse fluxo. Devido à dificuldade de acesso a exames complementares no serviço público, os mesmos são subestimados. Quanto ao Tratamento, os CDs apresentaram um discurso Avançado (76,1%), enquanto os gerentes transitaram entre Avançado (35,7%), Intermediário (35,7%) e Incipientes (28,5%). Infere-se que os CDs têm mais segurança ao falar dos tratamentos, pois possuem uma racionalidade clínica predominante. Os gerentes entendem o tratamento de forma mais gerencial mas percebe-se evolução nos discursos sugerindo uma tentativa de resolubilidade para um problema instaurado.

A análise comparativa geral mostra uma alta frequência da racionalidade gerencial nos discursos dos CDs sugere um avanço e uma elaboração do discurso mesmo com a frequência do módulo incipiente evidente, confirmando o relato de Souza Filho (2013) que afirma um déficit nos componentes da saúde coletiva durante a graduação e só vieram suprir esse déficit após a participação em cursos de capacitação. Espera-se que o gerente transite bem pelas realidades gerenciais e clínicas e isto ficou evidenciado pelo equilíbrio nas racionalidades gerencial e clínica dos discursos e, mesmo com a diversidade de módulo, um predomínio do “avançado”. Isto pode ser justificado pelo que Penna (2004) sugere que o modo de trabalho da gerência vem sendo modificado desde a implantação do SUS, ampliando as atividades dos gerentes no seu cotidiano com uma descentralização na tomada de decisões o que aumentou as responsabilidades do profissional e permitiu uma maior aproximação com os usuários.

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.715-726

4. Considerações finais

Identificou-se que Gerentes e Cirurgiões-dentistas compreendem a referência dos usuários, porém cirurgiões-dentistas não estão seguros dos casos a serem referenciados para atenção secundária e desatentos à continuidade do processo. Os gerentes demonstram uma maior segurança quanto aos seus discursos, porém com ênfase no modelo biomédico pelo qual foram formados. Os gerentes possuem um discurso equilibrado entre as racionalidades gerencial e clínica, conseguindo transitar bem entre essas com uma diversidade que parece ser compatível com suas atribuições de gerenciamento do fluxo.

Os discursos dos cirurgiões-dentistas tiveram grande frequência da racionalidade clínica que, apesar do discurso menos elaborado, é um avanço considerável nas compreensões sobre regulação assistencial. Gerentes e cirurgiões-dentistas compreendem o fluxo assistencial, com algumas ressalvas. A análise de conteúdo frequencial lexical destes discursos permitiu essa comparação com maior precisão.

Agradecimentos

À aluna Marcia Rosana Farias de Oliveira Alencar Vidal pela coleta dos dados e ao aluno Fernando Flávio Souza Vaz pela primeira sistematização dos dados.

5. Referências

Alves, M., Penna, C. M. de M., & Brito, M. J. M. (2004). Perfil dos gerentes de Unidades Básicas de Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(4), 441–446. https://doi.org/10.1590/s0034-71672004000400011

Bauer, M. (2002). Análise de conteúdo clássica: uma revisão. *Pesquisa Qualitativa Com Texto, Imagem e Som: Um Manual Prático*, 189–217. https://pt.scribd.com/document/356552168/Bauer-Analise-de-Conteudo-Classica-Uma-Revisao

Brasil. (2008). Portaria GM no. 1.559, de 1º de agosto. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html

Britten, N. (2009). *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde (3ª ed.).* Artmed.

Farias, M. R. de, & Sampaio, J. J. C. (2011). Papel do cirurgião-dentista na equipe de saúde da família. *Revista Gaúcha de Odontologia*, 59(1), 109–115.

Souza Filho, N., Motitz, G., & Sabino, M. (2013). O Impacto da Atuação do Cirurgião-Dentista no Sistema Único de Saúde (SUS). 12, 136–153.

Flick, U. (2009). Entrevistas. *Introdução a Pesquisa Qualitativa* (3ª ed.). Artmed.

Fontanella, B. J. B., & Magdaleno Júnior, R. (2012). Saturação teórica em pesquisas qualitativas: contribuições psicanalíticas. *Psicologia Em Estudo*, 17(1), 63–71. https://doi.org/10.1590/s1413-73722012000100008

Gaskell, G. (2010). Entrevistas individuais e grupais. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som – Um manual prático* (8ª ed.)*. Vozes.*

Krippendorff, K. (1980). On the Reliability of Unitizing Continuous Data. *Sociological Methodology*, 25, 47–76. https://doi.org/10.2307/271061

Lenzi, T. L., Rocha, R. de O., Dotto, P. P., & Raggio, D. P. (2010). Perfil dos cirurgiões-dentistas integrantes do Programa Saúde da Família em um município do Sul do Brasil. *Stomatos*, 16(30), 58–64.

Magalhães Jr. HM (2002). *Regulação assistencial: a busca de novas ferramentas no SUS para enfrentar o desafio de garantir a assistência com equidade.* Pensar BH – política social.

Narvai, P. C. (2003). Recursos humanos para promoção da saúde bucal: um olhar no início do século XXI. *In Promoção de saúde bucal: paradigma, ciência, humanização.* São Paulo: Artes Médicas.

Penna, C. M. de M., Alves, M., Brito, M. J. M., Abreu, T. de, & Soares, C. E. (2004). O trabalho do gerente no cotidiano das unidades básicas de saúde. *Revista Mineira de Enfermagem,* 8(4).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.715-726

http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/705

Pimentel, F. C., Martelli, P. J. de L., Araújo Junior, J. L. do A. C. de, Acioli, R. M. L., & Macedo, C. L. S. V. (2010). Análise da atenção à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Sanitário VI , Recife (PE). *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(4), 2189–2196.

Prefeitura Municipal de Arcoverde. (n.d.). Acesso em 21 de janeiro de 2013. https://www.arcoverde.pe.gov.br/index-

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.* Acesso em 25 de janeiro de 2013. 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.* Fiocruz. https://doi.org/10.1590/s0102-311x2013000700022

Sousa, D. P. de, & Nunes, M. (2014). *Preceptoria em saúde bucal na atenção básica no município de Goiânia sob a perspectiva do preceptor* [Dissertação de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde]. Universidade Federal de Goiás. http://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/3842

Tanaka, O. Y., & Tamaki, E. M. (2012). O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciencia e Saude Coletiva*, 17(4), 821–828. https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400002

Triviños, A. N. S. (1987). *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a Pesquisa Qualitativa em Educação*. Atlas. https://doi.org/10.33081/formação.v1i20.2335

Turato, E. R. (2003). *Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa.* Vozes.

Witt, R. R. (1992). Sistema de referência e contra-referência num serviço de saúde comunitária. *Rev Gaúcha Enf*, 13(1), 19–23.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.715-726

Rede cegonha: Visão de gestantes e profissionais de saúde acerca de sua operacionalização

Flávia Vernaschi Lima[1], Sílvia F. Rocha Tonhom[2], Mara Q. Chirelli[2], Kátia T. Alves Rezende[2] e Cássia R. F. Biffe Peres[2]

[1] Departamento Regional de Saúde de Marília – SP, Brasil | fvlmail@uol.com.br
https://orcid.org/0000-0002-1629-4555

[2] Faculdade de Medicina de Marília – FAMEMA, SP, Brasil | siltonhom@gmail.com; marachirelli@gmail.com; katialvesrezende@gmail.com; c.r.biffe@gmail.com | https://orcid.org/0000-0001-7522-2861; https://orcid.org/0000-0002-7417-4439; http://orcid.org/0000-0002-9022-2680; https://orcid.org/0000-0002-8430-0400

Resumo: **Introdução:** A Rede Cegonha (RC) se propõe a reorganizar a saúde materna e infantil, por meio de ações para o enfrentamento das altas taxas de mortalidade destes segmentos e a formação de uma rede de proteção à mulher e à criança.. **Objetivo:** analisar a operacionalização da RC em uma Região de Saúde do Estado de São Paulo, a partir da percepção de usuárias e de profissionais de saúde. **Método:** Estudo qualitativo por meio de entrevistas individuais com 25 usuárias e quatro grupos focais com profissionais da saúde de três municípios de pequeno porte de uma região de saúde. Os dados coletados foram tratados utilizando a análise de conteúdo, modalidade temática. **Resultados:** Foram abordados os seguintes temas: o ator que exerce o cuidado na perspectiva da gestante; desafios identificados pelas equipes. **Conclusão:** Embora as ações da RC tenham sido reconhecidas pelas usuárias com alguns apontamentos para melhoria, existem relatos de vulnerabilidade. Ressalta-se, ainda, a utilização das ferramentas propostas pela Política Nacional de Humanização e Política de Humanização do Pré Natal, Parto e Nascimento, cuja atuação participativa e colaborativa dos atores que produzem a saúde possibilita melhores arranjos para o cuidado e, consequentemente, experiências mais seguras e plenas para as mulheres.

Palavras-chave: Assistência à Saúde Materno-Infantil; Rede Cegonha; Sistema Único de Saúde.

Stork Network: View of Pregnant Women and Health Professionals about its Operation

Abstract: The Rede Cegonha (RC) comes as a proposal to reorganize maternal and child health, through actions to face the high mortality rates and the formation of a protection network for women and children. Objective: to analyze the operationalization of RC in a Health Region of the State of São Paulo, from the perception of users and health professionals. Method: Qualitative study through individual interviews with 25 users and four focus groups of health professionals from three small municipalities in a health region. The collected data were treated using content analysis, thematic modality. Results: The following topics were addressed: the perspective of the pregnant Woman of the actor who delivery care; challenges identified by the teams. Conclusion: Although the actions of Rede Cegonha have been observed by users with some notes for improvement, there are reports of vulnerability. It is noticeable that the use of the National Humanization Policy and the Humanization Policy for Pre-Natal, Childbirth and Birth, with the participatory and collaborative work of the actors that produce health, enables better arrangements for care and, consequently, safer and fuller experiences for women.

Keywords: Maternal-Child Health Services; Unified Health System.

1. Introdução

A Rede Cegonha (RC) no contexto das ações públicas de saúde propõe-se ao enfrentamento das crescentes taxas de mortalidade materna e fetal, do crescente número de partos cesárea, tanto no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) como na saúde suplementar e privada, e da fragilização do cuidado pré-natal que direciona as ações tanto das mulheres como das equipes de saúde a escolhas baseadas em conhecimentos pobres em evidências científicas, cercadas de mitos e medos (Brasil, 2011a).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.727-735

A organização da RC se faz a partir de quatro (4) componentes: (i) Pré-Natal; (ii) Parto e Nascimento; (iii) Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; e (iv) Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação.

Cada componente se desenvolve em um cenário específico, sendo o Pré-Natal desenvolvido principalmente no território da Atenção Básica (AB); o Parto e Nascimento desenvolve-se principalmente na atenção hospitalar, tanto nas maternidades de baixo como de alto risco, nos Centros de Parto Normal e Casas de Parto; o Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança ocorre, na sua grande maioria, de volta ao território da AB, podendo compartilhar o atendimento especializado nas necessidades mais complexas e o componente Sistema Logístico perpassa todos os cenários, inclusive das Urgências.

Embora o acesso ao pré-natal seja praticamente universal no Brasil com alcance dos indicadores de número de consultas de pré-natal executadas, a qualidade dessa atenção não é suficiente para promover um bom cuidado (Brasil, 2011b).

O cenário ~~foco~~ dessa pesquisa é a RC de uma região de saúde (RS) composta por 19 municípios, pertencente a uma das Redes Regionalizadas de Atenção em Saúde (RRAS), denominada RRAS 10 (correspondente ao Departamento Regional de Saúde IX – DRS IX), que dividem organizativamente o sistema de saúde do Estado de São Paulo, Brasil (São Paulo, 2011).

Considerando o Plano de Ação Regional da RC da RRAS, aprovado nas instâncias estaduais e nacionais (São Paulo, 2012), identifica-se o recrudescimento da mortalidade materna, destacando-se que na RS desse estudo de 22,15 por 100.000 nascidos vivos em 2010, esse número avança para 52,72 em 2016 (Brasil, 2018).

A construção e desenvolvimento da RC, aliados ao desenvolvimento das Redes de Atenção, ancorados nos princípios da Política Nacional de Humanização (Brasil, 2008) e, por consequência, nos princípios do SUS, implicam a transformação dos modelos hierarquizados para modelos horizontais dos pontos de atenção, e promoção da autonomia dos sujeitos atores da produção de saúde.

No entanto, conforme os indicadores apontados anteriormente, acredita-se que poucos avanços ocorreram, evidenciando, ainda, um modelo fragmentado e não efetivo à essa população.

Diante disso, tem-se como inquietação compreender a organização do cuidado do pré-natal na RC, de forma a identificar as fragilidades na implementação dessa política de saúde e a compreensão das ferramentas propostas.

Assim, objetiva-se analisar a operacionalização da RC em uma Região de Saúde do Estado de São Paulo, a partir da percepção de usuárias e de profissionais de saúde.

2. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que trabalha com o universo dos significados, dos motivos, buscando a compreensão das crenças, dos valores e das atitudes, das percepções e interpretações que as pessoas fazem a respeito do modo de viver e pensar, propiciando a construção de novas abordagens e criação de novos conceitos a partir da investigação. (Minayo, 2014 e 2015)

A investigação foi realizada em três municípios que pertencem ao DRS IX, definidos por amostra de conveniência considerando o número de atendimentos e encaminhamentos ao hospital de referência e designados como AM, AB E CM. Assim, AM e CM são os municípios que mais encaminham à referência, sendo que AM apresenta cobertura de 100% de ESF; o município BM que conta com 100% de cobertura de AB e 100% de ESF, o que menos encaminha; e CM tem AB com Estratégia Saúde da Família (ESF) e Unidade Saúde da Família (UBS) tradicional, apresentando cobertura de aproximadamente 70% de AB.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.727-735

Para participação na pesquisa, todas as gestantes inscritas e com pré-natal em curso, na rede pública ou na rede privada, foram convidadas pelos profissionais das equipes, tendo sido entrevistadas as que aceitaram, e quanto aos profissionais, foram incluídos por participação na equipe de saúde e por aceite na participação no estudo.

A coleta de dados foi realizada por meio das técnicas de entrevista e de grupo focal. A entrevista na pesquisa social é descrita em Minayo (2015) como uma técnica da pesquisa de campo para coleta de informações que tem como objetivo construir informações sobre o objeto de pesquisa e não prescinde da interação entre o pesquisador e os sujeitos pesquisados. Dentre as modalidades propostas pela autora, a entrevista semiestruturada combina perguntas fechadas e abertas e convida o interlocutor a discorrer sobre o assunto sem se prender à questão formulada.

O roteiro de perguntas semiestruturadas foi desenvolvido com o olhar para os dispositivos e ferramentas da RC. Foram entrevistadas individualmente 25 usuárias, no período de agosto a novembro de 2019, com duração média de 13min, em locais que variaram, à escolha da entrevistada, entre a própria residência e a unidade de saúde.

Para a realização dos grupos focais com as equipes de saúde, foram convidados os componentes da equipe mínima, das unidades dos municípios onde as gestantes residiam: Agente Comunitário de Saúde (ACS), Enfermeiro, Médico, Auxiliar/Técnico de Enfermagem e Dentista, tendo em duas unidades participado também Agente de Controle de Endemias (ACE) e Auxiliar de Limpeza, pela compreensão que a equipe tinha de pertencimento.

Minayo (2014) destaca a praticidade de reunir muitos atores em um mesmo momento, a possibilidade de desvelar consensos e dissensos, importante para aprofundar o debate do grupo. A análise do grupo focal pode fornecer subsídio para a compreensão dos conteúdos emergidos das entrevistas e estas, por sua vez, aos dados do grupo, para identificação dos conceitos percebidos e construídos pelos atores profissionais da saúde e usuárias sobre rede de atenção e rede cegonha, interesse do estudo que ora conduzimos.

Foram formados quatro grupos, identificados de acordo com a nomenclatura utilizada para os municípios: um grupo nos municípios AM e BM cada, EqAM e EqBM respectivamente e dois grupos no município CM, por este ter uma equipe de UBS Tradicional e uma equipe de ESF, sendo denominados EqCM1 e EqCM2. Os grupos somente foram realizados após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Estes encontros ocorreram no período de agosto a novembro de 2019 na própria unidade de saúde e em horário de trabalho, sem prejuízo ao trabalhador, com uma média de 33min de duração. O roteiro, continha questões norteadoras abordando aspectos referentes a organização e a operacionalização da rede cegonha, as fragilidades e as potências por eles identificados.

As entrevistas e os grupos focais foram registrados em áudio por meio de gravador digital ou aplicativo em telefone móvel e transcritas posteriormente.

Para garantia de sigilo, as entrevistas foram numeradas e codificadas, sendo referenciadas de acordo com o município, AM, BM e CM, em ordem numérica: AM1, AM2 [...]; BM1, BM2 [...] e CM1, CM2 [...].

Para realização da pesquisa, obteve-se autorização dos respectivos gestores municipais e estaduais das instituições envolvidas e a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de XXX, com parecer favorável, CAAE 02880118.4.0000.5413, por nº 3.739.674.

A análise dos dados foi realizada pela Análise de Conteúdo, modalidade temática, segundo o referencial de Minayo (2015).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.727-735

Sendo assim, as transcrições das entrevistas e dos grupos focais passaram por exaustiva leitura para exploração, identificação e organização dos conteúdos das falas, reconhecimento dos núcleos de sentido, e posterior categorização e definição dos temas, de acordo com o procedimento metodológico da análise de conteúdo. O processo de codificação foi realizado pela pesquisadora e duas docentes que fizeram a validação. Obteve-se denso material que nesse artigo será abordado aspectos sob o olhar da gestante e profissionais acerca do tema: o ator que exerce o cuidado e os desafios identificados pelas equipes.

3. Resultados

3.1 O Ator que Exerce o Cuidado na Perspectiva da Gestante

Os relatos trouxeram percepções sobre o cuidado no pré-natal e do profissional que o realiza, com consultas periódicas intercaladas entre o enfermeiro e o médico, e de procedimentos realizados especificamente pelo profissional enfermeiro e outros a percepção do cuidado feito especificamente pelo médico:

> “Uma [consulta] com o enfermeiro, uma com o médico” (BM2).
>
> “A primeira com enfermeira, a segunda com médico, a terceira com enfermeira, a quarta com médico ginecologista, a quinta com enfermeira” (BM14).
>
> “Já passei [com a enfermeira]” (AM1).
>
> “[Na pré consulta] mede a pressão, pergunta se tem alguma queixa, peso” (AM3).
>
> “Sempre que venho faz a pré consulta primeiro, só peso e pressão, depois passa com a médica” (AM2).
>
> “Quando eu descobri [a gravidez] foi com a enfermeira [...] ela preencheu a carteirinha” (BM12).

Concernente aos profissionais atenderem as necessidades de informações, identificou-se satisfação tanto no serviço privado quanto no público e orientações que geraram dúvidas.

> “No particular eles conversam muito, é 100% diferente do SUS, eles ficam muito com você” (BM12).
>
> “A médica aqui conversa bastante. Tá de parabéns, fui atendida muito bem no posto. Ganhamos até banheira, fralda...” (CM3).
>
> “Aqui é bem-feitinho, melhor que o particular” (BM3).

Outros relatos expuseram, todavia, algumas fragilidades nas informações de que dispunham e o quão vulneráveis as gestantes estavam por estas serem poucas ou desqualificadas:

> “Não vou conseguir amamentar [por causa da incompatibilidade Rh (SIC)], não vou conseguir fazer várias coisas” (AM1).
>
> “Não recebi orientação [sobre os tipos de parto]” (BM2).
>
> “Eles não falaram muita coisa [sobre o parto normal] o que eu sei é o que eu ando lendo” (CM2).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.727-735

3.2 Desafios Identificados pelas Equipes

Em relação aos desafios para a operacionalização da RC, as equipes trazem aspectos relacionados ao acompanhamento do processo em Rede, além de dificuldades na organização do processo de trabalho e outros relacionados a adesão das gestantes.

No que se refere ao processo de gestão tem-se dificuldades em acompanhar o processo de cuidado, embora, acreditam que desenvolvam muitas ações.

> "A gente faz muito, vai ver a efetividade, não consegue acompanhar, então, esse monitoramento, a gente não tem" (EQAM).

Quanto ao processo de trabalho, apontam-se fragilidades como a sobrecarga de trabalho, o número reduzido de profissionais para atender às necessidades da população e a rotatividade do profissional médico:

> "Meu desafio é desenvolver, no pouco tempo que a gente tem, [...] as várias atividades" (EQAM).
>
> "A quantidade de população é grande e a quantidade de profissional não dá conta" (EQCM2).
>
> "Não tem um profissional [médico] fixo. Quando o paciente "acostuma" com o profissional, o profissional acostuma com o paciente... Daí tem que começar tudo de novo" (EQCM2).

As gestantes também são identificadas, por profissionais da equipe de saúde, como responsáveis por fragilizar o cuidado as mesmas.

> "Gestante, a gente convida, mas não vem. Resistência" (EQBM).
>
> "A população exige muito da gente" (EQBM).
>
> "As gestantes não têm compromisso" (EQCM1).

Outro desafio apontado pelos profissionais diz respeito a descontinuidade do cuidado no sentido de ausência de retaguarda na sequência da Rede e incongruência de orientações com o serviço hospitalar.

> "Aqui na unidade tem assistência boa, trata, instrui, só que lá na frente não tem um ultrassom, um parto digno. Não tem como" (EQAM).
>
> "A mulherada vai lá, tem o bebê, volta aqui contando horrores do que passou lá no parto" (EQCM1).
>
> "Mas na amamentação, tá com problema, tem os industrializados, já sai do hospital com a receita do pediatra" (EQAM).

4. Discussão

Em relação ao cuidado do pré-natal, tem-se o atendimento realizado por médico e por enfermeiros. Destaca-se que a ação da enfermagem se amplia no pré-natal de baixo risco na AB, principalmente no âmbito da ESF, pois cabe ao profissional enfermeiro o cuidado compartilhado e alternado das consultas com o médico, tendo um papel ativo na escuta, avaliação, prescrição e orientação, conforme os documentos técnicos estabelecidos pelo Ministério da Saúde (2012) e Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2016 e 2017). O papel do enfermeiro é essencial para a ampliação das ações de humanização na assistência, construindo vínculos, estabelecendo relações de confiança e organizando o processo de trabalho (Gomes et al. 2019).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.727-735

Pesquisa realizada com gestantes aponta que enfermeiros realizam consultas mais acolhedoras e que privilegiam a escuta (Livramento, 2019a). Dessa forma, a consulta de enfermagem de forma alternada com a consulta médica deve ser uma ação mais presente nos serviços de saúde, ou seja, não ser uma atividade somente de pré consulta médica, como também citada na presente investigação.

No cenário pesquisado, identificam-se incompreensões quanto às informações recebidas pelas gestantes. Nesse sentido, Cardelli et al. (2016) apontam as expectativas e satisfação manifestas pelas gestantes relacionadas ao cuidado do pré-natal e concluem que há necessidade de informação, escuta e acolhimento, para além da realização de consulta médica e exames complementares, principalmente nos estratos das primíparas e das gestantes qualificadas como de alto risco.

Pires et al. (2016) consideram as dificuldades observadas na AB, mesmo com a implantação da ESF, como os cenários complexos do trabalho vivenciados no território e as condições disponíveis para sua realização, interferindo na qualidade e segurança do resultado do cuidado, sendo aspectos importantes para a análise dos relatos das equipes sobre os desafios identificados.

Com relação à rotatividade dos médicos, Pierantoni et al. (2015) reportam índices deste fenômeno, observados tanto nas UBS tradicionais como nas Unidades com ESF. Municípios com indicadores econômicos baixos, a concorrência do mercado, os fatores demográficos, geográficos, a estrutura e o acesso aos níveis de atenção de maior complexidade e, por fim, a satisfação para o trabalho estão entre os pontos discutidos. Em estudo comparativo, Elias et al. (2006) encontraram diferenças importantes, tendendo à melhor na avaliação para as unidades cujo modelo de atenção estivesse pautado pela ESF.

À luz destas reflexões, compreende-se que tanto nas unidades cujo trabalho é pautado no modelo de atenção da ESF como nas UBS tradicionais, estas convivem com subdimensionamento de profissionais, sobrecarga de trabalho, entre outros problemas. Esse contexto com descontinuidade no acompanhamento das gestantes, principalmente por parte da alta rotatividade dos médicos, não contribui para um cuidado integral, em Rede, na medida em que o foco muitas vezes está na queixa momentânea e não nas necessidades que possam se constituir considerando a idade gestacional, número de filhos, contexto socioeconômico, promoção da autonomia das gestantes nas escolhas ao longo do pré-natal, dentre outras.

Os programas da ESF e da PNH (Brasil, 2006 e 2008) trouxeram, no bojo das formulações, novos paradigmas para construção da autonomia de trabalhadores e usuários. Estas ferramentas trazem novas formas de relação entre estes atores, permitindo novos arranjos, transcendendo o lugar-comum da subjugação dos sujeitos para ações vivas e transformadoras (Freire, 2014). Terra e Campos (2019) ressaltam que o papel de expectadores nos apequena diante do trabalho, podendo trazer tristeza e alienação.

Capturadas pelos grupos focais, as frases responsabilizando o usuário pelo não cuidado, são recorrentes nas equipes de saúde. De fato, e em última instância, as pessoas são responsáveis pelas próprias escolhas, no entanto, necessita-se de investimentos para possibilitar autonomia para tomada de decisão, como atores no seu processo de cuidar.

Os profissionais direcionam às gestantes a responsabilidade pela descontinuidade no cuidado, mas não conseguem perceber que não há uma proposta de gestão a partir de indicadores e reflexão sobre o próprio processo de trabalho, o qual pode não estar atendendo as necessidades de saúde delas. Mesmo que as gestantes estejam satisfeitas com o atendimento, conforme destacado em algumas falas, questiona-se qual a percepção de modelo de cuidado elas consideram como referência para seu acompanhamento.

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.727-735

Por outro lado, o cuidado em Rede também apresenta desafios como a falta de planejamento e comunicação entre os serviços da AB e a área hospitalar, não garantindo a realização de ultrassom e do parto humanizado, dentre outras necessidades sinalizadas.

Talvez o foco no modelo biomédico, que ainda persiste nos serviços de saúde, limite a ampliação do cuidado na perspectiva da integralidade que poderia proporcionar articulação entre as ações, a reflexão e autonomia para todos na tomada de decisão.

Nesse sentido, a trajetória da transcendência de sujeito, como ator do processo de produção da saúde, necessita de vontade política, conhecimento e participação social. De todos!

5. Considerações Finais

A pesquisa se propôs investigar a compreensão e a operacionalização da RC em uma RS do Estado de São Paulo, a partir da percepção de usuários e de profissionais de saúde, cujo desenho e trajetória percorrida possibilitou o alcance do objetivo.

A percepção das mulheres sobre as ações executadas pela RC evidenciam consultas realizadas por médicos e enfermeiros. Demonstraram satisfação com orientações realizadas, como também incompreensões acerca de informações recebidas nos serviços de saúde. Nesse sentido, é notório a necessidade de investimentos quanto as ações realizadas pelos profissionais, no sentido de possibilitar autonomia às gestantes em relação ao seu cuidado.

Quanto à percepção das equipes referente a operacionalização da RC, identificam-se desafios referentes ao funcionamento em Rede, organização do processo de trabalho das equipes e aspectos relacionados à adesão das gestantes, reiterando assim, vulnerabilidades para um efetivo trabalho em Rede.

Ressalta-se, ainda, que a utilização em ato, em trabalho vivo, das ferramentas propostas pela Política Nacional de Humanização e Política de Humanização do Pré Natal, Parto e Nascimento, com a atuação participativa e colaborativa dos atores que produzem a saúde possibilitam melhores arranjos para o cuidado e, consequentemente, experiências ~~mais~~ seguras e plenas para as mulheres.

Por fim, considera-se que o método escolhido, por meio das técnicas de entrevistas e grupo focal para a coleta de dados permitiu captar de gestantes e trabalhadores dos serviços de saúde, aspectos relevantes acerca da implementação da RC, além de indicar caminhos para potencializar a gestão desse processo.

6. REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. (2006). Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília (DF); Seção 1:71.

Brasil. Ministério da Saúde. (2008). Secretaria de Atenção à Saúde. HumanizaSUS: Documento Base para gestores e trabalhadores do SUS. 4a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 72 p.

Brasil. Ministério da Saúde. (2011a). Portaria n. 1459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde- SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 27 jun 2011; Seção 1:109.

Brasil. Ministério da Saúde. (2011b). Portaria n. 1.654, de 19 de julho de 2011**.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 20 jul 2011; Seção 1:79

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.727-735

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2012). Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012. 318 p.

Brasil. Ministério da Saúde. (2017). Portaria de Consolidação n. 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 3 dez 2017; Seção Supl:61.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2018a). Pesquisa de Histórico de Cobertura de Estratégia de Saúde da Família e Atenção Básica [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; [citado 1 jul 2020]. Disponível em: https://www.saude.gov.br/component/tags/tag/dab

Brasil. Ministério da Saúde (2018). Secretaria de Vigilância em Saúde. DATASUS. Mortalidade no Brasil. Mortalidade neonatal p/resid [Internet]. Brasília (DF). http:tabnet.datasus.gov.br

Brasil. Ministério da Saúde. (2018b). DATASUS [Internet].[citado 6 nov 2018]. Disponível em: http://datasus.saude.gov.br

Brasil. Ministério da Saúde. (2020). Portal da Secretaria da Atenção Primária à Saúde [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; [2020] [citado 5 ago 2020]. Disponível em: https://aps.saude.gov.br

Cardelli AAM, Marrero TL, Ferrari RAP, Martins JT & Serafim D. (2016). Expectativas e satisfação de gestantes: desvelando o cuidado pré-natal na atenção primária. Invest Educ Enferm. 2016;34(2):252-60. DOI: 10.17533/udea.iee.v34n2a04

Conselho Federal de Enfermagem. (2016). Resolução Cofen n. 516, de 23 de junho de 2016. Normatiza a atuação e a responsabilidade do enfermeiro, enfermeiro obstetra e obstetriz na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos serviços de obstetrícia, centros de parto normal e/ou casas de parto e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de enfermeiro obstetra e obstetriz no âmbito do sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 27 jun 2016; Seção 1:92

Conselho Federal de Enfermagem. (2017). Resolução Cofen n. 564, de 06 de novembro de 2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 06 dez 2017. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 27 jun 2016; Seção 1:157.

Conselho Nacional de Secretarias Municipais da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais da Saúde [Internet]. Brasília (DF): CONASEMS; [2020] [citado 5 ago 2020]. Disponível em: https://conasems.org.br

Duarte SJH, Andrade SMO. O significado do Pré-Natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil. Saúde Soc. 2008;17(2):132-9. DOI: 10.1590/S0104-12902008000200013.

Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão Junior A, Gomes A, Bousquat A. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. Ciênc Saúde Colet. 2006;11(3):633-41. DOI: 10.1590/S1413-81232006000300012.

Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 48a ed. Paz e Terra; 2014.

Gomes CBA, Dias RS, Silva WGB, Pacheco MAB, Sousa FGM, Loyola CMD. Consulta de enfermagem no pré-natal: narrativas de gestantes e enfermeiras. Texto Contexto Enferm. 2019;28:e20170544. DOI: 10.1590/1980-265X-TCE-2017-0544.

Livramento DVP, Backes MTS, Damiani PR, Castillo LDR, Backes DS & Simão MAS. (2019a) Percepções de gestantes acerca do cuidado pré-natal na atenção primária à saúde. Rev Gaúcha Enferm. 2019;40:e20180211. DOI: 10.1590/19831447.2019.20180211.

Livramento DVP, Backes MTS, Damiani PR, Castillo LDR, Backes DS & Simão MAS. (2019b) Percepções de gestantes acerca do cuidado pré-natal na atenção primária à saúde. Rev Gaúcha Enferm. 2019;40:e20180211. DOI: 10.1590/19831447.2019.20180211.

Minayo MCS. (2014). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14a ed. Hucitec; 2014. 407 p.

Minayo MCS, organizadora. (2015). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 34a ed. Editora Vozes; 2015. 108 p.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.727-735

Oliveira IG, Castro LLS, Massena AM, Santos LVF, Sousa LB, Anjos SJSB. Qualidade da consulta de enfermagem na assistência ao pré-natal de risco habitual. Rev Eletr Enf. 2017;19. DOI: 10.5216/ree.v19.40374.

Organização Mundial da Saúde. Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa. Genebra (SWI): OMS; 2010. 64 p.

Orvik A, Larun L, Berland A, Ringsberg KC. Situational factors in focus group studies: A systematic review. Int J Qual Met. 2013;12(1):338-58. DOI: 10.1177/160940691301200116.

Pierantoni CR, Vianna CMM, França T, Magnago C & Rodrigues MPS. Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil. Saúde Debate. 2015;39(106):637-47. DOI: 10.1590/0103-110420151060003006

Pires DEP, Machado RR, Soratto J, Scherer MA, Gonçalves ASR & Trindade LL. Cargas de trabalho da enfermagem na saúde da família: implicações no acesso universal. Rev Latino-Am Enferm. 2016;24:e2677. DOI: 10.1590/1518-8345.0992.2682.

São Paulo (Estado). (2011) Comissão Inter Gestores Bipartite de São Paulo. Deliberação CIB-SP n. 36 de 21 de setembro de 2011. Constitui as Redes Regionais de Atenção à Saúde no Estado de São Paulo. Diário Oficial do Estado, São Paulo (SP); 2011 set 22; Seção 1:51.

São Paulo (Estado). (2012) Secretaria da Saúde. Deliberação CIB n. 85, de 30 de novembro de 2012. Aprovação do Plano de Ação da Rede Cegonha da RRAS 10 Marília. Diário Oficial do Estado, São Paulo (SP); 01 dez 2012; Seção 1:36.

Terra LSV, Campos GWS. Alienação do trabalho médico: tensões sobre o modelo biomédico e o gerencialismo na atenção primária. Trab Educ Saúde. 2019;17(2):e0019124. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00191.

Vasconcellos MTL, Silva PLN, Pereira APE, Schilithz AOC, Souza Junior PRB & Szwarcwald CL. Desenho da amostra Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre o Parto e Nascimento. Cad Saúde Pública. 2014;30(Supl 1):S49-S58. DOI: 10.1590/0102-311X00176013.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.727-735

O Pesquisador e a Experiência de Formar o Biólogo como Profissional de Saúde

Valberto Barbosa Porto[1] Maria Marlene Marques Ávila[2]

[1] Curso de Ciências Biológicas do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, Brasil | valberto.porto@uece.br | https://orcid.org/0000-0002-0447-9261

[2] Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará, Brasil | marlene.avila@uece.br | https://orcid.org/0000-0002-8511-2524

Resumo: Introdução: A experiência de formar o biólogo como profissional de saúde, na modalidade bacharelado, já foi praticada pelo Curso de Ciências Biológicas, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Estadual do Ceará, respaldada no seu projeto de criação e no seu primeiro projeto pedagógico de curso. Por outro lado, a narrativa autobiográfica experimenta avanços significativos no meio qualitativo de pesquisa científica, podendo abrir portas para a continuidade de estudos de determinadas naturezas, como sobre o biólogo como profissional de saúde, assunto recordado neste artigo. **Objetivo:** Relatar o modo como surgiu a experiência de um curso de biologia em formar o biólogo profissional de saúde para contribuir com a indicação de um caminho a seguir no processo de formação do biólogo licenciado, objeto de estudo da pesquisa de doutorado discutida, para este trabalho ajudar outras pessoas em atividades dessa natureza. **Métodos:** O relato da experiência foi baseado na Metodologia Interativa, na qual usou-se da Investigação Narrativa como um dos instrumentos da triangulação, interagindo com a pesquisa documental e de campo, compondo-se neste manuscrito, de reflexão crítica, baseada em narrativa autobiográfica, para produzir os efeitos de uma generalização naturalística. **Resultados:** Os resultados discutidos expressam, que o curso investigado, que já praticou a formação do biólogo no campo da Saúde, não é neófito nesse empreendimento de formar biólogos como profissionais de saúde. **Conclusão:** A Investigação Narrativa forneceu subsídios valiosos oriundos desta prática anterior de formação, para a pesquisa de doutorado centrada na formação do biólogo licenciado neste campo de atuação, a fim de que pesquisadores possam se usufruir deste estudo para chegarem às suas próprias conclusões.

Palavras Chaves: Formação em Saúde; Ciências Biológicas; Metodologia Interativa; Pesquisa Narrativa; Autobiografia.

The Researcher and the Experience of Training the Biologist as a Health Professional

Abstract. Introduction: The experience of training the biologist as a health professional, in a bachelor's degree, has already been practiced by the Biological Sciences Course, at the Health Sciences Center, at the State University of Ceará, supported by his creation project and his first project pedagogical course. On the other hand, the autobiographical narrative experiences significant advances in the qualitative environment of scientific research, which may open doors for the continuation of studies of certain natures, such as the biologist as a health professional, a subject recalled in this article. **Goal**: To report how the experience of a biology course in training the professional health biologist arose to contribute with the indication of a path to follow in the process of training the licensed biologist, object of study of the doctoral research discussed, for this work to help other people in activities of this nature. **Methods**: The experience report was based on the Interactive Methodology, in which Narrative Investigation was used as one of the instruments of triangulation, interacting with documentary and field research, composing in this manuscript, of critical reflection, based on an autobiographical narrative, to produce the effects of a naturalistic generalization. **Results**: The results discussed express that the investigated course, which has already practiced the training of biologists in the field of Health, is not a neophyte in this endeavor to train biologists as health professionals. **Conclusion**: Narrative Research provided valuable subsidies from this previous training practice, for doctoral research focused on the training of the licensed biologist in this field, so that researchers can take advantage of this study to reach their own conclusions.

Keywords: Health Training; Biological Sciences; Interactive Methodology; Narrative Research; Autobiographical Narrative.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.736-744

1. Introdução

O Curso de Ciências Biológicas (CCB) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), Fortaleza, Ceará, Brasil, fundado em 14/11/1997 (UECE, 1997a) experimentou formar o bacharel em saúde pública, entre os egressos da modalidade de graduação em licenciatura plena, que optaram – amparados, inicialmente, no Projeto de Criação do Curso (UECE, 1997b) e, posteriormente, pelo Projeto Pedagógico do Curso (UECE, 2001) – pela matrícula na modalidade bacharelado, entre os anos de 1998 e 2007.

O presente estudo foi desenvolvido no intuito de ser esclarecido como se deu a inserção do CCB/CCS/UECE no campo de formação em saúde pública, com base na vivência do primeiro autor, sob o arrimo da segunda autora, sua orientadora durante o curso de doutorado, justificando textualizar-se este comunicado na primeira pessoa, por tratar-se de uma narrativa autobiográfica, sabendo-se que "a investigação narrativa tem por especificidade buscar compreender o vivido mobilizando as narrativas da experiência em primeira pessoa" (Breton, 2020, p. 13).

É por demais oportuno, não se tratando de excesso de zelo, arguir que a formação do biólogo como profissional de saúde está amparada nas normas em vigor, que, quando combinadas, lhe conferem esta prerrogativa (Brasil, 1979; 1998; 2020).

Diante do exposto, este artigo se constitui de um recorte da Tese do primeiro autor – que procura responder ao questionamento sobre como evoluiu a proposta curricular do curso, para formar o bacharel em saúde pública? – no qual a história do pesquisador, que convergiu para a história do curso, porquanto dimensão de análise, é textualizada na forma de narrativa autobiográfica.

Por conseguinte, o objetivo deste texto é relatar sobre os aspectos da vivência do primeiro autor, conducentes ao desenvolvimento de estudos sobre a experiência de formar o biólogo bacharel profissional de saúde pública para contribuir com o delineamento de um caminho a seguir no processo similar de formação do biólogo licenciado, objeto de estudo que foi desenvolvido na sua pesquisa de doutorado, de modo que este trabalho possa ajudar outras pessoas a realizar atividades da mesma natureza, por meio do processo de generalização naturalística.

2. Bases Metodológicas

O presente relato, que é de natureza qualitativa, recorte do Estudo de Caso (Stake, 2016), desenvolvido na tese de doutorado do primeiro autor, se faz para compreender melhor o cenário deste estudo, o CCB/CCS/UECE, no tocante ao desenvolvimento da formação do biólogo como profissional de saúde, considerando-se os pressupostos filosóficos de uma pesquisa qualitativa: ontologicamente, epistemologicamente, axiologicamente e metodologicamente, usando, o pesquisador, a lógica indutiva, "a partir da estaca zero, mais do que proferida inteiramente a partir de uma teoria ou de perspectivas do investigador" (Creswell, 2014, p. 33).

Desse modo, com base na Metodologia Interativa (Oliveira, 2016), usada na tese de doutorado em recorte, a qual se ateve a viabilizar a desejada generalização assertiva (Stake, 2016), por meio de uma triangulação efetuada com os resultados colimados em pesquisa documental, investigação narrativa e pesquisa de campo, centra-se este artigo no método de investigação narrativa, por meio da técnica de narrativa autobiográfica (Galvão, 2005; 2018; Onocko Campos & Furtado, 2008; Dutra, 2002).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.736-744

Entrementes, a técnica mobilizada na narrativa autobiográfica foi a da análise de conteúdo (Bardin, 2016), o que deu curso a um processo de reflexão crítica, organizada e diligente, para contextualizar e reconstruir, ordenadamente, a introdução da experiência inicial da formação do biólogo bacharel como profissional de saúde pública, considerando-se a trajetória do primeiro autor, convergente para a história do curso estudado, mediante um questionamento inicial, uma dimensão, categoria teórica e empíricas de análise, compondo um "quadro de coerência interna" (Costa, Neri de Souza & Neri de Souza 2016, p. 136), buscando-se as unidades de análise (Bardin, 2016) na narrativa autobiográfica relatoriada, inerentes ao objeto de estudo da tese em recorte, para respaldar a continuidade dos estudos evidenciados nesta reflexão.

Desse modo, buscou-se demonstrar que a formação em saúde já faz parte da experiência do CCB/CCS/UECE, experiência pregressa, ora narrada, a qual está respaldada pela história do pesquisador, que vivenciou, como coordenador, o processo de criação, implantação e reconhecimento daquele, então, nascente curso (UECE, 1997c), sabendo-se que vivências "podem ser trazidas na lembrança do sujeito que as vivenciou" (Barbariz, 2016, p.780), resgatando o "acontecido que nos chega pela lembrança e que pode ser explicitado à medida que o sujeito expõe pela linguagem o vivenciado" (Bicudo & Silva, 2020, p. 155), produzindo o conhecimento necessário à novas investidas investigativas.

A investigação narrativa está respaldada em Galvão (2005, p. 327; 2018, p. 2), segundo a qual "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"[1] o que demonstra a importância de se textualizar uma experiência, para registrá-la como história.

O recurso à narrativa autobiográfica, que é caracterizada como um recurso metodológico em ascensão, propagado no cenário da pesquisa qualitativa, conforme se vê nos encontros científicos da temática, em nível nacional e internacional, se mostra, neste estudo, como recurso pertinente, conforme foi atestado pelo Dr. Antônio Pedro Costa, que, em e-mail ao primeiro autor, datado de 27/02/2020, assim se expressa – Na conferência que estive em Malta assisti a muitas apresentações sobre autoetnografia ... a autobiografia (narrativa na primeira pessoa) é bastante pertinente e adequada.

Desta maneira, nesta comunicação recorremos à narrativa autobiográfica, recurso atinente à investigação narrativa, que, conforme Stephens (1992) apud Galvão (2005, p. 328), engloba três componentes: "História abrange as personagens envolvidas [...] uma primeira interpretação do que é contado; Discurso forma específica como qualquer história é apresentada; Significação [...] inter-relacionamento da história e do respectivo discurso".

Ao analisar o dito por Stephens e concordando-se com Ludke (2016, p. 84), converge-se para a generalização naturalística, quando os leitores, como pesquisadores, tirarão, do lido, suas próprias conclusões:

> a generalização naturalística, que vinha ao encontro do anseio legítimo de pesquisadores da educação de que os achados e as constatações de suas pesquisas possam vir a servir para a análise de problemas estudados por outros pesquisadores. De acordo com a visão de Guba (1985), corroborada por Stake (1983a, 1983b), tratando-se de situações similares, com componentes comuns, ainda que não todos, pode-se ir construindo o que consideravam uma generalização naturalística, pela análise cuidadosa das circunstâncias e também pela constância constatada de resultados semelhantes, permitindo [...] a plausibilidade da constatação. Isso poderia satisfazer a expectativa que acompanha o trabalho de todo pesquisador, sobre o reconhecimento do valor de seus achados, frutos de esforços rigorosos em torno de problemas que precisam ser resolvidos, ou pelo menos atenuados.

[1] Esta é uma citação de Allende (1995, apud GALVÃO, 2005, p. 327; 2018, p. 2) encontrada no seu relato autobiográfico no livro Isabel Allende – Paula.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.736-744

Entrementes, 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).

Além do até aqui exposto, para respaldar as análises necessárias, usou-se como ferramenta eletrônica o software webQDA, para armazenar no "Corpus de Dados" (Costa & Amado, 2018, p. 32) do projeto intitulado "TESE DE DOUTORADO: CURRÍCULO DE LICENCIARURA EM CIÊNCIAS BIOLÓGICAS RELACIONADO COM A DIMENSÃO DE PROFISSIONAL DE SAÚDE INSTITUÍDA POR DISPOSITIVO LEGAL" a narrativa autobiográfica, formatada como um recordatório anamnéstico[2].

3. Resultados e Discussão

Os resultados foram obtidos com base na elaboração do quadro 1, o qual traduziu a coerência interna desta narrativa, demonstrando o modo como foi organizada a coleta e análise dos dados, que foram discutidos, segundo o questionamento formulado, a dimensão, a categoria teórica e empíricas de análises, as observações e expectativas (Costa, Neri de Souza & Neri de Souza 2016, p. 136), ao qual foi aplicada a técnica de análise de conteúdo (Bardin, 2016).

Quadro 1. Coerência Interna da Análise da Investigação

Questão de Investigação	Dimensão de Análise	Categoria Teórica de Análise	Categorias Empíricas de Análise	Observações e Expectativas
Como surgiu a proposta curricular do curso, para formar o bacharel em saúde pública?	Convergência das Histórias: Pesquisador> Curso	Antecedentes Históricos	Redimensionamento da formação acadêmica Mestrado em Saúde Pública	Recordatório Anamnéstico; Narrativa Autobiográfica.

Fonte: Adaptado e preenchido pelo primeiro autor.

A nossa expectativa era a de que a minha autobiografia, de um modo geral e sob o ponto de vista da pesquisa stricto senso, fosse necessária e suficientemente potente para nortear um novo desafio para a minha vivência de investigador, ou seja, o de delinear o caminho para formar o biólogo professor como profissional de saúde promotor da saúde na escola.

Na perspectiva da observação recordatória anamnéstica – de volta ao "passado [...] memória" [...] "resgatar" [...] "salvar do esquecimento" (Azevedo, 2019, p. 216 e 217) – da minha vida pregressa dedicamo-nos a textualizar os acontecimentos que não foram apagados pelo tempo e que poderiam nos ajudar a vencer o referido desafio.

De um modo particular, neste manuscrito, afunilamos o propósito norteador para a questão de investigação sobre *como surgiu a proposta curricular do curso, para formar o bacharel em saúde pública* [o grifo em itálico refere-se aos aspectos relacionados ao quadro 1, deste e dos parágrafos subsequentes], o que nos direcionou para a dimensão de análise *Convergência das Histórias Pesquisador>Curso*.

[2] Técnica usada pelo autor, baseada em Azevedo (2019, p. 216 a 217) para recolher os dados, na forma de narrativa autobiográfica, sobre a dimensão de análise "O curso investigado, o CCB/CCS/UECE, atentando para a saúde como fio condutor da pesquisa".

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.736-744

Desta dimensão de análise extraiu-se, com base na narrativa consignada na minha tese de doutorado e armazenada no corpus de dados do software webQDA, a análise do conteúdo da categoria teórica A*ntecedentes Históricos,* subdividida – durante uma primeira leitura flutuante na pré-análise do material, complementada pela subsequente exploração do recordatório, onde se procurou alcançar o núcleo de compreensão do texto – nas categorias empíricas: *Redimensionamento da formação acadêmica* e *Mestrado em Saúde Pública* (BARDIN, 2016).

3.1 Antecedentes Históricos

Os *Antecedentes Históricos*, como categoria teórica de análise, se referem à maneira como foi criado o CCB/CCS/UECE e revelaram naquela tese, durante o recordatório anamnéstico empreendido, entre suas categorias empíricas duas, que fazem sentido serem aqui relatadas: *Redimensionamento da Formação Acadêmica*, documentada em UECE (1998), tendo como unidade de análise a criação do CCB/CCS/UECE e *Mestrado em Saúde Pública*, cuja unidade de análise é o próprio título da minha dissertação **"**Adequação do Curso de Ciências Biológicas da Universidade Estadual do Ceará à Formação de Biólogos com Concentração de Estudos na Área de Saúde Pública" (Porto, 2000).

3.1.1 Redimensionamento da Formação Acadêmica

A criação do CCB/CCS começou a fazer sentido, para mim, quando, naquela época fui nomeado pelo reitor da UECE, pela Portaria Nº 602/97 de 23 de abril de 1997, "para exercer as funções de Coordenador 'Pró-Tempore' do Curso de Ciências Biológicas, encarregando-se de dirigir o processo de criação, implantação e reconhecimento do referido Curso" (UECE, 1997c), haja vista o então reitor vislumbrar uma biologia forte a abrir o caminho para a criação do curso de medicina, o que se consolidou no ano de 2003.

Inicialmente, como o CCB ainda não existia, a minha tarefa de coordenador era afeita à implantação e ao reconhecimento da Habilitação Específica em Biologia do Curso de Ciências preconizada na Resolução nº30/1974 do Conselho Federal de Educação (CFE) (CFE, 1974), tipo de habilitação que deveria pertencer ao Centro de Ciência e Tecnologia (CCT) e, naqueles idos de 1997, ainda não era praticada na UECE, que já possuía as habilitações específicas de Matemática, Física e Química, implantadas pelo CCT, respectivamente, em 1978.2, 1984.2 e 1985.1, sendo posteriormente reconhecidas em 1990 (UECE, 1999).

A Habilitação Específica de Biologia ficara em modo de espera até aquele ano, de 1997, por divergências administrativas – o Curso de Ciências constituído da Licenciatura Curta e suas Habilitações Específicas pertenciam ao CCT, mas o corpo docente das disciplinas biológicas era vinculado ao CCS, desmotivando o primeiro centro de implantar um curso, cuja maioria dos professores era do segundo.

Assim, a inexistência da Habilitação Específica em Biologia inviabilizava o surgimento do CCB, haja vista que a sua criação era parte do projeto de *Redimensionamento da Formação Acadêmica*, no qual se incluía a ação de Redimensionamento dos Cursos de Licenciatura em Ciências, cujo objetivo era o de "extinguir a Licenciatura Curta em Ciências [com suas habilitações plenas específicas], criando e implantando as Licenciaturas [Plenas] em Química, Física, Matemática e Biologia" (UECE, 1998, p. 13), [grifo nosso].

Como, entretanto, poder-se-ia redimensionar algo inexistente? Então, para dar curso a esta ação, o Departamento de Ensino de Graduação (DEG) da Pró Reitoria de Graduação (PROGRAD) incluiu em 1997.1, para os graduados em Licenciatura Curta do Curso de Ciências, a possibilidade de optar pela plenificação na Habilitação Específica em Biologia, ao lado das de Matemática, Física e Química, sendo que os seus primeiros alunos foram matriculados em 1997.2 (UECE, 1999).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.736-744

Consequentemente, do ato implantador do DEG/PROGRAD, houve a necessidade de designação de um coordenador, o que resultou na promulgação da já mencionada portaria, a qual me designou coordenador de curso (UECE, 1997c).

Destarte, consultando-se o Documento de Reconhecimento da Habilitação Específica em Biologia, lê-se:

> A Universidade passou a oferecer a habilitação em Biologia atendendo às solicitações de muitos graduados no curso de Ciências, Licenciatura de 1º Grau.
>
> Com a oferta da habilitação em Biologia completava-se o quadro de opções da plenificação da Licenciatura em Ciências – Matemática, Física, Química e Biologia. Desta forma, a partir do semestre 1997.2, preencheu-se essa lacuna existente no processo de formação do professor de Ciências do 2° Grau.
>
> Assim sendo, não houve um vestibular específico para a habilitação em Biologia. Os seus alunos ingressaram na Universidade mediante concurso vestibular para o curso de Ciências, Licenciatura de 1° Grau e, a partir do semestre 1997.2, passaram a optar, também, pela Habilitação Plena em Biologia, após a conclusão do curso de Licenciatura Curta (UECE, 1999, p. 3 e 4).

Ainda em 1997, antes mesmo do documento do projeto de redimensionamento ser editado, a PROGRAD realizou, no dia 05/08/1997, um encontro, do qual participei como coordenador da Habilitação Específica em Biologia, intitulado de “Redimensionamento dos Cursos de Licenciatura em Ciências” no qual, pela manhã, após a abertura, foi realizada uma mesa redonda e debates e, à tarde, foram formados Grupos de Estudos Curriculares por Assuntos, sendo traçadas as diretrizes para a criação e implantação das Licenciaturas Plenas.

Após a anunciada iniciativa da PROGRAD foi formada uma equipe de elaboração da proposta de criação do curso de Ciências Biológicas e nesse ínterim recebemos a assessoria da Coordenadoria Técnico Pedagógica (CTP) daquela pró-reitoria, a qual nos proporcionou, inclusive, consultoria externa da coordenadora do CCB da Universidade de Santa Catarina, na qual fomos incentivados a instituir um curso com as modalidades de formação de bacharelado e licenciatura, ideia que foi encampada pela equipe de elaboração da proposta de criação.

Ato contínuo, concluiu-se aquela proposta, que foi protocolada no dia 03/10/1997 (UECE, 1997b), inovando, em relação às outras licenciaturas plenas, na inclusão da modalidade bacharelado como opção de graduação, após a conclusão da licenciatura plena, na qual se incluía a profissionalização em saúde pública, compondo a unidade de análise ora relatada.

A proposta de criação foi aprovada pela Resolução Nº 175/97 do Conselho Universitário - CONSU da UECE, em 14/11/1997 (UECE, 1997a), quando se consumou a criação do CCB/CCS/UECE, nas modalidades licenciatura e bacharelado.

3.1.2 Mestrado em Saúde Pública

Eu ingressei no *Mestrado em Saúde Pública*, da UECE, no início de 1996, apresentando o projeto de Criação de um Núcleo de Educação Ambiental naquela IES, com o intuito de formar multiplicadores educadores ambientais, haja vista a pertinência e importância do tema no campo da Biologia em interface com a Saúde.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.736-744

Todavia, como eu não estava afastado das minhas funções de professor, a minha designação, no começo de 1997, para coordenar o processo de criação, implantação e reconhecimento do Curso de Ciências Biológicas (UECE, 1997c) me fez guinar para o tema da formação do biólogo bacharel em Saúde Pública, unidade de análise desta categoria empírica, que foi algo inovador na UECE, já que as outras licenciaturas criadas – Matemática, Física, Química – não manifestaram o mesmo interesse das Ciências Biológicas nos seus processo de criação.

Assim sendo, ao mesmo tempo que participei do redimensionamento das licenciaturas, inclusa no projeto de *redimensionamento da formação acadêmica* (UECE, 1998, p. 13) – o qual deu origem ao CCB/CCS/UECE, que se propunha a formar o licenciado, que ao se graduar poderia optar por continuar os seus estudos para obter o título de bacharel – iniciei uma pesquisa, orientado pelo Dr. Antero Coelho Neto, caracterizada pelo uso da metodologia "da Pesquisa Social [de Gil, (1991)] [...] associada ao Planejamento Estratégico para a Melhoria da Qualidade [de Coelho Neto (1996)] (apud, Porto, 2000, p. 19).

O intuito era o de saber se era adequado este caminho de formar o biólogo bacharel, concentrando os seus estudos na área da Saúde Pública, portanto, claramente, um profissional de saúde, chegando-se à conclusão que sim, oportunizando analisar este processo de formação para usar os dados coletados, que foram explicitados em nova categoria teórica de análise, *Formação do Biólogo Bacharel Profissional de Saúde*, incluída na minha tese de doutorado, a ser tematizada em outro artigo, como uma experiência exitosa.

4. Considerações Finais

O primeiro autor e sua orientadora segunda autora deste artigo, consideram pertinente a apresentação deste manuscrito neste 10º Congresso Ibero-Americano de Investigação Qualitativa (CIAIQ, 2021), por ser um recorte de uma pesquisa qualitativa de Estudo de Caso – que teve como objeto de estudo o processo de formação do biólogo professor como profissional de saúde, levada a efeito no Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da UECE – inteiramente compatível com o objetivo do congresso, o qual incentiva a "submissão de artigos científicos que foquem diversos campos de aplicação na Investigação Qualitativa, desde a Educação à Saúde...", conforme estampado na página de apresentação do congresso, cuja url é https://ciaiq.ludomedia.org.

A metodologia qualitativa é o princípio norteador deste artigo, que versa sobre a investigação narrativa como método de análise, que foi realizada com base na técnica da narrativa autobiográfica do primeiro autor, para compor o procedimento metodológico mais amplo, o da Metodologia Interativa, levada a efeito na sua pesquisa de doutorado, para a triangulação dos achados compartilhados com uma pesquisa documental sobre as normas e currículos praticados nos cursos de licenciatura em Ciências Biológicas e com a pesquisa de campo, usando a técnica da Roda de Conversa, tendo como participantes os formadores do CCB/CCS/UECE, tudo estando carregado no corpus de dados de um projeto, constante do software webQDA, usado como suporte às análises e interpretações requeridas.

No artigo, ao se questionar como surgiu a proposta curricular do curso para formar o bacharel em saúde pública, teve-se o objetivo de relatar sobre a experiência pregressa do CCB/CCS/UECE de formar o biólogo bacharel profissional de saúde pública, para contribuir com a indicação de um caminho a seguir no processo similar de formação do biólogo licenciado, assunto referenciado internacionalmente: a exemplo cita-se na Universidade do Minho, Braga, Portugal e na Universidade de Valencia, Valencia, Espanha, discussão sobre a promoção da saúde na escola, em artigos de José Precioso, Marta Talavera e Valentin Gavídia.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.736-744

Em continuação aos estudos de mestrado sobre o biólogo bacharel profissional de saúde, experiência de formação comunicada neste artigo, o doutorado foi um novo desafio, no qual estudou-se a perspectiva de formação do licenciado, também para atuar como profissional de saúde.

O legado daquela trajetória inicial de formação do biólogo bacharel teve a potência de proporcionar subsídios valiosos na elaboração da pesquisa de doutorado, bem como poderá ajudar outras pessoas a realizar atividades similares pela via da enfatizada generalização naturalística, o que julgamos merecer a sua divulgação, internacionalmente, no seio dos pesquisadores qualitativos.

5. Referências

Azevedo, F. F. S. (2019). *Dicionário Analógico da Língua Portuguesa, ideias afins/thesaurus*. 3. ed. Rio de Janeiro: Lexiton Editora Digital Ltda.

Barbariz, T. A. M. (2016). Descrição, análise e interpretação de vivências em pesquisa qualitativa fenomenológica. Porto: *Atas do CIAIQ*, 779-784.

Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo***.** São Paulo: Edições 70.

Bicudo, M. A. V., & Silva, A. A. da. (2017). Análise de Descrições de Vivências em Situações de Constituição de Conhecimento. In Costa, A. P., Sánchez-Gómez, M. C. Cilleros, M. V., *A prática da Investigação Qualitativa*. Aveiro: Ludomedia, 153-178.

Brasil., Senado Federal. (1979). Lei nº 6.684 de 03/09/1979. Brasília: *Congresso Nacional*.

Brasil., Conselho Nacional de Saúde. (1998). Resolução n^0 287/08/1998. Relaciona as 14 (quatorze) categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação no Conselho Nacional de Saúde. Brasília: *Diário Oficial da União*, Conselho Nacional de Saúde.

Brasil., Ministério da Saúde. (2020). Portaria Nº 639, de 31/03/2020: Ação Estratégica "O Brasil Conta Comigo - Profissionais da Saúde". Brasília: *Diário Oficial da União*, Ministério da Saúde.

Breton, H. (2020). Investigação narrativa: entre detalhes e duração. Boa Vista: *Revista Educação, Pesquisa e Inclusão, 1*(1), 12-22.

Conselho Federal de Educação (CFE). (1974). Resolução nº 30 de 11/07/1974. *Fixa os mínimos de conteúdo e duração na organização do curso de licenciatura em Ciências*. Brasília: CFE.

Costa, A. P., Neri de Souza, F., & Neri de Souza, D. (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.

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. 7*(2), 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. (2005). Narrativas em Educação. Bauru: *Revista Ciência & Educação, 11*(2)*,* 327-345*.*

Galvão, C. (2018). *Narrativas na Educação*. Apresentação em PDF. Lisboa: Instituto de Educação/Universidade de Lisboa.

Lüdke, M**.** (2016). Educação e pesquisa qualitativa no Brasil. In Neri de Souza, D., Costa, A. P., & Neri de Souza, F. (Organizadores). *Investigação Qualitativa: Inovação, Dilemas e Desafios*. Oliveira dos Azimeis: Ludomedia, 77-104.

Oliveira, M. M. (2016). *Como fazer pesquisa qualitativa*. 7. ed. Petrópolis: Vozes.

Onocko Campos, R. N. & Furtado, J. P. (2008). Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: *Revista de Saúde Pública, 42*(6)*, 1090-1096*.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.736-744

Porto, V. B. (2000). Adequação do Curso de Ciências Biológicas da Universidade Estadual do Ceará à Formação de Biólogos com Concentração de Estudos na Área de Saúde Pública. *Dissertação de Mestrado*. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará.

Stake, R. E. (2016). *A Arte de Investigação com Estudos de Caso*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Universidade Estadual do Ceará. (1997a). Resolução Nº 175/97 - CONSU. Aprova a criação dos cursos que indica. Fortaleza: Reitoria da UECE.

Universidade Estadual do Ceará. (1997b). Proposta de Criação do Curso de Ciências Biológicas Modalidades: Licenciatura Plena e Bacharelado. Fortaleza: Coordenação do Curso de Ciências Biológicas.

Universidade Estadual do Ceará. (1997c). Portaria Nº 602/97/97 - FUNECE. Designa o Coordenador Pró-Tempore do Curso de Ciências Biológica. Fortaleza: FUNECE.

Universidade Estadual do Ceará. (1998). Projeto de Redimensionamento da Formação Acadêmica na UECE. Fortaleza: UECE/Pró-Reitoria de Graduação.

Universidade Estadual do Ceará. (1999). Reconhecimento do Curso de Ciências Licenciatura Plena com Habilitação em Biologia. Fortaleza: Curso de Ciências Biológicas.

Universidade Estadual do Ceará. (2001). Projeto Pedagógico Curso de Ciências Biológicas. Fortaleza: Curso de Ciências Biológicas.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.736-744

A prática do Fisioterapeuta na Atenção Primária: Revisão integrativa

Rafaela Bresciani Marreto[1], Katia Terezinha Alves[2], Mara Quaglio Chirelli[2], Brunha Plassa[1], Cassia Regina Fernandes Biffe[2] e Silvia Tonhom[2]

[1]Fisioterapeuta, Brasil | rafaela.marreto@gmail.com; bruna.plassa@hotmail.com.br | https://orcid.org/0000-0000-0000-0000; https://orcid.org/0000-0002-5424-6570

[2] Faculdade de Medicina de Marília, Brasil | katialvesrezende@gmail.com; marachirelli@gmail.com; c.r.biffe@gmail.com; siltonhom@gmail.com | https://orcid.org/0000-0002-9022-2680; http://orcid.org/0000-0002-7417-4439; https://orcid.org/0000-0002-8430-0400; http://orcid.org/0000-0001-7522-2861

Resumo: Introdução: Historicamente, a fisioterapia é vista como profissão com uma prática essencialmente curativa e reabilitadora, sendo que sua inserção na atenção primária é relativamente nova. Entretanto, segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia, sabe-se que o fisioterapeuta possui competência para atuar no contexto da atenção primária de acordo com os princípios do SUS; **Objetivos:** Analisar as práticas, por meio da literatura, desenvolvidas pelos fisioterapeutas nos serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde em relação ao cuidado individual; **Métodos:** Revisão integrativa da literatura, com busca realizada nas bases de dados LILACS, MEDLINE e BEDNF, utilizando os descritores "prática profissional", "fisioterapeuta", "fisioterapia", "atenção primária à saúde" e "estratégia saúde da família" nos idiomas português, inglês e espanhol. O período da busca compreendeu de 2016 a 2020; **Resultados:** A amostra final foi composta por dezenove artigos que foram analisados, sendo que, foram identificadas as áreas de competência à atenção à saúde, no âmbito do cuidado individual e coletivo, gestão a saúde e prática de pesquisa; **Conclusões:** Fisioterapeuta atuante na atenção primária realiza ações de caráter preventivo quanto curativo, contudo tem-se a necessidade de revisitar a formação na graduação.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Fisioterapeuta; Prática Profissional.

Physiotherapist Practice in Primary Care: An Integrative Review

Abstract. Introduction Historically, physiotherapy has been regarded as profession with an essentially curative and rehabilitative practice and, its insertion in primary care is relatively new. However, according to the National Curricular Guidelines for the Undergraduate Physiotherapy Course, it is known that the physiotherapist has skills and abilities to act in the context of primary care in accordance with the principles of SUS; **Goals** Analyze the practices developed by physiotherapists in the health services of Primary Health Care in relation to individual care; **Methods** Integrative literature review, with a search conducted in the LILACS, MEDLINE and BEDNF databases, using the keywords "professional practice", "physiotherapist", "physiotherapy", "primary health care" and "family health strategy" in Portuguese, English and Spanish languages. The search period comprised the period 2016 to 2020.; **Results** The sample consisted of nineteen articles that were identified, and was identified as areas of competence, within the scope of individual and collective care, health management and research practice **Conclusions**. Physiotherapist working in primary care, performs preventive as well as curative actions, however there is a need to revisit training in undergraduate courses.

Keywords: Primary Health Care; Physiotherapist; Professional Practice.

1. Introdução

A fisioterapia é considerada como uma ocupação relativamente nova no Brasil, sendo regulamentada como profissão de nível superior somente em 1969 por meio do Decreto-Lei n 938, em que o art. 3 definiu que "é atividade exclusiva do fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterápicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente" (Brasil, 1969).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.745-753

É evidente que esta definição apresenta-se ultrapassada no que se refere a práxis da fisioterapia e que, segundo Bispo (2010), este decreto remete ainda a uma restrição de sua atuação quanto aos níveis de atenção à saúde e que o mesmo não é mais compatível com a realidade do perfil epidemiológico e atual Sistema de Saúde do Brasil.

O fisioterapeuta teve sua inserção na Atenção Básica em 2003, a partir das discussões da 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), com aprovação da composição da equipe multiprofissional, incluindo o fisioterapeuta como apoio às equipes de Saúde da Família, de acordo com as necessidades de cada local. Em 2004, o Projeto de Lei nº 4261/2004, inclui os profissionais de fisioterapia na Estratégia Saúde da Família (ESF) (Silva & Ros, 2007).

Em 2008 foi implantado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), inserindo formalmente demais categorias profissionais na estratégia por meio de apoio matricial (AM). Aspectos estes que suscitaram muitos desafios, em especial, ao fisioterapeuta que tinha sua formação e ações mais voltadas para o tratamento de pessoas com alterações físico-funcionais em fases tardias dos agravos à saúde (Tavares, Costa, Oishi & Driusso, 2018).

Nesse sentido, com a inserção do fisioterapeuta na APS, observa-se a necessidade de reconstruir sua prática, por meio de processos reflexivos, construindo estratégias para que estas vão ao encontro das ações de promoção à saúde de prevenção de doenças, recuperação e reabilitação esperadas nesse nível de atenção (Del Antonio, Tonhom & Chirelli, 2019).

Nesse contexto de recente inserção do fisioterapeuta na atenção primária e diante de tantos desafios de reconstrução de sua prática, tem-se como pergunta de pesquisa: como está ocorrendo as práticas de fisioterapia acerca do cuidado individual, no contexto da atenção primária à saúde?

Assim, o objetivo dessa pesquisa foi analisar, por meio da literatura, as práticas desenvolvidas pelos fisioterapeutas nos serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde em relação ao cuidado individual.

2. Objetivo

Analisar a prática do fisioterapeuta, em relação ao cuidado as necessidades individuais, nos serviços da atenção primária à saúde.

3. Metodologia

A revisão integrativa foi a estratégia utilizada para o desenvolvimento deste trabalho. É descrita por Broome (1993) apud Whitmore e Knalf (2005), como um método eficaz para definir conceitos, resumir conclusões e teorias de um determinado assunto e apresentar compreensões relevantes através de pesquisas já realizadas.

O desenvolvimento deste trabalho foi realizado em seis etapas para a elaboração da revisão integrativa, sendo elas: estabelecimento da questão da pesquisa, busca na literatura, categorização dos estudos, avaliação dos estudos encontrados, interpretação dos resultados, síntese do conhecimento ou apresentação da revisão (Mendes et al., 2008)

Inicialmente, foi elaborada a pergunta norteadora: “Como se dá a prática do fisioterapeuta na atenção básica/ primária da saúde no âmbito do cuidado individual?”. Em seguida, foi realizado o levantamento bibliográfico por meio dos bancos de dados Literatura Latino Americana e do Caribe (LILACS), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF) utilizando os descritores “prática profissional”, “fisioterapeuta”, “fisioterapia”, “atenção primária à saúde” e estratégia saúde da família” nos idiomas português, inglês e espanhol.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.745-753

Para a seleção dos trabalhos, foram adotados como critérios de inclusão artigos de estudos primários que respondessem à pergunta de pesquisa, que foram publicados no período de 2016 a 2020, por se propor a reconhecer quais as práticas mais recentes na área pesquisada, nos idiomas português, inglês e espanhol e que estão disponíveis para acesso na integra.

Quanto aos critérios de exclusão, foram descartados artigos que não respondessem à pergunta da pesquisa, e que não estão disponíveis para acesso na integra. Também foram excluídas teses, dissertações e revisões, considerando-se que o foco está na identificação das práticas realizadas na ESF a partir de publicações revisadas pelos pares e estudos primários.

Nesta busca, foram inicialmente identificados um total de 80 estudos nas seguintes bases de dados: 49 na base de dados LILACS, 24 na base de dados MEDLINE e 7 na base de dados BDENF. Para determinar se os artigos eram elegíveis, realizou-se leitura exploratória de títulos e resumos. Nos casos em que as informações não foram suficientes, foi executada leitura dinâmica do artigo.

Após a seleção dos estudos, um total de 19, todos foram lidos integralmente e submetidos a análise em que foi realizada extração das informações. A Figura 1 apresenta as etapas realizadas.

A partir da leitura na integra dos artigos incluídos na revisão, classificou-se as informações de acordo com os autores, título do artigo, periódico, idioma, país e tipo de estudo. A seguir, fez-se uma leitura dos resultados e conclusões de cada artigo classificando-os em categorias, considerando as práticas realizadas pelo fisioterapeuta por área de competência: prática da fisioterapia no âmbito do cuidado às necessidades individuais, cuidado as necessidades coletivas, gestão e educação na saúde. Nesse artigo serão apresentados os resultados da área do cuidado as necessidades individuais.

O processo de seleção e codificação dos resultados foi realizado por uma pesquisadora e validado por uma outra, com doutorado, de forma independente.

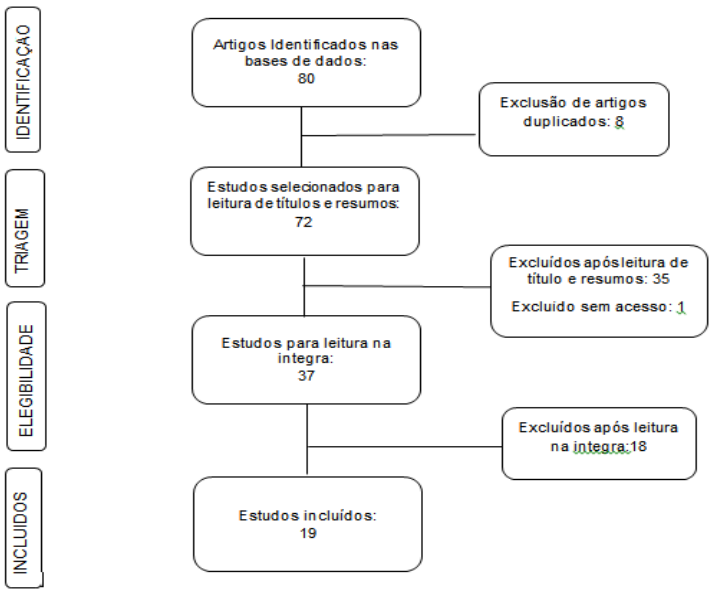


Fig.1. Fluxograma de seleção dos estudos primários, elaborado a partir da recomendação. PRISMA, 2021.

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.745-753

4. Resultados

Em relação a como se dá a prática do fisioterapeuta na atenção primária a saúde evidencia-se três temáticas a saber, cuidado a necessidades individuais e coletivas e gestão em saúde. Nesse artigo, discorre-se sobre o cuidado as necessidades individuais.

4.1 Cuidado as Necessidades Individuais

Widerström, Rasmussen-Barr e Boström (2019) e Holm et al (2016) apresentam a atuação do fisioterapeuta na atenção primária na Suécia. Segundo Widerström, Rasmussen-Barr e Boström (2019) o cuidado pode ser ofertado por meio de clinicas públicas ou privadas e prestado de acordo com a necessidade de cada usuário e conhecimento do profissional, baseando-se na avaliação e quadro clinico. Utiliza-se como aplicação de métodos para redução de dor, prescrição de exercícios, educação e orientações sobre determinada patologia – lombalgia - e as vezes, associação de mais de um método de intervenção.

Enquanto isso, Holm et al (2016) também citam o profissional como referência na atenção primária, e que, em determinadas situações, como por exemplo, crianças e adolescentes com dores crônicas quando necessitam de cuidados, irão se consultar com um fisioterapeuta antes ou em conjunto com um clinico geral ou pediatra. Contudo, os autores não explicitam as estratégias ou intervenções realizadas neste âmbito.

O acesso para os serviços de fisioterapia na atenção primária na Irlanda assemelha-se ao da Suécia. Segundo Barrett, Hussey e Darker (2017), os serviços privados são disponíveis para indivíduos que pagam diretamente ou que possuem seguro médico privado. A atuação destes profissionais é pautada no modelo curativo em decorrência a alta demanda por parte de indivíduos que procuram tratamento devido alguma lesão ou condição médica.

No que se refere atenção à saúde no âmbito do cuidado individual na Holanda, Van Erp et al (2017) expressam a atuação do fisioterapeuta por meio de atendimentos individualizados, em que neste estudo, a assistência é direcionada a pessoas que possuem diagnóstico de dor lombar crônica não especifica e que não apresentam altos níveis de incapacidade funcional. As condutas normalmente realizadas por estes profissionais são, prescrição de exercícios, terapia manual e orientações.

Em relação à prática do fisioterapeuta no Reino Unido, Sarigiovannis e Cropper (2018) destacam que o mesmo é o profissional de referência para alguns usuários, sendo responsável por atendimentos individuais de casos complexos, assim como o planejamento destes. Além disso, tem-se a presença do assistente de fisioterapia que também pode atuar em clinicas para atender a população.

A oferta do cuidado individual em Andaluzia, Espanha, na atenção primária ocorre por meio de centros de saúde ou unidades móveis, segundo López-Liria et al (2016). Estas apresentam equipe composta por fisioterapeuta, fisiatra e terapeuta ocupacional. A assistência é ofertada de acordo com as necessidades individuais de cada usuário e com os objetivos de reabilitação. No estudo, o público alvo foram usuários com sequelas de AVE e alguns dos objetivos de tratamento eram: minimização de sequelas e prevenção de maiores complicações decorrentes do AVE, recuperação da capacidade funcional, estratégias para o usuário se adaptar ao seu quadro clinico, bem como o seu ambiente. Suporte para a família também foi ofertado com orientações e treinamento sobre a marcha do usuário, assim como informações sobre adaptações ergonômicas da residência.

Intervenções realizadas em domicílio, por equipe multiprofissional, visando a prevenção de complicações e a reabilitação de pacientes neurológicos também é evidenciada por Faria, Gonçalves e Silva (2016), que destacaram em seu estudo de caso – paciente com sequelas neurológicas e com outras comorbidades - a importância desta abordagem.

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.745-753

A equipe foi constituída por fisioterapeuta, enfermeira e nutricionista e dentre as técnicas utilizadas para o atendimento do usuário, salientaram a abordagem da avaliação, programas de exercícios, ações preventivas relacionadas a úlceras por pressão (UPP) e orientações ao usuário e ao cuidador/familiar.

Faria, Araújo e Carvalho-Pinto (2016) também explicitam a assistência prestada a pacientes neurológicos, que neste caso, é direcionada a usuários que apresentam sequelas pós AVE. O cuidado ofertado pelo profissional inserido no NASF é realizado com maior frequência na residência do usuário por meio de visitas domiciliares e, com menor periocidade, na unidade. As ações se dão, principalmente, por meio de orientações e avaliações, seguida de tratamento e acompanhamento. O cuidado integral a estes usuários, por meio de encaminhamentos para centros especializados de referência ou universidades e para outros profissionais do NASF, se faz presente, entretanto, foram descritas como pouco realizadas.

A prática de visitas domiciliares, principalmente a usuários que apresentam dificuldades ou impossibilidade de se deslocar a unidade, mediante requisição da equipe de referência é descrita por Barghini, Ferreti e Ferraz (2016) e Barghini, Ferreti e Ferraz (2017), sob a perspectiva dos gestores e equipe de referência e, dos próprios profissionais, respectivamente.

As visitas podem ser individuais ou compartilhadas e têm como propósito ofertar orientações para prevenir deformidades e lesões devido a ulceras de pressão e estimular a prática de exercícios. Ações de educação em saúde e de prevenção de doenças por meio de informações sobre estilo e hábitos de vida mais saudáveis durante consultas individuais também são citadas como práticas recorrentes. Além destas atividades, tem-se a execução de atendimentos voltados a oxigenoterapia e a auriculoterapia (Barghini, Ferreti & Ferraz, 2016; Barghini, Ferreti & Ferraz 2017).

A prática reabilitadora produzida pelo fisioterapeuta do NASF se faz presente nos estudos de Assis et al (2017) e Luna et al (2018). Ambos apresentam a predominância de atendimentos a pediatria na unidade de saúde, que assume papel de centro de referência devido à ausência deste serviço no território e a alta demanda. Este cenário faz com que atividades essenciais e preconizadas, como apoio matricial tecno-pedagógico e ações de prevenção de agravos e promoção a saúde sejam pouco realizadas. Além disso, Luna et al (2018) expressam a inexistência da prática de visitas domiciliares, ao contrário de Assis et al (2017), que cita o apoio ofertado pelo fisioterapeuta residente junto ao NASF na realização desta atividade, seja em seu núcleo ou de forma compartilhada com outros profissionais, para usuários acamados ou impossibilitados de sair de sua residência.

De acordo com Souza e Santos (2017), Fernandes et al (2017) e Guedes et al (2016), a atenção a saúde neste cuidado dá-se por meio de visitas e atendimentos domiciliares e na USF. Para Fernandes et al (2017) há predomínio de consultas individuais visando a reabilitação, quando comparadas a outras atividades realizadas na rotina do fisioterapeuta e que alguns profissionais realizam a clínica ampliada (CA) e projeto terapêutico singular (PTS). A falta de familiaridade e a formação deficitária dos profissionais dificultam a operacionalização do cuidado nesta perspectiva. Enquanto isso, Souza e Santos (2017) expressam a visita domiciliar como atividade mais executada pelo profissional, além da realização de PTS para o manejo do cuidado do usuário.

Guedes et al (2016), não especificam em seu relato de experiencia quais destas atividades são realizadas com maior frequência, contudo, os autores destacam que as visitas e atendimentos domiciliares são de grande valia, tanto para os profissionais quanto aos usuários, e devem ser realizadas independente se os indivíduos apresentam alguma patologia, pois este tipo de assistência apresenta impacto positivo nas condições de saúde.

A atuação do fisioterapeuta junto a equipe multiprofissional por meio de programas de residência é revelada por Araújo et al (2018), Sales (2016) e Silva et al (2016).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.745-753

O cuidado individual ofertado pelo fisioterapeuta residente é apresentado por Sales (2016) por meio de visitas ou atendimentos domiciliares e na USF. A construção deste cuidado é realizada mediante a caracterização, necessidades e demandas do território e desenvolvida junto a equipe de saúde respeitando determinados critérios de elegibilidade, como por exemplo, presença de doenças crônico degenerativas, restrição ao leito, ausência de acompanhamento prévio ou atendimento em outros serviços especializados, dificuldade de deslocamento ou de compreensão da família quanto as orientações fornecidas pelo profissional. O autor cita que, em relação aos acamados, tem-se a prática de visitas com fornecimento de orientações aos familiares, preconizadas para cada quadro clinico. Já em relação ao atendimento individualizado, houve prevalência de consultas de crianças com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, usuários com queixas ortopédicas, pós-cirúrgico e pacientes que apresentavam diagnóstico de doenças crônico degenerativas.

A inserção do fisioterapeuta residente junto a uma ampla variedade de profissionais como cirurgião-dentista, assistente social, enfermeira, nutricionista, psicólogo, farmacêutico e fonoaudiólogo inseridos na atenção primária é retratada por Araújo et al (2018). A estratégia apresentada é a consulta coletiva e compartilhada com enfoque na CA na puericultura. Segundo os autores, o fisioterapeuta pode realizar avaliação da criança com a finalidade de identificar possíveis patologias e alterações do desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM), assim como fornecer orientações ao responsável sobre estímulos para o desenvolvimento da criança e, caso haja necessidade, referenciar para serviço especializado. Além disso, pode ofertar estratégias de educação em saúde para prevenção de acidentes domésticos.

Por último, Silva et al (2016), exploram a atuação do residente inserido em uma estratégia intitulada “Estratégia Vigilância à Dor Crônica de Origem Osteomioarticular”, em que o profissional exerce papel de avaliar o indivíduo e identificar as necessidades do usuário, seguindo critérios para cada caso. Durantes estes atendimentos, tem-se a prática de realizar orientações sobre determinada patologia que o indivíduo apresente, sobre hábitos saudáveis, estimulo a adesão da prática de exercícios físicos na rotina e técnicas para analgesia e melhora do quadro clinico e qualidade de vida. Além do mais, durante estas consultas, caso haja necessidade, o fisioterapeuta pode referenciar estes indivíduos para grupos, centros ou a outros profissionais.

5. Discussão

O fisioterapeuta apresenta crescimento principalmente na atenção hospitalar e um leve acréscimo na APS, contudo quando observadas as necessidades por estes profissionais, tem-se desigualdade quanto ao acesso a estes pela população (Rodes et al, 2017).

Nesse sentido, Neto e Aguiar (2018), indicam que políticas de inclusão do fisioterapeuta nos NASFs foram implementadas, mas as atribuições desse profissional ainda não foram totalmente estabelecidas, dificultando o cuidado à população e a formação profissional.

Rodes et al (2017), analisando o discurso dos fisioterapeutas formados entre 1981 e 2007, explicita que houve capacitação para APS e início do trabalho do NASF. Quanto ao uso das ferramentas como CA, PTS, AM, levantam os desafios enfrentados pelos profissionais como regime de trabalho com carga horaria reduzida, comunicação entre membros da equipe e falta de compreensão de determinados conceitos, o que torna difícil a utilização destes recursos na prática.

Segundo Neto e Aguiar (2018), ainda existe uma relação entre prática e formação profissional, a inovação na formação não muda a prática e mudanças nessa não determinam novos rumos para a formação. O mundo do trabalho em APS ainda é escasso para fisioterapeutas, mesmo que esse profissional seja essencial na atenção em unidades do SUS. Portanto, considera-se que a graduação pode arquitetar para que os egressos assumam uma atitude ativa quanto a identificação e atenção às necessidades de saúde da população, fortalecendo a ESF.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.745-753

Melo et al (2020), que abordam a atenção integral a saúde da criança realizada pelos profissionais inseridos no NASF, em especial o trabalho dos fisioterapeutas, evidenciam a alta demanda e filas de espera pelos serviços especializados e centros de reabilitação e que, por meio dos grupos desenvolvidos pelo NASF no território, tem-se a possibilidade de realizar ações que visam o estimulo do desenvolvimento, com atuação transdisciplinar destes profissionais. Concluem que práticas multiprofissionais e interdisciplinares são essenciais na promoção no cuidado em saúde, sendo os nasfianos capazes de realizar intervenções de forma precoce.

Os profissionais matriciadores, dentre eles, o fisioterapeuta, podem oscilar, conforme propósito individual ou grupal, desviando-se da ação clínica especializada, atuando mais em reuniões como suporte técnico pedagógico às equipes, grupos, ações educativas e preventivas; ou desviando-se para seus núcleos de competência e limitando-se a promover cuidados especializados. Nessa última tendência, elabora-se uma agenda que rapidamente se finda, sem negociação ou suporte às equipes em dúvidas/urgências e sem construção coletiva de PTS complexos. (Tesser, 2017).

Para Neto e Aguiar (2018), os conhecimentos se modificam e os processos de trabalho são distintos em diferentes contextos de prática. A diversidade de dinâmicas de funcionamento dos NASFs com distintas realidades locais pode dificultar a formulação de uma estratégia de ensino pelos cursos de Fisioterapia. Como a graduação não esgota a formação, cabe capacitar o aluno na perspectiva da educação continuada e permanente.

6. Conclusão

A abordagem qualitativa da investigação permite afirmar que a prática do profissional na atenção primária foca-se em atividades relacionadas a atendimentos na unidade de saúde e no domicilio do usuário, sendo que ambas podem ser promovidas de forma individual ou em parceria com outros profissionais.

Estas atividades contemplam ações relacionadas a prevenção de agravos, promoção e educação a saúde e reabilitação, contudo, cabe ressaltar o evidente predomínio e ênfase de consultas configuradas na lógica curativo reabilitadora.

Tendo em vista que pretende-se promover o cuidado na perspectiva da integralidade, há necessidade de revisitar a formação na graduação, bem como investir na educação continuada e permanente.

7. Referências

Araújo, D. C. de, Lucena, E. E. de S., Tavares, T. R. P., Araújo, T. B. de, Araújo, C. M. de, Costa, B. M. B. da, Medeiros, B. G. de, Gomes, B. C. do N., Vale, T. R. F., Dantas, L. R. de O., & Medeiros Filho, J. S. de A. (2019). Promoção de Saúde Bucal nas Consultas de Crescimento e Desenvolvimento na Atenção Primária: Um relato de colaboração interprofissional. Revista Ciência Plural, 4(2), 87-101.

Assis, J. C. L., Arruda, G. M. M. S., Bezerra, M. I. C., & de Vasconcelos, T. B. (2016). A vivência de um fisioterapeuta em uma Residência Multiprofissional: desafios e possibilidades. Revista de APS, 20(2).

Barrett, E. M., Hussey, J., & Darker, C. D. (2017). Feasibility of a physical activity pathway for Irish primary care physiotherapy services. Physiotherapy, 103(1), 106–112. https://doi.org/10.1016/j.physio.2016.02.001

Braghini, C. C., Ferretti, F., & Ferraz, L. (2016). Atuação do fisioterapeuta no NASF: percepção de coordenadores e equipe. Fisioterapia em Movimento , 29 (4), 767-776. https://dx.doi.org/10.1590/1980-5918.029.004.ao13

Braghini, C. C. , Ferretti, F., & Ferraz, L. (2017). O papel do fisioterapeuta no contexto dos centros de apoio à saúde da família. Fisioterapia em Movimento , 30 (4), 703-713. https://dx.doi.org/10.1590/1980-5918.030.004.ao05

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.745-753

Bispo Júnior, J. P. (2010). Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. Ciência & Saúde Coletiva, 15(Suppl. 1), 1627-1636. https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700074

Brasil. (1969) Decreto-Lei 938. Provê sobre as profissões de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 14 out.

Brasil. (2012). Política nacional de atenção básica.

Del Antonio, A. C. F. T., Tonhom, S. F. R. & Chirelli, M. Q. (2019). Desenvolvimento curricular e formação do fisioterapeuta: desafios do cuidado na Atenção Primária à Saúde. Indagatio Didactica, 11 (3), 131-147.

Faria, C. D. C. M., Araújo, D. C., & Carvalho-Pinto, B. P. B. (2017). Assistência prestada por fisioterapeutas desde a atenção primária à saúde aos pacientes após AVC. Fisioterapia em Movimento , 30 (3), 527-536. https://dx.doi.org/10.1590/1980-5918.030.003.ao11

Faria, L., Gonçalves, M. do C. P., & Silva, E. B. (2016). Fisioterapia preventiva e humanização do cuidado no tratamento do paciente neurológico, acamado, domiciliar. Fisioterapia em Movimento , 29 (1), 13-22. https://doi.org/10.1590/0103-5150.029.001.AO01

Fernandes, J. M, Rios, T. A., Sanches, V. S. & Santos, M. L. de M. dos. (2016). Ferramentas e práticas do NASF em saúde do fisioterapeuta. Fisioterapia em Movimento , 29 (4), 741-750. https://doi.org/10.1590/1980-5918.029.004.ao10

Guedes, M. B. O. , Lima Filho, B. F, Pinheiro, H. V., Lopes, J.M. & Souza, C. G. Atenção fisioterapêutica em duas unidades básicas de saúde em um município do Rio Grande do Norte: Um contato humanizado. Rev. APS. Vol. 19 n. 1, p. 150-153. Janeiro 2016.

Holm, S., Ljungman, G., Åsenlöf, P., Linton, S. J., & Söderlund, A. (2016). Treating youth in pain: Comparing tailored behavioural medicine treatment provided by physical therapists in primary care with physical exercises. European journal of pain (London, England), 20(4), 626–638. https://doi.org/10.1002/ejp.780

López-Liria, R., Vega-Ramírez, F. A., Rocamora-Pérez, P., Aguilar-Parra, J. M., & Padilla-Góngora, D. (2016). Comparison of Two Post-Stroke Rehabilitation Programs: A Follow-Up Study among Primary versus Specialized Health Care. PloS one, 11(11), e0166242. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0166242

Luna, M., Lucena, P., Farias, A., & Melo, V. (2018). O acompanhamento fisioterapêutico de crianças com sequelas de paralisia cerebral atendidas no NASF do município de alagoa nova. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, 10 (Especial), 70-73. doi:http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10iEspecial.70-73

Mélo, T. R. , Lucchesi, V. de O., Ribeiro Junior, E. J. F., & Signorelli, M. C.. (2020). Caracterização do desenvolvimento neuropsicomotor e de linguagem de crianças atendidas por grupos no Núcleo Ampliado de Saúde da Família: uma abordagem interprofissional. Revista CEFAC, 22(3), e14919

Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. de C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & Contexto - Enfermagem, 17(4), 758-764. https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018

Rangel Neto, N. C., & Aguiar, A. C. de. (2018). A atenção primária à saúde nos cursos de graduação em fisioterapia no municipio do Rio de Janeiro. Trabalho, Educação e Saúde, 16(3), 1403-1420. https://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00165

Rodes, C. H, Kurebayashi, R., Kondo, V. E., Luft, V. D, Góes, Â. B. de, & Schmitt, A. C. Bo. (2017). O acesso e o fazer da reabilitação na Atenção Primária à Saúde. Fisioterapia e Pesquisa, 24(1), 74-82

Sales, R. D. C. (2016) O papel do fisioterapeuta residente multiprofissional em saúde da família: um relato de experiência. Rev APS 19(3):500–4.

Sarigiovannis, P., & Cropper, S. (2018). An audit of the utilization of physiotherapy assistants in the musculoskeletal outpatients setting within a primary care physiotherapy service. Musculoskeletal care, 16(3), 405–408. https://doi.org/10.1002/msc.1238

Silva, D. J. & Ros, M. A. (2007). Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. Revista Ciências e Saúde Coletiva, 2 (6), 73-81.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.745-753

Silva, F. E. D., Dantas, F. R. P., Macena, R. H. M., & Vasconcelos, T. B. (2016). Processo de implantação da estratégia vigilância à dor crônica osteomioarticular na atenção básica. Estudo de Caso. Revista Dor, 17(1), 69-72. https://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20160017

Starfield, B. (2006). Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.

Souza, M. de O., & Santos, K. O. B. dos. (2017). Atuação do fisioterapeuta no Centro de Apoio à Saúde da Família. Fisioterapia em Movimento , 30 (2), 237-246. https://dx.doi.org/10.1590/1980-5918.030.002.ao04

Tavares, L. R. C., Costa, J. L. R., Oishi, J. & Driusso, P. (2018). Inserção da fisioterapia na atenção primária à saúde: análise do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde em 2010. Fisioter Pesqui. 25(1):9-19. DOI: 10.1590/1809-2950/15774625012018

Van Erp, R., Huijnen, I., Köke, A., Abbink, F. E., den Hollander, M., & Smeets, R. (2017). Development and content of the biopsychosocial primary care intervention 'Back on Track' for a subgroup of people with chronic low back pain. Physiotherapy, 103(2), 160–166. https://doi.org/10.1016/j.physio.2016.04.004

Vendruscolo, C., Metelski, F. K., Maffissoni, A. L., Tesser, C. D., & Trindade, L. de L. (2020). Características e atuação dos profissionais dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 54, e03554. Epub March 30, 2020.https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018033003554

Widerström, B., Rasmussen-Barr, E., & Boström, C. (2019). Aspects influencing clinical reasoning and decision-making when matching treatment to patients with low back pain in primary healthcare. Musculoskeletal science & practice, 41, 6–14. https://doi.org/10.1016/j.msksp.2019.02.003

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.745-753

Movimentos Migratórios na Infância: Uma Análise à Luz da Teoria Bioecológica

Flávia de Maria Gomes Schuler[1], Emily Schuler[1,2] e Cristina Maria de Souza Brito Dias[1]

[1] Universidade Católica de Pernambuco - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Brasil | flavia_schuler@hotmail.de; schuler.mily@gmail.com; cristina.msbd@gmail.com | https://orcid.org/0000-0000-0000-0000; https://orcid.org/0000-0003-2930-8642; https://orcid.org/0000-0001-7636-6701

[2] Oxford University, UK. Oxford Institute of Population Ageing, Reino Unido | schuler.mily@gmail.com|

Resumo: A título de Introdução observa-se que os movimentos migratórios na infância ainda são alvo de poucos estudos, apesar de serem centro da problemática atual e sofrerem aumentos significativos. O Objetivo geral deste artigo foi analisar a trajetória de jovens brasileiros que migraram para a Suíça ainda crianças, à luz da Teoria Bioecológica. Mais especificamente buscou-se compreender as transições vividas nos diversos sistemas, e como ocorreu adaptação aos mesmos. Quanto ao Método, optamos por uma pesquisa de natureza qualitativa. Os participantes da pesquisa foram doze, sendo seis jovens brasileiros, que migraram ainda crianças para a Suíça, possuem idade entre 18 a 25 anos, de ambos os sexos; assim como seis mães brasileiras que migraram há mais de dez anos, são casadas com europeus e levaram seus filhos para viver com elas. É importante ressaltar que as mães e os jovens não pertencem necessariamente à mesma família. Com os jovens foi utilizado, a entrevista História de Vida, e com as mães foi utilizada uma entrevista semiestruturada. A análise foi feita a partir dos Sistemas propostos pela Teoria Bioecológica, contribuindo para uma visão holística do fenômeno. Os Resultados apontam que as mães que faziam a mediação apresentaram duas dificuldades principais: a língua e o não conhecimento do sistema escolar. Os microssistemas família e escola passaram por mudanças radicais. A criança, por sua vez, foi buscando se adaptar à nova situação, vencendo crises e dificuldades para integração. Para as crianças o tempo foi essencial no passado, venceram muitas dificuldades, ao mesmo tempo em que um leque de possibilidades se abriu. Essas crianças migrantes, hoje os jovens biculturais, trazem consigo uma nova forma de ver o mundo e assim um potencial para muitas mudanças.

Palvras-chave: Crianças; Migração; Desenvolvimento Humano; Teoria Bioecológica.

Migratory Movements in Childhood: An Analysis in Light of the Bioecological Theory

Abstract: As an **Introduction**, it is observed that migratory movements in childhood are still the target of few studies, despite being the center of the current problem and undergoing significant increases. The general **Goal** of this article was to analyze the trajectory of young Brazilians who migrated to Switzerland as children, in light of the Bioecological Theory. More specifically, we sought to understand the transitions experienced in the various systems and how they were adapted to them. As for the **Method**, we opted for a qualitative research. The research participants were twelve, six young Brazilians, who still migrated as children to Switzerland, aged between 18 and 25 years old, of both sexes; as well as, six Brazilian mothers who migrated more than ten years ago, they are married to Europeans and took their children to live with them. It is important to note that mothers and young adults do not necessarily belong to the same family. With the young adults, a Life History interview was used, and with the mothers, a semi-structured interview was used. The analysis was made from the Systems proposed by the Bioecological Theory, contributing to a holistic view of the phenomenon. The **Results** show that the mothers who were mediating had two main difficulties: the language and the lack of knowledge of the school system. The family and school microsystems have undergone radical changes. The child, in turn, sought to adapt to the new situation, overcoming crises and difficulties for integration. For children, time was essential in the past, they overcame many difficulties, at the same time that a range of possibilities opened up. These migrant children, today bicultural young adults, bring with them a new way of seeing the world and thus potential for many changes.

Keywords: Children; Migration; Human Development; Bioecological Theory.

1. Introdução

A temática da migração tem se tornado cada vez mais presente nas mídias, nas relações familiares e também em nosso cotidiano. Segundo o Relatório de Mundial de Migrações (OIM, 2020), atualmente 272 milhões de pessoas são migrantes internacionais e dentre

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.754-762

eles 31 milhões são crianças e adolescentes fora de seu país de origem. O número representa que um a cada oito migrantes são crianças ou adolescentes.

Segundo a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco, 2018) o número de crianças migrantes e refugiadas em idade escolar no mundo cresceu vinte seis por cento desde o ano 2000.

Em se tratando de leis de migração, de maneira geral, todos os países da União Europeia permitem que os filhos dos migrantes se juntem aos pais para que haja a reunificação familiar. Embora essa conjuntura pareça lógica, segundo Oliveira (2010), essa reunificação pode ser muito difícil, tanto em função das leis de migração, quanto em função do próprio relacionamento da família. A migração traz consigo uma serie de desafios de adaptação ao novo país, tais como aprender outra língua, frequentar a escola, fazer novos amigos e entender a lógica de um país diferente do seu.

Observa-se, portanto que a criança se situa em meio a desafios do movimento migratório (Marcelli; Cohen, 2010). Além das adaptações necessárias, pode-se perceber a ruptura com a família extensa, em particular com os avós, bem como com os companheiros e amigos da escola e vizinhança, o que acarreta profundas mudanças na vida cotidiana. Mediante diversas dificuldades, não se pode esquecer aspectos positivos associados a migração, uma vez que crianças migrantes têm a chance de desenvolver um sentido mais apurado em relação a outros mundos, culturas e línguas, podendo, assim, tornar-se os futuros cidadãos do mundo.

Sendo assim, o objetivo geral deste artigo foi analisar a trajetória de jovens brasileiros que migraram para a Suíça ainda crianças, à luz da Teoria Bioecológica. Este artigo é parte de uma pesquisa de pós-doutorado e tem como foco as crianças migrantes em um contexto mais amplo.

2. Aporte Teórico

Foi escolhida a Teoria Bioecológica, cunhada por Brofenbrenner para dar base a presente pesquisa, uma vez que esta permite um olhar holístico aos sistemas que englobam o fenômeno da migração. A Teoria Bioecológica permite aprofundar, sob a perspectiva da complexidade, a compreensão do desenvolvimento humano como um processo que ocorre ao longo de toda a vida. Tal teoria nos oferece uma visão ampla das situações, das pessoas e suas inter-relações nos diversos contextos, sendo, portanto, um referencial teórico importante quando se pretende investigar aspectos do desenvolvimento de crianças que migraram para o exterior, enfrentando mudanças em todos os contextos de sua vida.

Bronfenbrenner (1996) pontua que os processos proximais pelos quais o desenvolvimento é realizado são condição *sine qua non* para o desenvolvimento humano e familiar.

O processo proximal representa as formas de interação da pessoa com o *ambiente*, que ocorrem regularmente, sendo ele a forma, a força, o conteúdo e a direção dos resultados no desenvolvimento humano. Elas promovem o desenvolvimento de ambos os participantes e podem produzir efeitos positivos ou negativos no processo de desenvolvimento.

O próximo núcleo do desenvolvimento para Brofenbrenner (1996) é o *contexto*. Ele se refere ao meio ambiente global em que a pessoa está inserida e onde se desenrolam os processos de desenvolvimento. Os vários ambientes que constituem o contexto abrangem tanto os ambientes mais imediatos, nos quais vive a pessoa, como os mais remotos, em que a pessoa nunca esteve, mas que se relacionam e têm o poder de influenciar o desenvolvimento.

Esses ambientes são denominados: *Microssistema, Mesossistema, Exossistema e Macrossistema.* Em um sistema, todos os elementos estão interligados e se influenciam mutuamente. A mudança em um elemento pode trazer mudanças para todos os outros. O *microssistema* é o sistema imediato que o indivíduo em desenvolvimento vive, estando ligado a configurações concretas.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.754-762

O microssistema é formado pela família (pai, mãe, filho), mas dentro da família existem as díades (mãe - filho; pai - filho) e as tríades (3 irmãos); em locais como casa, escola, onde a criança vive e interage face a face com seu meio imediato, onde são operados os processos proximais, que são considerados os motores do desenvolvimento.

O *mesossistema* compreende dois ou mais microssistemas em que a pessoa em desenvolvimento participa. As relações entre esses sistemas formam um próprio sistema muito relevante para o desenvolvimento. Para uma criança, por exemplo, são as relações entre a sua casa, escola, grupo de companheiros no bairro; para um adulto, são as relações entre família, trabalho e conhecidos.

O *exossistema* inclui um ou mais microssistemas em que a pessoa não está diretamente envolvida, mais que indiretamente influencia na vida da pessoa. Já o *macrossistema* é o sistema mais amplo, que abrange os demais. É composto pelo padrão global de ideologia e organização das instituições sociais comuns a uma determinada cultura ou subcultura que estabelecem padrões nos outros sistemas. O macrossistema impregna a todas as pessoas e também a cada um individualmente. É como se fôssemos carimbados pela nossa cultura.

O quarto e último elemento da teoria, o tempo, também chamado de *Cronossistema,* abrange as mudanças relacionadas ao tempo no indivíduo e no ambiente em que vive. Pode ser entendido como o desenvolvimento no sentido histórico, ou seja, como ocorrem as mudanças no decorrer dos tempos, devido às pressões sofridas pela pessoa em desenvolvimento.

Nessa perspectiva, investiga-se as mudanças que ocorrem no contexto e o papel desempenhado pela pessoa no seu cotidiano, assim como as mudanças psicológicas que ocorrem com o passar dos anos (Brofenbrenner, 2011). As mudanças implicam em uma reorganização contínua ao longo de tempo e espaço, sendo denominadas de transição ecológica. Essas mudanças ocorrem todo o tempo, direta e indiretamente, na pessoa/família e no meio ambiente. A transição ecológica ocorre sempre que a pessoa muda de contexto, tendo como resultado uma mudança de papel, de ambiente ou de ambos.

Distinguem-se dois tipos de transição: a normativa e a não normativa. A transição *normativa* relaciona-se aos eventos esperados, ocorridos no ciclo vital do indivíduo ou de uma população definida, tais como: o ingresso na escola, o início da puberdade e/ou adolescência, a prestação do serviço militar, o casamento, entre outros. A transição *não normativa*, refere-se aos acontecimentos inesperados, que causam estresse individual ou familiar e são descritos como eventos de risco, tais como: gravidez na adolescência, morte ou doença grave na família, divórcio, mudança de residência, guerra, desemprego, migração, entre outros. Tendo como marco teórico a Teoria Bioecológica, percebe-se que a migração é considerada uma transição não normativa e certamente traz consigo várias consequências. De acordo com alguns autores como Falicov (2001) e Sluki (1997), a migração provoca um impacto decisivo no ciclo vital da família e da pessoa individualmente. O processo migratório acarreta as mais variadas consequências, em termos do comportamento individual dos seus integrantes, influenciando a configuração das relações, colocando novos significados entre os membros da família, enfim influenciando todo o desenvolvimento.

3. Metodologia

Em função dos objetivos propostos, optamos por uma pesquisa de natureza qualitativa, por possibilitar um conhecimento que ultrapassa os dados meramente estatísticos, priorizando o objeto de investigação, a partir do que é colocado pelos participantes e do significado que possui para os mesmos.

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.754-762

As metodologias qualitativas, de modo geral, privilegiam a análise de microprocessos sociais, individuais e grupais, realizando um exame intensivo dos dados em sua amplitude, profundidade e multiplicidade no momento da análise (Minayo,2004).

3.1 Participantes

Quanto ao critério de escolha dos participantes, foi usada a amostragem proposital, que também é denominada intencional ou deliberada (Turato, 2003). Os participantes da pesquisa foram doze no total, sendo seis jovens brasileiros, que migraram ainda crianças para a Suíça, possuem idade entre 18 a 25 anos, de ambos os sexos, que concluíram o nível médio de escolarização. Também participaram seis mães brasileiras que migraram há mais de dez anos, são casadas com europeus e levaram seus filhos para viver com elas. É importante ressaltar que as mães e os jovens não pertencem necessariamente à mesma família. Nas tabelas abaixo (Tabelas 1 & 2) são apresentados os dados sociodemográficos dos jovens e das mães. Nota-se que de modo geral os jovens são solteiros, não moram com os pais, e possuem profissão a nível médio. Já as mães participantes, todas com tempo de migração superior a 10 anos, tem filhos que migraram, bem como filhos que já nasceram no país destino.

Tabela 1. Dados Sociodemográficos dos jovens.

Participante	Estado civil	Migrou aos	Mora com	Profissão
Danilo	Solteiro	8 anos	Amigos	Garçom
Elena	Solteiro	7 anos	Amigas	Aux. Adm.
Nanda	Solteiro	6 anos	Amigas	Cabelereira
Nilson	Solteiro	10 anos	Namorada	Cozinheiro
Ricardo	Divorciado	9 anos	Namorada	Aux. Adm.
Roberto	Solteiro	5 anos	Namorada	Bancário

Tabela 2. Dados Sociodemográficos das mães

Participante	Naturalidade	Idade	Quantidade de filhos
Mãe Celia	Salvador	49	1 filho que migrou e 1 que nasceu na Suíça
Mãe Bernadete	São Paulo	50	4 filhos, 3 migraram e 1 nasceu na Suíça.
Mãe Jane	Belo Horizonte	49	1 filha que migrou.
Mãe Mariana	Recife	58	1 filha que migrou e 1 que nasceu na Suíça.
Mãe Rejane	Manaus	48	1 filha e 1 filho que migraram.
Mãe Simone	Recife	59	1 filho que migrou e 1 que nasceu na Suíça.

3.2 Instrumentos

Com os jovens foi utilizado, como instrumento de pesquisa, a entrevista História de Vida, que tem como característica principal permitir que o participante retome suas vivências de forma retrospectiva. Esses relatos fornecem um material extremamente rico para a análise (Boni & Quaresma, 2005). As entrevistas revelaram as vivências, os percursos, os obstáculos pelos quais cada participante passou.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.754-762

São dados que evidenciam histórias de trajetórias mescladas com sentimentos de saudades, medos, anseios e conquistas. Com as mães foi utilizada uma entrevista semiestruturada, com um roteiro específico contendo questões que visaram reconstruir a trajetória da migração e desenvolvimento de seus filhos na Suíça. Todos os participantes ainda responderam a um questionário com as informações sociodemográficos (dados nas tabelas 1 & 2).

3.3 Coleta e Análise de Dados

As entrevistas foram realizadas na Suíça. Antes de as iniciarmos, foi explicado a cada participante o objetivo da pesquisa e apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que garante o anonimato. Após a leitura e assinatura do termo, iniciamos a entrevista. O projeto geral foi aprovado pelo Comitê de Ética (CAEE:66930917.0.0000.5206). As entrevistas foram feitas individualmente, gravadas e depois transcritas. Vale ressaltar que os nomes utilizados são fictícios para preservar a identidade dos participantes.

Como procedimento da análise de dados foi utilizada a Análise de Conteúdo Temática (Minayo, 2019), todavia as categorias foram estabelecidas a partir dos diferentes sistemas que compõem o contexto de acordo com a Teoria Bioécologica. A análise seguiu as três fases propostas por Minayo (2019), que são pré-análise, exploração do material e interpretação. Desta forma, foram formadas categorias de análise para a interpretação dos dados de acordo com os ambientes do contexto propostos por Bronfenbrenner isto é, micro, meso, exo e macrossistema. Nesta pesquisa os sistemas em análise foram: o microssistema família e o microssistema escola; como mesossistema se apresentam as relações estabelecidas entre o microssistema escola e o microssistema família; o exosssistema se estabelece a partir do sistema escolar suíço; e, finalmente, o macrossistema que engloba a sociedade em geral do país de acolhimento.

4. Análise e Discussão dos Resultados

Foram levantadas quatro categorias de análise baseadas nos diversos sistemas que compõem o contexto da Teoria Bioecológica. À análise foi realizada, buscando compreender as transições e implicações do movimento migratório desde o micro até ao macrossistema. Deste modo, as entrevistas e os dados sociodemográficos foram analisados, trabalhados e, assim, integrados à luz da referida teoria, com o intuito de enfocar os diversos sistemas.

Microssistema. As crianças migrantes enfrentaram modificações em todos os microssistemas. A família em que estão inseridas, a mudança de escola, o que inclui mudanças de língua, professores e colegas. Os participantes, em sua maioria, ficaram com os avós, logo que a mãe migrou; mas, quando migraram, passaram a morar novamente com a mãe e com o seu novo parceiro. Algumas dificuldades apareceram como se vê na fala de Nilson. Em seu relato percebe-se a dificuldade no processo proximal como o padrasto.

> *Minha mãe conheceu, no Brasil, o marido dela e veio pra Suíça, e eu fiquei com o meu avô uns três anos. Quando ela mandou me buscar fiquei bem feliz, mas com muita pena de deixar meu avô. Na verdade, era eu quem cuidava dele. Chegar na Suíça não foi fácil, principalmente em casa tivemos muita dificuldade com o Uri (novo marido da mãe). Ele queria mandar na gente, não podia comer isso ou aquilo e tinha que ir pra escola a pé, mesmo se estivesse muito frio (Nilson*).
>
> *Meu marido era muito rígido com meus filhos. Aqui criança tem horário pra tudo: hora de dormir, de acordar, de escovar os dentes, de estudar, de brincar, enfim, de tudo. Como eles estavam com os meus pais no Brasil, sofreram muito pra se acostumar aqui (Mãe Bernadete).*

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.754-762

Pode-se notar nos relatos como foi difícil para as crianças se acostumarem às novas regras, pois sabe-se que estas são bem diferentes quando se muda de cultura. Por exemplo, uma criança que é educada no Brasil é bem diferente de uma que é educada na Suíça, em termos de regras, limites, entre outros. Bronfenbrenner (1996) também se refere aos estilos de vida, costumes e crenças que permeiam todos os contextos. Logo, a cultura perpassa todos os ambientes do contexto. Segundo Vélez-Agosto, Crespo e Oppenheimer (2017), a cultura transita desde o macrossistema até o microssistema. Em termos do microssistema escola, as dificuldades apareceram em vários níveis, seja na nova língua, com os colegas de classe e em alguns casos até com os professores, como se vê no seguinte depoimento.

> *Na escola eu fui pra uma classe especial, que junta crianças de muitos lugares para aprender alemão e depois de um ano fui para a escola normal. Nesta sala foi bom, mas quando fui transferido pra classe normal, fui muito discriminado. Não conseguia fazer amigos porque não falava direito, na pausa ficava sozinho. Parecia que, às vezes, até a professora ria do meu alemão (Nilson).*

No relato percebe-se que quando Nilson estava junto às crianças estrangeiras, os processos proximais ocorreram de forma natural. Ao mudar para outra sala com crianças nativas é que as dificuldades apareceram. Em alguns casos os professores também apresentam dificuldades com alunos migrantes. Existe preocupação no sentido de que alguns professores não estejam adequadamente preparados para atender às necessidades específicas das crianças migrantes e para tratá-las de forma justa, sem preconceitos implícitos (Collicelli, 2001). Berger, em uma entrevista concedida a Zehnder (2018), afirma que uma criança que não conhece a língua local precisa de, em média, dois anos para poder se comunicar com facilidade. E para alcançar o nível de proficiência, como ocorre na língua materna, são necessários de cinco a sete anos. Diante desse fato, só aos poucos é que a criança migrante vai conseguindo se comunicar e estabelecer processos proximais positivos no microssistema escola.

Mesossistema. O mesossistema que inclui as relações entre família, escola, amigos e vizinhos também sofreu várias mudanças. As relações da família com a escola são muitas vezes mediadas pela mãe, que nesta pesquisa são brasileiras e muitas vezes elas próprias têm dificuldades com a língua. Neste sentido, a língua dificulta essa relação entre família e escola. Outra dificuldade é a falta de conhecimento sobre como o sistema escolar funciona, o que leva muitas mães a se surpreenderem quando os filhos são colocados em escolas profissionalizantes, que não fornecem, pelo menos de forma direta, acesso à universidade, como se verifica nas seguintes falas:

> *Quando minha mãe soube que eu ia pra escola secundária, e isso aqui já se decidia na quinta série, ela até pensou em me mandar de volta. Chegou até a perguntar lá na minha antiga escola (no Brasil) como seria, mas lá disseram que eu ia ter que repetir tudo. Hoje eu sou garçom, mas estou perto da minha mãe (Danilo).*
>
> *Meus filhos não conseguiam falar as palavras com* ***sch,*** *por exemplo, e por isso tiveram algumas dificuldades com alemão, e como aqui se decide tudo muito cedo na escola, eles foram para a escola secundária, o que é comum aqui (Mãe Celia).*

Para as mães, as dificuldades estão em manter o relacionamento com a escola em função da língua e também em ajudar os filhos com as tarefas escolares. Acrescente-se a isso o fato de que geralmente não conhecem bem o sistema escolar e só se dão conta depois, que o futuro profissional se decide muito cedo. Na maioria das vezes, essa descoberta se dá muito tarde para mudar o curso dessa história. Lamberti, fundadora de uma associação para apoiar pais e filhos migrantes, em entrevista concedida a Tinoco (2018), explica que pais que não estejam familiarizados com o sistema suíço ou que ainda não falem o alemão terão, provavelmente, menos condições de apoiar os filhos. Lamberti inclusive aconselha aos pais: intervenha o quanto antes, busque ajuda desde o início, se necessário. Se houver dificuldade em alguma matéria, busque ajuda extra.

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.754-762

O futuro profissional começa desde a base. Segundo Mainardi (2005), muitas brasileiras dizem que não só é difícil ser mãe, mas, até mesmo, ser mulher. Na Suíça elas se sentem totalmente responsáveis pela educação dos filhos.

Ao longo do processo de integração no país de acolhimento, mães e filhos vão adquirindo novos pensamentos, como vemos no depoimento dado por Birrer (2014) em um blog chamado "Mamães da Suíça". Ela diz: *"não acho que todos tenham que cursar uma faculdade, mas acho importante que eles tenham mais possibilidades de escolha."* Por outro lado, ela também afirma que admira que *"as profissões como pedreiro, pintor e eletricista, entre outras, são respeitadas e propriamente ensinadas".*

Exossistema. Nesta pesquisa, podemos citar como exossistemas que interferem diretamente na vida das crianças migrantes, as leis de imigração e o sistema escolar do país de acolhimento. Percebe-se como o sistema escolar influenciou o percurso da vida dos participantes da pesquisa, uma vez que todos possuem uma profissão ao nível médio.

> *O mais difícil é que eu tinha sonho de ser médico e aqui eu só consegui ir pra escola profissional. Eu tive que escolher umas das profissões que dava pra mim. Hoje eu sou cozinheiro e hoje gosto do que faço (Nilson).*

Algumas mães brasileiras que levaram os filhos, desejando para eles um futuro melhor, quando confrontadas com o sistema educacional suíço, ficam confusas. Muitos adolescentes veem o seu sonho profissional ruir muito cedo, dependendo do seu rendimento escolar, culminando na ida para a escola de nível técnico ou profissional. Os filhos de pais migrantes, em geral, não conseguem as melhores colocações. Considerando-se todos esses aspectos, vê-se como o sistema escolar influenciou a vida dos participantes levando-os a cursarem escolas secundárias e possuírem profissões de nível médio, que, em alguns casos, não eram desejadas inicialmente.

Macrossistema. O macrossistema é formado pelos elementos da cultura em que a pessoa está imersa, influenciando assim todos os outros sistemas. A influência ocorre porque esses elementos determinam como os outros sistemas podem ser expressos. Deste modo, as crianças, agora jovens, se adaptaram à cultura em que vivem, embora tenham algumas ligações com a cultura de origem. Nota-se, por exemplo, que diferentemente de filhos brasileiros que permanecem na casa dos pais por muito tempo, quase todos os participantes já moram sozinhos, com amigos ou companheiros, e são independentes financeiramente, como pode-se constatar no seguinte depoimento:

> *Eu e minha irmã somos cabeleireiras. Essas são as oportunidades que temos aqui. Mas eu consigo pagar minha despesas, morar sozinha. Porque minha mãe hoje em dia mora com outro companheiro, e aqui a partir dos dezoito anos cada um segue sua vida (Nanda).*

Pode-se considerar que as crianças que nasceram no Brasil e cresceram na Suíça possuem em sua identidade aspectos biculturais. Constata-se que existem mais aspectos na identidade da cultura em que estão inseridos, mas que alguns aspectos da cultura de origem permaneceram. Atualmente pessoas com identidades multiculturais têm se tornado cada dia mais comuns, o que se deve ao crescente número de famílias interculturais.

> *Ah eu nem sei. Você nunca é um só porque tudo seu acaba se misturando. Seja no jeito assim... por exemplo, aqui dizem que sou muito aberta, extrovertida e sorridente para uma suíça e lá eu sou pontual demais para uma brasileira. Então é os dois... tudo meu tem um pouco dos dois. O jeito de se expressar ou de se vestir... por exemplo, sempre ando com meu chaveiro do Brasil, aí o pessoal já pergunta se torço pelo Brasil, e aí acabo dizendo que sou do Brasil também. É engraçado porque você acaba percebendo quem é assim, de dois lugares, porque acaba tendo um jeito diferente, multicultural assim. Acho muito legal conhecer outras pessoas assim, de dois países como eu (Elena).*

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.754-762

5. Considerações Finais

A Teoria Bioecológica nos forneceu subsídios para compreender o desenvolvimento das crianças migrantes em um contexto bastante amplo. Os processos proximais sofreram alterações na família, na escola, na vizinhança, entre outros, notando-se sua presença nos diversos sistemas. A criança precisa se adaptar à todas essas mudanças, ou seja, trata-se de uma transição não normativa que pode produzir estresse. Ao longo do desenvolvimento, elas também vivem transições normativas no país de acolhimento e passam pela adolescência, momento em que buscam uma identidade e também fazem sua escolha profissional.

Ao ampliar o olhar para mais um sistema, percebemos que o sistema escolar suíço influenciou bastante o curso de vida dos participantes, uma vez que todos eles têm uma profissão de nível médio, caracterizando o exossistema. A nível de mesossistema, as relações entre família e escola, a princípio, foram difíceis. As mães que faziam a mediação apresentaram duas dificuldades principais: a língua e o não conhecimento do sistema escolar. Os microssistemas família e escola passaram por mudanças radicais. A criança, por sua vez, foi buscando se adaptar à nova situação, vencendo crises e dificuldades para integração do novo em sua vida.

Para as crianças que nasceram no Brasil e cresceram na Suíça, ou seja, em dois macrossistemas com culturas bem diferentes, o tempo foi essencial. No passado, muitas dificuldades foram vencidas, ao mesmo tempo em que um leque de possibilidades se abriu. Hoje, pode-se dizer que os jovens são capazes de transitar entre duas culturas. Essas crianças migrantes, hoje os jovens biculturais, com identidades híbridas, trazem consigo uma nova forma de ver o mundo e assim um potencial para muitas mudanças.

Portanto, verificamos que a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano se mostrou muito pertinente para a compreensão da trajetória das crianças migrantes no país de acolhimento, uma vez que amplia o nosso olhar sobre o fenômeno o alocando em diversos sistemas. Desse modo, podemos compreender o desenvolvimento como um processo multideterminado e atravessado por fatores contextuais e individuais que envolvem a pessoa.

Consideramos que o presente artigo se constitui como um ponto de partida, vislumbrando-se à possibilidade de outras pesquisas como: ouvir os professores e os profissionais que lidam com as crianças migrantes na Suíça; entrevistar pais e crianças inseridas em outras culturas que não a Suíça, bem como estimular iniciativas que possam oferecer um maior suporte às crianças e às famílias migrantes.

Agradecimentos

Agradecemos a CAPES por financiar a presente pesquisa.

6. Referências

Bhabha, J. (2014). *Child Migration & Human Rights in a Global Age*. Princeton e Oxford: Princeton University Press.

Birrer G. (2014). *Sistema Escolar Suíço no cantão de Zurique*. Acessado em 02.05.2020 e recuperado em http://www.mamaesnasuica.com./Sistema-escolar-suíço.

Boni V. & Quaresma S. (2005). Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC.* Vol. 2, (3). 68-80.

Bronfenbrenner, U. (1979/1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Bronfenbrenner, U. & Morris, P. (1999). The ecology of developmental processes. In Damon W. (Org.). *Handbook of child psychology* (Vol. 1, pp. 993-1027). New York,

NY: John Wiley & Sons.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.754-762

Bronfenbrenner, U. (2011). *Teoria Bioecológica do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos***.** Porto Alegre: Artmed,

Cernadas, P. C.; García, L & SALAS, A. G. (2014). Niñez y adolescenciaen el contexto de la migración: principios, avances y desafíos en la protección de sus derechos en América Latina y el Caribe*. Remhu* 42, 09-28.

Collicelli, C. (2000). Child immigration project: Children in between (European Report). Disponível em: http://www.injep.fr/etudes/chip/down/European Report.doc

Marcelli D. & Cohen D. (2010). *Infância e psicopatologia*. 8ª ed. Porto Alegre: Artmed.

Minayo, M. C. (2019). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.

Oliveira, F. (2010). *Como entender o "be-a-ba" dos vistos na Suíça*. Acessado em 29.10.2010 recuperado em htpp://www.cigabrasil.ch/informando/materiais/be-a-ba.html

Organização Internacional para as migrações (OIM). (2020). Relatório Mundial de Migrações. Acessado em 20.01.21 e recuperado em https://iom.int/

Schuler, F.M.G. & Dias, C. M.S. (2015). A outra face da migração feminina: os filhos que ficam. *Revista Fronteiras* 4 (15-19)

Tinoco. L.B (2019) Associação promove entendimento do sistema escolar suíço. Acessado em 20.06.2019 e recuperado em htpp:www.swissinfo.ch

Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis: Vozes.

Unesco (2018). Crianças migrantes e refugiadas em idade escolar crescem 26%. Agencia Brasil. Acessado em 20.03.2020 e recuperado https://agenciabrasil.ebc.br/direitos humanos/noticia/2018-11.

Urech C., Schiess I. & Stucki V. (2005) *Binational? Genial: Der Ratgeber für Binatonal mit Kindern.* Zürich: Orell Füssli Verlag.

Veléz-Agosto, N.; Coll, C.G & Oppenheimer, C.A. (2017) Bronfenbrenner's Bioecological Theory Revision: moving culture from the macro into de micro. Perspectives on Psychological Science.

Zender J. G. (2018) A volta as aulas e choque de culturas. Acessado 02.05.20202 e recuperado em https://www.swissinfo.ch/por/economia/escolas-su%C3%AD%C3%A7as--pais-estrangeiros_a-volta-%C3%A0s-aulas-e-o-choque-de-culturas/44310744

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.754-762

O trabalho docente no curso.Técnico de Enfermagem em uma Etec

Mariana Lauriano[1], Kátia Teresinha Alves Rezende,[2] Silvia Franco da Rocha Tonhom[2], Ione Ferreira Santos[2], Aline Pereria de Souza[3]

[1]Estudante do Curso Técnico de Enfermagem da Etec Antônio Devisate de Marilia, Brasil | mariana.p.lauriano1904@gmail.com | https://orcid.org/0000-0002-9312-1172

[2]Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marilia (Famema), Brasil | katialvesrezende@gmail.com; siltonhom@gmail.com; ionefs13@gmail.com | https://orcid.org/0000-0002-9022-2680; https://orcid.org/0000-0001-7522-2861; https://orcid.org/0000-0002-2030-4541

[3]Enfermeira, mestranda pelo Programa de Mestrado Acadêmico "Saúde e Envelhecimento" da Faculdade de Medicina de Marilia (Famema), Brasil | aline.psouza_enfer@hotmail.com | https://orcid.org/0000-0003-4395-1482

Resumo: Este estudo teve como objetivo analisar o desenvolvimento do trabalho dos docentes que atuam no curso técnico de enfermagem em uma escola técnica de um município de médio porte. Os docentes de enfermagem foram os participantes. Utilizamos um roteiro semiestruturado para a coleta de dados enviados por e-mail. A análise de dados foi realizada por meio da análise de conteúdo na modalidade temática. Apresenta-se três temáticas, a saber: Potências do trabalho docente; enunciando os desafios de ser docente e por fim, refletindo acerca de estratégias para a superação dos desafios de ser docente. Depreende-se que os desafios enfrentados pelos docentes do curso Técnico de Enfermagem interferem no seu adoecimento, sugerindo a importância de estudos que refletem de forma mais ampliada essa realidade e o olhar mais cauteloso das autoridades competentes para minimizar esse problema.

Palavras-chave: Docente de Enfermagem; Educação Profissionalizante; Prática do Docente de Enfermagem.

The Teaching Work in the Course Nursing Technician in an Etec

Abstract: The objective of this study was to outline a profile of teachers who work in the technical nursing course at a technical school in a municipality. Nursing professors were the participants. We used a semi-structured script to collect data sent by email. Data analysis was carried out through content analysis in the thematic modality. At this moment, three themes are presented, namely: The teaching work; Enunciating the challenges of being a teacher and finally, Reflecting on strategies for overcoming the challenges of being a teacher. It appears that the challenges faced by the professors of the Nursing Technician course interfer with their illness, suggesting the importance of studies that reflect this reality more broadly and the more cautious look of the competent authorities to minimize this problem.

Keywords: Nursing Professor; Vocational Education; Nursing Teacher Practice.

1.Introdução

O atual modelo de atenção à saúde estabelece a integralidade como um princípio ou diretriz que contempla as dimensões biológicas, psicológicas e sociais do processo saúde-doença mediante a promoção, proteção, recuperação e reabilitação, além de incluir a humanização do cuidado, difundido como uma nova cultura da saúde na educação profissional (Centro estadual de educação tecnológica Paula Souza, 2018).

Para atender às necessidades da área de Saúde é necessário preparar o profissional ao pleno exercício de suas funções mentais, cognitivas e socioafetivas, com capacidade de aprender com autonomia e assimilar o crescente número de informações, adquirir novos conhecimentos e habilidades e enfrentar situações inéditas com dinamismo, flexibilidade e criatividade, compreendendo as bases sociais, econômicas, técnicas e científicas (Centro estadual de educação tecnológica Paula Souza, 2018).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.763-769

Assim, está revisão de paradigmas e pressupostos dessa área profissional pressupõe uma redefinição dos perfis dos trabalhadores de Saúde, o que justifica a reformulação do plano de curso da habilitação de Técnico em Enfermagem, proposto pelo Centro Paula Souza para acompanhar as transformações tecnológicas e socioculturais do mundo do trabalho, especialmente na área da Saúde e no campo da Enfermagem (Centro estadual de educação tecnológica Paula Souza, 2018).

A partir dessas premissas a Escola Técnica vinculada ao Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza, autarquia da Secretaria do Desenvolvimento Econômico, Ciência, Tecnologia e Inovação do Governo do Estado de São Paulo, a Etec Antônio Devisate oferece uma diversidade de cursos técnicos, dentre eles, o Técnico de Enfermagem.

Identifica-se que a problemática atual do curso é o número alto e frequente de licenças dos docentes para tratamento de saúde. Pressupõe que os desafios enfrentados pelos docentes no desenvolvimento do trabalho estejam interferindo nesse contexto. Então, questiona-se: como está ocorrendo o desenvolvimento do trabalho dos docentes no Curso técnico?

Assim, essa pesquisa objetivou analisar o desenvolvimento do trabalho dos docentes que atuam no curso técnico de enfermagem da ETEC.

2. Metodologia

Trata se de uma pesquisa qualitativa, a qual se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, sentem e pensam. Propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação (Minayo, 2014).

Realizou-se o estudo na Etec Antonio Devisate no interior paulista, sendo está uma Escola Técnica vinculada ao Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza, autarquia da Secretaria do Desenvolvimento Econômico, Ciência, Tecnologia e Inovação do Governo do Estado de São Paulo. Foram convidados a participar da pesquisa mediante o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) o corpo docente do curso técnico de enfermagem da Etec, o qual compreende 15 profissionais.

A coleta de dados foi por meio de questionários enviados via e-mail. O instrumento de coleta é composto pelos dados de identificação e a questão norteadora. A identificação compreende: nome, idade, gênero, estado civil, categoria e formação profissional e a questão norteadora consiste em descrever o trabalho como docente no curso técnico de enfermagem. Dez professores responderam e enviaram o questionário via e-mail. A coleta ocorreu no mês de agosto de 2020 e os dados transcritos por duas pesquisadoras.

Submeteu-se os dados à Análise de Conteúdo na Modalidade Temática, sendo um conjunto de estratégias para extrair dos discursos diversificados seus sentidos e significados. Dá-se da busca dos “núcleos de sentidos” inseridos em uma comunicação, confrontando-os com o objetivo do estudo e referencial teórico (Minayo, 2016).

Os dados passaram por ordenamento e organização do material empírico, seguidos da compreensão deste. Deu-se a transição entre o empírico e a elaboração teórica, com apropriação das informações obtidas. Logo, a elaboração das unidades de sentido, a correlação com a teorização existente e, por fim, o texto final (Minayo, 2014). As temáticas foram feitas inicialmente por 3 pesquisadoras e, após, as demais autoras validaram. Criou-se 3 temas eixos norteadores à discussão dos resultados. A interpretação dos resultados foi pautada na integralidade do cuidado em saúde, compreendida como eixo prioritário da atual Política Nacional de Saúde (Pinheiro et al, 2001)

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.763-769

Esta pesquisa foi aprovada em 21 de fevereiro de 2020, pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília-SP sob Parecer Consubstanciado de nº3.852.852 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 28894920.1.0000.5413.

3. Resultados

Os 10 docentes entrevistados eram enfermeiros; a maioria casado (80%); eles estavam na faixa etária entre 30 a 60 anos, sendo que metade deles (50%) tinha entre 41 a 50 anos. Em relação capacitaçao para docência, a maioria (80%) referiu ter realizado cursos de capacitação, sem mais especificações sobre eles e poucos (20%) referiram pós-graduação em nível Mestrado.

Foram identificadas três temáticas: potências do trabalho docente; enunciando os desafios de ser docente e refletindo acerca de estratégias para superação dos desafios de ser docente.

3.1 Potências do Trabalho Docente

Em relação a abordagem acerca do trabalho docente, emergiram-se depoimentos que enfatizam a gratificação desse trabalho, ressalta-se as possibilidades de aproximação com a prática profissional, a atuação com estudantes e o prazer à construção conjunta dos conhecimentos.

> *"Eu gosto bastante de atuar como docente do curso técnico de enfermagem, pois me aproxima da prática, da assistência de enfermagem, coisa que, devido as minhas escolhas profissionais, acabei me afastando nos últimos anos"* (P2).

> *"O trabalho como docente é uma atividade bastante prazerosa, estar com os estudantes é uma experiência ímpar"* (P8).

Destaca-se a utilização de estratégias de metodologias ativas e ferramentas ao desenvolvimento de atividades remotas.

> *"Na parte teórico-prática procuro utilizar metodologias ativas como simulação realística, aula invertida, estudo de caso e games(...)Trabalho também com a plataforma Moodle e com projetos no componente de Desenvolvimento de Trabalho de Conclusão de Curso"* (P6).

Enfatiza-se a necessidade da formação de profissionais com ética, responsabilidade e compromisso.

> "*Contribuir na construção do conhecimento dos discentes para que sejam competentes a exercer a enfermagem com ética, responsabilidade, compromisso"* (P10).

3.2 Enunciando os Desafios de Ser Docente

Evidencia-se aspectos relacionados às condições de trabalho, tais como: à sobrecarga de trabalho; baixa remuneração; cansaço; alto índices de absenteísmos; uso de novas tecnologias; dificuldades no manejo com determinados comportamentos do estudante, e limitações do mesmo no processo ensino aprendizagem.

Referem sobre a necessidade de ter mais de um emprego, levando a sobrecarga de trabalho, porém, não reconhece o adoecimento para não ter prejuízos na carreira profissional.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.763-769

> *"Um discurso muito comum entre os docentes é o cansaço, pois, como a docência no curso técnico não remunera o suficiente, muitos acumulam com outros empregos ou lecionam em muitos períodos" (P2).*

> *"temos um problema relacionado a isso, em alguns momentos nos deparamos com professores as vezes sem condições de trabalhar com atestado que não foi apresentado na instituição pois no final acaba sendo prejudicado na pontuação docente e no bônus. Devido a isso o número é baixo e "não podemos ficar doente" (P5).*

Aponta-se como desafio a necessidade de constante capacitação para oportunizar a construção de novos conhecimentos e transformação dos processos dos estudantes.

> *"Não é uma tarefa tão fácil, precisamos nos dedicar muito a pesquisa para sermos mediadores da aprendizagem e sermos capazes de produzir novos conhecimentos e incentivar os alunos a busca de novos saberes"* (P4).

Denota-se limites nas possibilidades de aprendizagem de estudantes que trabalham e estudam.

> *"Alunos que trabalham e estudam apresentam dificuldades de estudar e realizar as atividades solicitadas e as vezes de acompanhar o ensino" (P5).*

Soma-se a isso, a percepção de estudantes que, por vezes, ingressam no curso com pouca clareza a respeito da profissão, fragilizando o processo em curso.

> *"Alunos desestimulados e desinteressados que as vezes ingressam no curso muito jovens sem saber ao certo se é a profissão que querem seguir e acabam não participando como deveria e até mesmo atrapalhando os interessados" (P5).*

3.3 Refletindo acerca de Estratégias para Superação dos Desafios de Ser Docente

Com relação as estratégias frente aos desafios que o exercício da docência pressupõe, identifica-se a importância de constante atualização, motivação, aberto aos processos e estimular os estudantes aos novos conhecimentos.

> *"Motivação em aprender constantemente e renovar os conhecimentos, com atualizações contínuas, motivando ao estudante a buscar o conhecimento, desenvolve-lo também como pessoa, cidadão, com consciência crítica e reflexiva na profissão e na equipe de saúde" (P1).*

> *"Nunca deixar de aprender, o ser educador é uma missão e para tal faz-se necessário estar em constante movimento de dar e receber, de aprender a aprender" (P3).*

> *"Ser professor não é só estudar, fazer cursos de capacitação e pós-graduação para ter conhecimento e estar atualizado. É estar aberto, disposto a mudar, a tentar algo diferente, uma nova abordagem, um novo método" (P2).*

Relatam a aproximação com o estudante para compreensão de suas necessidades e busca de superação.

> *"Acho que o professor tem que estar mais próximo do aluno para trazer interesse no aprendizado e ser capaz de estimular e mediar a construção do conhecimento, desenvolvendo laços de afinidade, respeito, confiança e afeto com os seus alunos, tão importantes para o bom desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem e o uso de metodologias diversificadas e atividades diferenciadas para que todos tenham a oportunidade de aprender" (P5).*

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.763-769

> *"As estratégias utilizadas vão ao encontro de identificar as fragilidades e potencialidades de cada aluno e buscar saná-las da melhor forma possível; utilizar de recursos inovadores no ensino-aprendizagem; capacitação docente frente as metodologias ativas; incentivo à pesquisa científica e inserção dos alunos em cenários práticos" (P6).*

> *"Vejo que as estratégias são ser criativo, e ter conhecimento teórico prático" (P4).*

Considerando o cenário atual decorrente da situação pandêmica, destaca-se a necessidade da utilização de novas tecnologias como ferramentas inerentes ao processo ensino aprendizagem e identifica-se limites de acesso dos estudantes.

> *"Destacam-se no atual cenário as limitações do ensino remoto à distância, demandando que o docente se adeque da melhor forma possível as novas formas de executar seu trabalho, exigindo do mesmo o uso de novas tecnologias de ensino e também a sensibilidade de identificar as necessidades de cada aluno" (P7).*

Ressalta-se a importância do fortalecimento do docente para não ocorrer o adoecimento.

> *"A principal estratégia é não adoecer pelos desafios que são diários, uma boa higiene mental se faz necessário, já que os desafios são diários" (P8).*

4. Discussão

Atualmente observa-se aumento de enfermeiros bacharéis na função docente. A Portaria Ministerial n.13/69 - MEC, instituiu a Licenciatura em Enfermagem para a formação pedagógica do enfermeiro e o direito ao registro definitivo como professor das disciplinas e atividades relacionadas à enfermagem, higiene e aos programas de saúde em nível médio. O perfil educacional do enfermeiro consolida-se mediante o módulo pedagógico em seu currículo de graduação ou por Curso de Licenciatura Plena em Enfermagem na Faculdade de Educação pelo processo de seleção às vagas de aproveitamento de estudos.

Evidencia-se a fragilidade na formação dos professores estudados para exercerem a docência e alguns outros estudos apresentaram resultados semelhantes.

Silva et al, 2015 referem que 67% dos professores têm formação em Bacharelado, 33% com formação em Licenciatura, 25% do corpo docente possui experiência relativamente baixa na prática de enfermagem e 8% nunca atuaram como enfermeiros assistenciais. Sugerem mais investigações e seriedade nesse trabalho, estudos e reflexões acerca da docência em Cursos Técnicos de Enfermagem, pois trata-se de formação de profissionais ao cuidado de pessoas debilitadas e na pior fase de suas vidas.

Sgarbi et al, 2018 evidenciou incipiente o preparo sistematizado ao desempenho desta função por falta de formação pedagógica para atuar na docência. Revela que foi a partir da reflexão sobre suas práticas diárias em instituições de saúde que se estabeleceram docentes.

Atualmente, ainda que tenha se dado expressiva ampliação das escolas de nível técnico em enfermagem, não houve uma preocupação sistemática, com a formação pedagógica dos enfermeiros que atuam na formação de novos profissionais (Ferreira Júnior, 2008), ainda que haja grandes debates acerca da prática pedagógica do enfermeiro docente em consonância às Diretrizes Curriculares para o Curso de Graduação em Enfermagem (Rodrigues & Sobrinho, 2007).

Mesmo assim, os professores denotam otimismo para esse trabalho, pois encontram prazer de atuação quando buscam a aproximação e articulação entre teoria e prática, com os estudantes e a construção conjunta do conhecimento, ressaltando sua responsabilidade e necessidade de capacitação ao trabalho.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.763-769

Essas falas nos remete as grandes reflexões sobre currículos integrados, aprendizagem significativa e os métodos ativos de aprendizagem.

No currículo integrado pretende-se que o estudante seja capaz de refletir sobre sua condição social, participar de lutas em favor dos interesses da coletividade e a proposta de formação vinculado aos interesses de mercado. Os estudantes desenvolvem a experimentação e as práticas de estudo e investigação; isso requer do docente uma atitude diferenciada, sendo necessário um processo de formação inicial e continuada que o capacite. Refere-se que as Diretrizes Curriculares Nacionais do Ensino Médio – DCNEM (BRASIL, DCNEM, 1998) têm o trabalho como princípio educativo e que o ser humano é produtor da sua realidade da qual se apropria e pode transformá-la (Azevedo et al, 2015).

Moreira, 2006 em uma descrição detalhada sobre a aprendizagem significativa na visão clássica de David Ausubel, refere que:

> *"...aprendizagem significativa se caracteriza pela interação entre conhecimentos prévios e conhecimentos novos, e que essa interação é não-literal e não-arbitrária. Nesse processo, os novos conhecimentos adquirem significado para o sujeito e os conhecimentos prévios adquirem novos significados ou maior estabilidade cognitiva" (Moreira; 2006; p.2).*

Segundo Lima et al, 2019 as metodologias ativas de ensino aprendizagem visam promover a pró atividade, por meio do comprometimento dos educandos no processo educacional; a vinculação da aprendizagem aos aspectos significativos da realidade; o desenvolvimento do raciocínio e de capacidades à intervenção na própria realidade, à colaboração e cooperação entre participantes.

Tais compreensões denota mudança nos paradigmas da formação de profissionais da saúde, divergindo dos princípios do método tradicional.

Identifica-se potencialidades do uso da PBL na saúde. Infere-se que este processo pode oportunizar a capacidade de integrar a realidade do estudante à educação profissional e delinear contribuições à educação em saúde, a fim de fortalecer a construção do conhecimento científico de forma integral e humanizada (Silva et al, 2019).

Revela-se, com a pandemia da Covid-19, novos desafios como migrar do ensino presencial para ambientes virtuais. Assim, destaca-se a conexão, a apropriação das plataformas digitais e a falta de interesse dos alunos (Rocha & Borges 2021). Porém, os professores buscaram transpor as dificuldades para tornar o ensino remoto interativo, dinâmico e motivador.

Soma-se, as vivências de prazer e sofrimento no trabalho dos docentes. Aponta-se como fatores desencadeantes a sobrecarga de trabalho, falta de reconhecimento, desvalorização social e má remuneração (Lima et al; 2019). Aspectos estes que corroboram com os encontrados na presente pesquisa. Os mesmos autores sugerem que o trabalho em cooperação e com reconhecimento são condições favoráveis à transformação do sofrimento.

5. Conclusão

A pesquisa possibilitou compreender o desenvolvimento do trabalho docente em um curso técnico em enfermagem. Pôde-se observar que os professores sentem prazer no desenvolvimento do seu trabalho e se desafiaram, introduzindo estratégias inovadoras de ensino-aprendizagem, buscando a motivação dos estudantes.

São grandes os desafios apresentados para o desenvolvimento do seu trabalho de educador. Destaca-se os aspectos sociais e institucionais como a sobrecarga de trabalho, baixa remuneração, cansaço, altos índices de absenteísmos, uso de novas tecnologias; e aos contextos de vida dos estudantes que dificultam no seu processo de formação.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.763-769

As sugestões para superar os desafios estão focadas na capacitação dos professores para desenvolverem um trabalho mais qualificados na formação desses estudantes, aproximando mais a relação entre eles com vistas à prevenção do adoecimento dos professores.

Assim, confirma-se o pressuposto de que os desafios enfrentados pelos docentes do curso Técnico de Enfermagem interferem no seu adoecimento, sugerindo a importância de estudos que refletem de forma mais ampliada essa realidade e o olhar mais cauteloso das autoridades competentes para minimizar esse problema.

Diante da pandemia da covi-19 foi necessária a mudança na estratégia da coleta de dados, no entanto, o conteúdo captado nos questionários possibilitou a realização da análise qualitativa, e oportunizou compreender as potências e os desafios de ser docente no Curso Técnico em Enfermagem.

6. Referências

Centro estadual de educação tecnológica Paula Souza. Plano de curso atualizado de acordo com a matriz curricular homologada para o 1° semestre de 2018. São Paulo:CPS, 2018. Disponível em: http://devisate.com.br/n//wp-content/uploads/2018/06/Enfermagem.pdf. Acesso em: 5 jun. 2019.

Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (13 ed.). São Paulo (SP): Hucitec.

Minayo, M. C. S., Diniz, Debora, & Gomes, R (2016). O artigo qualitativo em foco. *Ciência & Saúde Coletiva*, *21*(8), 2326. https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.15592016

Pinheiro R, Mattos R.A., organizadores. Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe e participação em espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ:Abrasco; 2001.

Parecer COREN/SP n. 52, de 2003. Dispõe sobre docência para o enfermeiro lecionar. Disponível em:https://portal.corensp.gov.br/sites/default/files/Orienta%C3%A7%C3%A3o%20Fundamentada%20-%20052

Silva, M. F., Braun, J. R., Lima, I. T. C., (2015). Caracterização do perfil dos professores que atuam no curso técnico de enfermagem no colégio estadual Jorge Schimmelpfeng da cidade de Foz do Iguaçu. Revista Eletrônica Cientifica Inovação e Tecnologia, v.1, n. 11, p. 2175-1846.

Sgarbi, A. K. G., Missio, L., Renovato, R. D., & Hortelan, M. P. da S. M. (2018). Enfermeiro docente no ensino técnico em enfermagem. *Laplage Em Revista*, *4*(1), p.254-273.

Ferreira junior, M. A. Os reflexos da formação inicial na atuação dos professores enfermeiros. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, DF, v. 61, n. 6, dez. 2008.

Rodrigues, M. T. P.; Sobrinho, J. A. De c. M. Enfermeiro professor: um diálogo com a formação pedagógica. Revista Latino - Americana de Enfermagem, Brasília, v. 60, n. 4, p. 1-13, jul./ago. 2007.

Azevedo, M. A., Silva, C. D., Medeiros, D. L. M. (2015). Educação profissional e currículo integrado para o ensino médio: elementos necessários ao protagonismo juvenil. Ciência e Tecnologia. DOI: 10.15628/holos.2015.3190.

Moreira, M. A. Mapas conceituais como recurso instrucional e curricular. In: MOREIRA, M.A. A teoria da aprendizagem significativa e sua implantação em sala de aula. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2006. cap. 2.

Lima, M. A. B. (2019). Prazer e sofrimento no trabalho dos docentes da educação profissional em enfermagem. Plures Humanidades, 20(1).

Silva, W. R. S., de Souza, D. P., & Moura, S. R. (2019, December). A abordagem PBL (Problem Based Learning) em um curso técnico em enfermagem: elementos autobiográficos da prática docente em anatomia humana. Revista Pesquisa Qualitativa - Sociedade de Estudos e Estudos Qualitativos, 7.

Rocha, M. B. (2021). (Re) Aprender a ensinar em tempos de Covid-19: discutindo os desafios na prática docente. Revista Práxis, 12(1 (sup)).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.763-769

Investigação qualitativa psicanaliticamente informada: Contributos teórico-metodológicos

Sandra Roberto[1], Filipa Falcão Rosado[1], Orlando Cruz Santos[1], Luís Martins Pote[1] e Teresa Santos Neves[1]

[1]Sociedade Portuguesa de Psicanálise, Portugal | sandragasroberto@gmail.com; filipa.rosado@gmail.com; santorlando@gmail.com; luismartinspote@gmail.com; teresasantosneves@sapo.pt | https://orcid.org/0000-0002-9871-2713; https://orcid.org/0000-0002-7623-3746; https://orcid.org/0000-0000-0000-0000; https://orcid.org/0000-0000-0000-0000;https://orcid.org/0000-0001-7959-6043

Resumo: O presente artigo propõe uma reflexão teórico-metodológica sobre a investigação qualitativa psicanaliticamente informada. Pretende-se descrever a conceptualização de um dispositivo metodológico que recorre à ontologia e epistemologia psicanalítica, isto é, que parte de uma concepção de sujeito de investigação não "transparente", no sentido de não se dar a conhecer diretamente a si mesmo e aos outros. É, por isso, necessário promover meios (dispositivos) que facilitem o acesso ao sujeito, permitindo captar as dimensões explícitas de significação, mas também as dimensões pré-conscientes e inconscientes. Tendo por base estes princípios, foi desenvolvido um estudo conceptual sobre a contratransferência em psicanalistas utilizando as entrevistas de livre associação (FANI) como instrumento. O referido estudo é usado no artigo para explicitar a problematização teórico-metodológica do uso deste tipo de investigação qualitativa. A análise das entrevistas realizada pelo grupo de investigação no estudo conceptual serve de exemplo para explicitar as particularidades do dispositivo utilizado. Este dispositivo tem por base a dinâmica criada no grupo de investigação e a forma como emergem as linhas interpretativas das dimensões subjetivas inconscientes do entrevistado relativamente aos temas em estudo. Partindo de uma teorização sobre o trabalho do pensamento, destacamos três processos que permitem sustentar o procedimento adotado para a análise das entrevistas: capacidade negativa, trabalho de sonho alfa e facto selecionado.

Palavras-chave: Investigação Psicanalítica; Entrevistas de Livre Associação (FANI); Capacidade Negativa; Trabalho de Sonho Alfa; Facto Selecionado.

Psychoanalytic Informed Qualitative Research: Theoretical Methodological Contributions

Abstract The present article advances a theoretical and methodological reflection on psychoanalytic informed qualitative research. The goal is to describe the conceptualisation of a methodological device coherent with the ontological and epistemological assumptions of psychoanalysis. In other words, the device is based on the concept of a "non-transparent" research subject, who does not make his nature known to either himself or others. Therefore, the need arises for the development of devices which provide access to the subject, in order to grasp not just the explicit dimensions of signification, but also their pre-conscious and unconscious counterparts. A conceptual research was conducted on countertransference among psychoanalysts, resorting to free association narrative interviews (FANI). This study is covered in the article, so as to illustrate the identification of theoretical and methodological problems related to the usage of this type of qualitative research. An analysis of the interviews conducted by the research group, for the conceptual research, is used as an example, to illustrate the specific features of the employed device. The device is based on the dynamics created within the group and on the emergence of interpretative lines of the unconscious subjective dimensions of the interviewee, as they relate to the topics under analysis. Starting from a theoretical framework on thought work, we highlight three processes supporting the procedure used for analysing the interviews: negative capability, alpha dream work and selected fact.

Keywords: Research in Psychoanalysis; Free Association Narrative Interview (FANI); Negative Capability; Alpha Dream Work; Selected Fact.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.770-777

1. Introdução

A metodologia qualitativa de investigação tem vindo a ser utilizada na psicanálise de forma mais consistente nas últimas décadas (Stamenova & Hinshelwood, 2018). Complementarmente, a investigação qualitativa tem recorrido à ontologia e à epistemologia psicanalítica para ampliar a compreensão dos fenómenos em estudo (Cartwright, 2004; Frosh & Young, 2008; Hollway, 2004, 2008; Hollway & Jefferson, 2008, 2013; Kvale, 2003). Neste sentido, o presente artigo propõe uma reflexão teórico-metodológica sobre a investigação qualitativa psicanaliticamente informada. A partir de um estudo, ainda em curso, sobre o uso do conceito de contratransferência em psicanalistas, descrevemos a conceptualização de um dispositivo metodológico, psicanaliticamente informado (Holmes, 2019; Hollway, 2016; Hollway & Jefferson, 2013). Este modelo, coerente com as premissas fundamentais da psicanálise, foi desenvolvido pelo nosso grupo de investigação e a nossa aprendizagem com a experiência de utilização deste dispositivo será objecto de análise.

Este modelo, de um ponto de vista ontológico, parte de uma concepção complexa do psiquismo humano, pressupondo duas ideias fundamentais. A primeira, refere-se à relação dialética e conflictual entre consciente/inconsciente implicando um sujeito dividido e defendido (Freud 1900/1953, 1916/1963). Esta perspectiva opõe-se à ideia quase implícita, noutros paradigmas, de que os sujeitos seriam “transparentes”, totalmente cognoscíveis, para si mesmos e para aqueles com os quais comunicam, nomeadamente, para os investigadores (Hollway & Jefferson, 2013). A segunda, refere-se ao modo de comunicação inconsciente assente num processo de identificação projectiva, através do qual a vivência afetiva do sujeito é projectada no outro que, por meio da identificação, a experiencia (Bion 1962, Hollway, 2016). Assim, na psicanálise a ideia da existência de significados latentes pressupõe um modo específico de pensar os indivíduos, que enfatiza os afectos, os conflictos dinâmicos e os processos intersubjectivos inconscientes.

Do ponto de vista epistemológico, o conhecimento do sujeito dividido e defendido requer um dispositivo específico que facilite o acesso aos significados latentes, inconscientes. Esse dispositivo assenta no binómio associação livre/atenção flutuante (Freud, 1900/1953, 1916/1963) que facilita uma expressão menos defendida do sujeito e uma recepção da sua comunicação (modo de escuta psicanalítico) também mais livre e aberta aos aspectos desconhecidos, defendidos, conflictuais, permitindo assim captar as dimensões explícitas de significação, mas também as dimensões pré-conscientes e inconscientes. Mais, o processo de conhecimento, entendido a partir dos aspectos relacionais e intersubjectivos, reconhece e privilegia também a experiência subjectiva consciente e inconsciente do investigador (Hollway, 2016). Estes princípios são vertidos nas opções metodológicas, traduzindo-se na escolha de métodos adequados à especificidade do objecto de estudo, numa articulação coerente entre princípios ontológicos, epistemológicos e metodológicos (Hollway, 2016).

Não sendo o propósito deste artigo dar conta da componente empírica da investigação conceptual sobre a contratransferência, contextualizamos brevemente o propósito da mesma para, em seguida, nos debruçarmos sobre os passos da nossa construção metodológica e a forma como foi sendo implementado, experienciado e reflectido no grupo de investigação.

2. Uma investigação conceptual sobre a contratransferência

A investigação em curso teve como objectivo problematizar e clarificar o campo de significação e uso da contratransferência, enquanto conceito e instrumento, no trabalho psicanalítico. Este conceito ilustra a constante interligação entre a teoria e a prática em psicanálise, tendo sofrido inúmeras modificações desde a sua formulação inicial em Freud (1910/1961).

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.770-777

Assim, foi desenvolvido um projecto de investigação psicanaliticamente informado que visou aprofundar as metodologias associadas à investigação conceptual (Dreher, 2000), procurando problematizar o conceito, explorar a polissemia e heterogeneidade do seu uso, bem como as tensões entre o uso explícito e implícito do conceito para os psicanalistas na sua prática clínica.

A investigação conceptual em psicanálise define-se pelo seu objecto de estudo, isto é, os conceitos psicanalíticos que procuram apreender teoricamente os fenómenos clínicos (Dreher, 2000). Os conceitos psicanalíticos são polissémicos, têm significados explícitos, refletidos nas formulações da teoria, mas a prática clínica revela que os analistas tendem a atribuir significados subjectivos, resultantes de múltiplas influências a que o analista está sujeito (e.g., análise pessoal, supervisão, personalidade do analista). A investigação conceptual caracteriza-se pela análise sistemática dos significados, dos usos explícitos e implícitos dos conceitos, a sua origem, modificação e evolução tendo em conta os contextos clínicos e extra-clínicos (Sandler, Dreher & Drews, 1991).

Neste contexto, a investigação realizada teve como ponto de partida as seguintes questões de investigação: 1) Quais as facetas implícitas do uso do conceito de contratransferência reveladas na prática clínica pelos/as psicanalistas?; 1.1) Qual a relação entre estes significados implícitos e as facetas explícitas do uso do conceito?; 2) Como é que o conceito de contratransferência vai sendo transformado ao longo da prática clínica?; 2.1) Qual a influência dos modelos teóricos e teórico-clínicos na compreensão e uso da contratransferência? 2.2) Qual o papel da formação formal e informal dos/das psicanalistas A presente investigação foi delineada, e tem sido conduzida, por cinco investigadores com formação e prática clínica psicanalítica, tendo igualmente experiência prévia na condução de investigação qualitativa psicanaliticamente informada.

2.1 Procedimentos da Realização da Entrevista

Num primeiro momento da nossa investigação, procedemos à análise sistemática da literatura sobre o conceito de contratransferência, assinalando a sua origem, os pontos de viragem e as perspectivas contemporâneas. Num segundo tempo, foram realizadas entrevistas individuais a um total de 6 psicanalistas, para aceder ao uso implícito do conceito. Os participantes foram selecionados por conveniência, através de um convite à participação no estudo endereçado ao universo de psicanalistas de uma Sociedade de Psicanálise, após o projecto de investigação ter sido submetido e aprovado pela Comissão de Ética da mesma.

Cada participante foi informado sobre o objectivo do estudo e foram garantidos a confidencialidade da sua participação e o anonimato no tratamento dos dados recolhidos. Os participantes foram também informados que todas as etapas da investigação respeitam os Códigos de Ética da Ordem dos Psicólogos Portugueses e da Sociedade Portuguesa de Psicanálise. Cada participante assinou um documento de consentimento informado.

Os participantes foram entrevistados por um dos elementos do grupo de investigação, uma única vez, que utilizou como instrumento de recolha de dados a Entrevista Narrativa de Associação Livre, desenvolvida por Hollway e Jefferson (2008, 2013). Este instrumento permite solicitar narrativas cujo conteúdo pode ser analisado nas suas dimensões implícitas, permitindo uma compreensão aprofundada dos significados subjectivos atribuídos pelos entrevistados aos temas propostos. Na presente investigação, a entrevista foi iniciada com uma questão aberta sobre a contratransferência. Seguidamente, foi explorada a experiência do analista relativamente ao fenómeno contratransferencial a partir do convite à partilha de relatos de casos da sua prática clínica. Por fim, foram colocadas questões em torno da influência do percurso formativo do entrevistado no desenvolvimento do uso clínico da contratransferência. Depois das entrevistas, o entrevistador, seguindo a metodologia descrita por Hollway e Jefferson (2013), tomava “notas de campo reflexivas” nas quais descrevia a sua experiência subjectiva do encontro. As entrevistas foram gravadas em registo áudio, e posteriormente transcritas.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.770-777

2.2 Procedimentos de Análise da Entrevista

A análise interpretativa das entrevistas e anotações foi realizada em quatro momentos distintos. No primeiro momento, a transcrição da entrevista foi lida pelo entrevistador e o grupo procurou escutar em atenção flutuante, implicando uma postura de abertura, expectativa vazia e insaturação. As impressões e hipóteses interpretativas foram emergindo em associação livre num processo de trabalho de sonho alfa e foram sendo anotadas por um membro do grupo. Assim, os factos selecionados emergiram naturalmente a partir do contacto com os dados. Pretendeu-se, assim, que espontânea e gradualmente pudessem emergir linhas compreensivas sobre o fenómeno da contratransferência, nas suas dimensões explícitas e implícitas. As categorias compreensivas de análise não foram, desta forma, previamente estabelecidas e impostas ao material. Seguidamente, foi realizada a leitura das notas de campo do entrevistador, confrontando-as com as primeiras hipóteses interpretativas. Depois procedeu-se a uma análise sistemática das notas da leitura das entrevistas procurando pôr em evidência os núcleos temáticos transversais que se destacaram. Finalmente procedeu-se ao confronto entre significados implícitos e explícitos clarificando, explorando e problematizando a sua articulação com a literatura.

2.3 Contratransferência Erótica: Um Exemplo dos Procedimentos Metodológicos Psicanaliticamente Informados

Pretendemos destacar da experiência de análise das entrevistas a forma como a dinâmica criada no grupo forneceu um dispositivo interpretativo desse mesmo material e, consequentemente, uma compreensão da subjetividade do entrevistado relativamente aos temas em estudo. Partimos da dinâmica estabelecida no grupo, a propósito da contratransferência erótica, enquanto tema introduzido por um dos entrevistados, para ilustrar os procedimentos psicanaliticamente informados alicerçados em conceitos significativos da psicanálise.

Na entrevista com a analista A, a entrevistadora num determinado momento solicitou à psicanalista que lhe falasse sobre a contratransferência num caso clínico em análise. Em resposta a esse pedido, a analista, com alguns anos de experiência em psicanálise, referiu a propósito de um caso clínico de adulto:

> *"... percebi que houve uma parte importante do nosso trabalho em que eu estava de facto a vê-lo como um bebé, a infantilizá-lo, e não estava a fazer, a permitir que a parte mais madura da personalidade dele também cooperasse mais com o nosso trabalho e, portanto, o trabalho também progredisse, de outra forma, não é?*
>
> *"Mas o facto é que ele era um homem e eu era uma mulher e fui-me dando conta que eu o ouvia como um, ah, um menino... Portanto eu estava, eventualmente eu estaria a dessexualizá-lo, não é ..."*
>
> *"E é um exemplo de contratransferência durante muito tempo muito inconsciente, não é, e como estava a ser um obstáculo, e como depois de compreendida pode, pode ajudar, não é?"*

A postura do grupo em associação livre durante a leitura da parte da entrevista acima descrita fez emergir uma dinâmica particular entre os elementos do grupo. Após um período de silêncio foram identificados os seguintes momentos de interação que transcrevemos abaixo:

> Investigador 1 - *A contratransferência nesta analista é percebida como um obstáculo*
>
> Investigador 2 – *Fala-se da sexualidade ...*
>
> Investigador 3 – *A sexualidade na contratransferência torna-a mais difícil de ser vivida e analisada internamente*

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.770-777

> Investigador 4 – *O trabalho com os adultos é diferente do trabalho analítico com as crianças*
>
> Investigador 5 – *Lembrei-me do texto do Ferenczi "Confusão de línguas". Esta confusão da linguagem dos adultos e das crianças*

Neste ponto, seguiu-se no grupo uma longa discussão sobre a proposta de vários autores (Ferenczi, Amaral Dias e Laplanche), acerca da erotização das relações no processo de análise e a contransferência vivida pelos analistas.

No segundo momento, a análise das notas da discussão em grupo dá conta que a dinâmica estabelecida no grupo à volta da discussão teórica aparentemente muito valiosa pela riqueza intelectual dos argumentos, remetia para um processo defensivo pela dificuldade em verbalizar e articular a dimensão erotizada presente na relação de transferência-contratransferência. Ainda neste segundo momento, revelou-se uma dinâmica importante da entrevista, onde a contratransferência erótica foi identificada e nomeada pelo entrevistado, mas não foi um tema desenvolvido. Do mesmo modo, reinstalou-se no grupo o mesmo processo, em que se nomeou o fenómeno da contratransferência erótica, mas foi, seguidamente, silenciado através do recurso à intelectualização, evocando autores e teorias, evitando a emergência dos afectos e significados subjectivos.

3. Discussão Teórica sobre o Procedimento

A partir da conceptualização de Bion (1959, 1962, 1970) sobre o trabalho do pensamento, extraímos três processos que permitem sustentar o procedimento adoptado para a análise das entrevistas: capacidade negativa, trabalho de sonho alfa e facto selecionado.

3.1 Capacidade Negativa

No primeiro contacto com a transcrição da entrevista o grupo de investigadores adoptou uma escuta que se aproxima da atenção flutuante do analista na clínica psicanalítica. Este conceito remete para o tipo de escuta do analista que não privilegia qualquer elemento do discurso do paciente e que deixa funcionar livremente a sua actividade inconsciente, suspendendo as motivações que habitualmente dirigem a sua atenção (Laplanche & Pontalis, 1967)

A atenção flutuante pressupõe aquilo que Bion (1970) designou por capacidade negativa. Num primeiro momento da análise das entrevistas, os conteúdos não tinham uma forma definida na mente dos elementos do grupo e somente mais tarde vieram a configurar-se como formulação de uma hipótese interpretativa, pelo que foi necessário suportar a incerteza.

O conceito de capacidade negativa refere-se a um estado mental capaz de tolerar a ignorância, a incerteza, o mistério e a dúvida, sem a tentativa ansiosa de chegar a uma compreensão, ou sem uma obrigação de chegar ao facto (Bion, 1970). A capacidade de tolerar o não saber amplia a disponibilidade de contacto com o inconsciente. O autor refere que, no contexto clínico, o analista precisa de esperar o tempo necessário para que a compreensão dos processos inconscientes do paciente se desvele. Este tempo não pode ser determinado *à priori* e nem pode ser apressado. É o tempo de imersão na experiência emocional vivida entre paciente e analista até que o seu impacto possa começar a ser reconhecido, figurado, representado e compreendido.

O período de escuta do grupo e o silêncio que se seguiu à leitura do trecho foi o tempo em que o grupo permaneceu em estado de incerteza e de tolerância à "ignorância", sem tentativas de chegar a uma compreensão imediata ou *à priori*, aguardando o tempo necessário para que os conteúdos da entrevista fossem "digeridos" pela mente dos investigadores, para que a compreensão viesse a acontecer.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.770-777

3.2 Trabalho de Sonho Alfa

As intervenções dos elementos do grupo ocorreram em associação livre, como primeira tentativa de reconhecer e representar o impacto do que foi escutado. Permitindo que a associação livre fluísse, o grupo mergulhou numa discussão teórica. Podemos olhar para esta sequência como se de um sonho se tratasse: perante a evocação, pela entrevistada, da contratransferência erótica, os elementos do grupo visitaram as suas bibliotecas privadas e muniram-se de autores como se recorressem a armaduras, defendendo-se da inquietação provocada pelo trecho escutado. Imersos no sonho, como o sonhador, não se dão conta que estão a sonhar.

À semelhança da mente do analista que pode "sonhar" o material clínico do paciente, também o grupo fez uso desta função, recorrendo ao que Bion (1959) designou por trabalho em sonho alfa. Este conceito refere-se à aprendizagem através da experiência. Trata-se de uma função primordial do psiquismo que consiste em, permanentemente, de forma inconsciente, transformar a experiência emocional em pictogramas que são os elementos base do processo de figuração, simbolização e representação. Este processo que se reconhece mais facilmente no sonho nocturno também ocorre permanentemente no estado de vigília.

Na análise em grupo foi este processo que permitiu aceder às dimensões inconscientes dos significados dos conteúdos da entrevista. Assim, num segundo momento de análise, o grupo pôde reconhecer este processo, nomeá-lo, figurá-lo e representá-lo como momento defensivo face aos conteúdos da entrevista e, assim, começar a compreendê-lo. Um facto selecionado emergiu: a inquietação provocada pela contratransferência erótica que é nomeada, mas imediatamente silenciada.

3.3 Facto Selecionado

Na análise da entrevista, o grupo experienciou a existência de elementos incoerentes, numa disposição particular para a escuta em capacidade negativa, ou seja, capaz de tolerar essa incoerência. Este processo permitiu a formação de imagens através do trabalho de sonho alfa, donde emergiu um facto seleccionado, isto é, uma experiência emocional de descoberta de uma coerência que permitiu passar de uma posição de dispersão, confusão, incompreensão para uma posição de integração e compreensão em direção ao conhecimento (Bion, 1962).

Bion recorre ao conceito de facto seleccionado de Poincaré para explicar o processo de produção de conhecimento. Diz Poincaré: "Si un résultat nouveau a du prix, c'est quand en reliant des éléments connus depuis longtemps, mais jusque-là épars et paraissant étrangers les uns aux autres, il introduit subitement l'ordre là où régnait l'apparence du désordre" (1908, p.25). Produto possível do trabalho de sonho alfa, a emergência de um facto seleccionado é determinante na cadeia de eventos que liga a indução a um sistema científico dedutivo; uma generalização que permite a criação de deduções.

A emergência da temática da sexualidade mobilizou nos investigadores – como na psicanalista entrevistada – o recurso a estratégias defensivas que inibiram o desenvolvimento do tema. No decurso da entrevista, como no momento da sua análise, os elementos eróticos associados à contratransferência foram silenciados por omissão ou pelo recurso à intelectualização.

4. Conclusões

Neste artigo, procurámos destacar a pertinência do uso de uma metodologia psicanaliticamente informada, partindo do pressuposto de um sujeito de investigação dividido e defendido, conflitual e "não transparente", bem como, ilustrar esta aplicação e sustentá-la com base na teoria do pensamento de Bion (1959, 1962, 1970).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.770-777

Assim, foi usado um exemplo decorrente de uma investigação conceptual em curso sobre a contratransferência para ilustrar os procedimentos da análise das entrevistas em grupo e a mobilização dos processos inconscientes dos investigadores, próximo do que sucede no trabalho clínico dos psicanalistas.

Esta metodologia permite encontrar o inesperado, o imprevisível, o novo, quer através do procedimento de realização das entrevistas, quer através dos procedimentos de análise e compreensão das mesmas, no seio do grupo de investigadores. Por oposição ao escrutínio lógico, esta metodologia permite o acesso a dimensões subjectivas inconscientes dos participantes. O foco de investigação desloca-se de um campo de significação mais superficial, literal, manifesto, para um campo de significação de natureza inconsciente e por isso latente, velado.

No entanto, a aplicação do racional psicanalítico fora do *setting* clínico coloca, necessariamente, questões. Enquanto que no *setting* clínico a solicitação para o encontro parte do paciente e é norteada por uma intenção terapêutica, no contexto de investigação a solicitação parte do investigador e tem como objetivo a produção de conhecimento. Esta diferença altera as condições do encontro e, dessa forma, desde logo, o que emerge na entrevista é, consciente e inconscientemente, influenciado por esses fatores. Dada a especificidade do método, coloca-se também a questão de existir, ou não, a necessidade de, no grupo de investigação, alguns ou todos os investigadores possuírem formação e treino analítico. Poderá este racional ser usado por grupos de investigação apenas com conhecimento teórico da psicanálise, mas sem experiência do seu uso clínico? Finalmente, no *setting* clínico, uma hipótese interpretativa enunciada pelo analista em sessão mobiliza uma resposta associativa do paciente, na própria sessão ou em fases posteriores do processo terapêutico, que permitirá averiguar da sua maior ou menor adequação. No contexto de investigação temos um único encontro entre investigador e participante, onde não tem lugar a exploração interpretativa. Esta é realizada apenas posteriormente, no seio do grupo de investigadores. A averiguação da adequação da linha interpretativa tem, assim, de recorrer a formas de validação cruzadas. Por um lado, é realizada através da intersecção de olhares, sensibilidades, subjetividades e reflexões dos diferentes membros do grupo. Por outro, o cruzamento da compreensão da dinâmica grupal com as notas de campo reflexivas do entrevistador permite, também, observar convergências e/ou divergências que possibilitam aprofundar a compreensão do conteúdo das entrevistas. Finalmente, a este propósito, Hollway (comunicação pessoal, 24 Setembro, 2011) e Holmes (2019) observaram que diferentes grupos de discussão/investigação expostos à mesma transcrição tendem a produzir linhas interpretativas semelhantes.

Concluindo, a explicitação aqui exposta sobre o uso de uma metodologia qualitativa psicanaliticamente informada procurou sistematizar o uso da subjetividade do investigador como forma de expandir o campo da investigação qualitativa.

5. Referências

Bion, W. R. (1959). Attacks on linking. *International Journal of Psycho-Analysis, 40,* 308-315.

Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. Karnac Books.

Bion, W. R. (1970). *Attention and interpretation: A scientific approach to insight in psycho-analysis and groups*. Tavistock Publications.

Cartwright, D. (2004). The psychoanalytic research interview: Preliminary suggestions. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 52*(1), 209-242

Dreher, A. U. (2000). *Foundations for conceptual research in psychoanalysis.* Karnac Books.

Freud, S. (1953). *The interpretation of dreams*. In J. Strachey (Ed.), *The Standard Edition of the Complete Works of Sigmund Freud* (Vol. 4, 5). The Hogarth Press Ltd. and the Institute of Psycho-Analysis. (obra original publicada em 1900)

Freud, S. (1961). The future prospects of psychoanalytic therapy. In J. Strachey (Ed.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (Vol. 12) (pp. 139-

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.770-777

152). The Hogarth Press Ltd. and the Institute of Psycho-Analysis. (obra original publicada em 1910)

Freud, S. (1963). *Introductory lectures on psycho-analysis.* In J. Strachey (Ed.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (Vol. XVI). The Hogarth Press Ltd. and the Institute of Psycho-Analysis. (obra original publicada em 1916)

Frosh, S., & Young, L. S. (2008). Psychoanalytic approaches to qualitative psychology. In C. Willig & W. Stainton-Rogers (Eds.), *The SAGE handbook of qualitative research in psychology* (pp. 109–126). Sage. doi: 10.4135/9781848607927.n7

Stamenova, K., & Hinshelwood, R. D. (Eds.). (2018). *Methods of research into the unconscious: Applying psychoanalytic ideas to social science*. Routledge.

Holmes, J. (2019). *A practical psychoanalytic guide to reflexive research: The reverie research method*. Routledge.

Hollway, W. (2004). An appropriate research paradigm for evaluating psychoanalytically-informed practices. *International Journal of Infant Observation and its Applications, 7*(2/3), 26-42.

Hollway, W. (2008). The Importance of relational thinking in the practice of psycho-social research: Ontology, epistemology, methodology and ethics. In S. Clarke, H. Hahn, & P. Hoggett (Eds.), *Object relations and social relations: The implications of the relational turn in psychoanalysis* (pp. 137-162). Karnac Books.

Hollway, W. (2016). Emotional experience plus reflection: countertransference and reflexivity in research.The Psychotherapist, 62, 19-21.

Hollway, W., & Jefferson, T. (2008). The free association narrative interview method. In L. Given (Ed.), *The SAGE encyclopedia of qualitative research methods* (pp. 296-315). Sage.

Hollway, W., & Jefferson, T. (2013). *Doing qualitative research differently: Free association, narrative and the interview method* (2nd ed.). Sage. doi: 10.4135/9781526402233

Hollway, W., & Froggett, L. (2012). Researching in-between subjective experience and reality. *Forum: Qualitative Social Research*, *13(*3), Art. 13. doi: http://dx.doi.org/10.17169/fqs-13.3.1899

Kvale, S. (2003). The psychoanalytical interview as inspiration for qualitative research. In P. M. Camic, J. E. Rhodes, & L. Yardley (Eds.), *Qualitative research in psychology: Expanding perspectives in methodology and design* (pp. 275-297). American Psychological Association.

Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. PUF.

Poincaré, H. (1908). *Science et méthode*. Flammarion.

Sandler, J., Dreher, A., & Drews, S. (1991). An approach to conceptual research in psychoanalysis illustrated by a consideration of psychic trauma. *International Review of Psycho-Analysis, 18*, 133-141.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.770-777

Fatores que Facilitam e Dificultam a Atividade de Educação Permanente em Saúde

Rafael Silvério de Moraes[1], Magali Aparecida Alves de Moraes[2], Elza de Fátima Ribeiro Higa[2], Carlos Alberto Lazarini[2], Adriana Avanzi Marques Pinto[3]

[1] Discente do Mestrado Profissional Ensino em Saúde pela Faculdade de Medicina de Marília - Famema, Brasil | rafasilveriopdi@hotmail.com | http://orcid.org/0000-0002-4526-4275

[2] Docente da Famema, Brasil | dmagalimoraes@hotmail.com; hirifael@gmail.com; lazarini@famema.br | http://orcid.org/0000-0001-5888-1638; http://orcid.org/0000-0001-5772-9597; https://orcid.org/0000-0003-3010-4436

[3] Docente da Fundação Educacional do Município de Assis - Fema, Brasil | driavanzi1981@gmail.com | https://orcid.org/0000-0002-6055-6145

Resumo: Introdução: A Educação Permanente em Saúde (EPS) é um processo educativo que articula o serviço, o ensino, a saúde e a docência, colaborando para o crescimento profissional, o controle social e a gestão. **Objetivo:** Identificar os fatores que facilitam e dificultam as atividades de EPS desenvolvidas pela equipe multiprofissional nas Unidades de Saúde da Família (USF). **Metodologia:** Pesquisa qualitativa fundamentada na Hermenêutica Dialética. Participaram 50 profissionais, das equipes multiprofissionais das USF, do interior paulista no Brasil, por meio de entrevistas semiestruturadas. **Resultados:** A análise dos sentidos evidenciou duas categorias analíticas: fatores que facilitam as atividades de EPS – reuniões de equipe, trocas de informações e diferentes saberes, participação da população, colaboradores, coordenadores, da gestão e da equipe multiprofissional; fatores que dificultam as atividades de EPS - incompreensão do processo da EPS, falta de interesse de alguns colaboradores, desconsideração das necessidades dos profissionais pelos gestores e falta de participação da equipe multiprofissional na EPS. **Conclusões:** A abordagem qualitativa da pesquisa e a fundamentação teórica sustentada pela Hermenêutica-Dialética possibilitou à apresentação dos fatores que apoiam e impedem as atividades de EPS desenvolvidas pela equipe multiprofissional nas USF e que podem subsidiar as adequações necessárias.

Palavras-chave: Educação Permanente; Educação Permanente em Saúde; Equipe de Assistência ao Paciente; Estratégia Saúde da Família.

Factors that Facilitate and Difficult the Permanent Health Education Activity

Summary: Introduction: Permanent Education in Health (EPS) is an educational process that articulates service, teaching, health and teaching, collaborating for professional growth, social control and management. **Objective:** To identify the factors that facilitate and hinder the EPS activities developed by the multiprofessional team in the Family Health Units (FHU). **Methodology:** Qualitative research based on Dialectic Hermeneutics. Fifty professionals participated, from the multiprofessional teams of the FHU, from the interior of São Paulo in Brazil, through semi-structured interviews. **Results:** The analysis of the senses showed two analytical categories: factors that facilitate the activities of EPS - team meetings, exchanges of information and different knowledge, participation of the population, collaborators, coordinators, management and the multidisciplinary team; factors that hinder EPS activities - lack of understanding of the EPS process, lack of interest from some employees, disregard of the professionals' needs by managers and lack of participation by the multiprofessional team in EPS. **Conclusions:** The qualitative approach of the research and the theoretical foundation supported by Hermeneutics-Dialectics enabled the presentation of the factors that support and prevent the EPS activities developed by the multiprofessional team in the USF and that can subsidize the necessary adjustments.

Keywords: Permanent Education; Permanent Health Education; Patient Assistance Team; Family Health Strategy.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.778-786

1. Introdução

O termo Educação Permanente (EP) surgiu na França em 1955 pela primeira vez e foi oficializado no ano seguinte por meio de um documento desenvolvido pelo Ministério da Educação sobre a reforma e o prolongamento do ensino público. A Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) na década de 1980 divulgou o Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos e a Educação Permanente em Saúde (EPS) (Lemos, 2016; Organizacion Panamericana de La Salud, 1989).

Para Ausubel, a aprendizagem significativa é um processo que ocorre por meio de uma informação nova com uma condição específica de conhecimento, definida como conceito subsunçor. Nesse sentido, a aprendizagem significativa ocorre quando a informação nova se ancora em concepções ou relevantes proporções, pré-estabelecidas na organização cognitiva do indivíduo (Ausubel, 1982).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) criada em 1994 pelo Ministério da Saúde (MS), inicialmente como Programa Saúde da Família (PSF), abrange os princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) desenvolvidos na Conferência de Alma Ata, interligada nas premissas aderidas pela formulação do Sistema Único de Saúde (SUS), como estratégia de reorientar os serviços de atenção à saúde (Soratto, Pires, Dornelles, & Lorenzetti, 2015).

Nesse sentido, a ESF foi constituída como uma proposta de mudança do modelo tradicional de assistência em saúde, caracterizado como um modelo tecnicista, fragmentado, centrado na doença e hospitalocêntrico, visto que, o mesmo demonstrou ser incapaz de atender, com competência e justiça, as necessidades de saúde da população. No entanto, em respeito à realização do trabalho em saúde, ocorre uma mudança na centralidade da hegemonia de uma determinada categoria profissional para uma proposta de trabalho em equipe multiprofissional atuando com uma perspectiva interdisciplinar (Soratto, Pires, Dornelles, & Lorenzetti, 2015).

Portanto, cada Unidade de Saúde da Família (USF) é constituída por uma equipe multiprofissional com estratégia prioritária de atenção à saúde que preconiza à reorganização da Atenção Básica (AB) no Brasil, em consonância aos preceitos do SUS (Portaria n. 2.436, 2017).

Nesse sentido, considerando que a PNEPS apoia a gestão do SUS e que a USF é um cenário propício para tal, questiona-se: Quais os fatores que facilitam e dificultam as atividades de EPS desenvolvidas pela equipe multiprofissional nas USF?

2. Objetivo

Identificar os fatores que facilitam e dificultam as atividades de EPS desenvolvidas pela equipe multiprofissional nas USF.

3. Metodologia

3.1 Tipo de Pesquisa

Pesquisa de campo com abordagem qualitativa fundamentada na Hermenêutica Dialética. A pesquisa qualitativa utiliza o estudo da história, das representações, das relações, das crenças, das opiniões e das percepções, o significado dos sentidos que os indivíduos produzem em relação a como vivem, sentem, pensam e elaboram seus produtos e a si mesmos. Preocupa-se com questões da realidade que não podem ser quantificadas e no entendimento das relações sociais, de modo holístico, dinâmico e individual da experiência humana (Minayo, 2014; Gerhardt, 2009).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.778-786

No estudo de campo o pesquisador coleta os dados diretamente do ambiente, levando em consideração as condições naturais em que ocorrem os fenômenos, sendo observados de forma direta, sem manuseios e intervenções por parte do pesquisador, abrangendo desde levantamentos mais descritivos, até estudos analíticos (Severino, 2016).

Hermenêutica é uma palavra derivada do grego "*hermeneuein",* que significa expressar, interpretar e traduzir. Os textos e as expressões são os materiais que constituem suas fontes com o objetivo de alcançar a compreensão dos seus significados. Foi desenvolvida na Antiguidade, pela distinção entre significados alegóricos e literais, tendo como exemplo, a interpretação da Septuaginta por Filon de Alexandria, na leitura de Homero e da mitologia grega (Gilhus, 2016).

A Hermenêutica procura demonstrar para o mundo por meio da sua historicidade e finitude, o seu caráter interpretativo. Tendo em vista a responsabilidade central pelo conhecer, pensar para a vida prática, não permitindo ser interrogada por outras experiências, como por exemplo, a artística (Hermann, 2002).

Dialética é uma palavra derivada do grego *"dialektiké",* que era utilizada em sua origem para designar a arte de discutir, do diálogo, e seu adjetivo *"dialektikós",* designa a tudo que se refere à discussão. A sua história foi caraterizada por duas fases. De Pré-socráticos até Hegel como "Antiga", de Hegel até os dias atuais como "Moderna" (Minayo, 2014; Bettoni, 2001).

A combinação entre Hermenêutica e Dialética foi descrita primeiramente por Habermas (1978), em compreender que, por meio do pensamento é realizado a síntese dos processos críticos e compreensivos (Minayo, 2014).

A Hermenêutica compreende o sentido que é produzido pela comunicação entre os seres humanos, tendo a linguagem como seu núcleo principal. Ela trabalha com a comunicação do senso comum e da vida cotidiana, abordando alguns preceitos. Sendo eles, a) o homem como um ser finito e histórico se complementa por meio da comunicação, b) necessidade de compreender a história e o contexto do homem, pois sua linguagem é limitada com ocupação no espaço e no tempo (Minayo, 2014).

Diferentemente da Hermenêutica, a Dialética busca por meio da linguagem, dos fatos, nos símbolos, e na cultura, os núcleos que estão incompreensíveis para produzir uma crítica esclarecida sobre eles. Na articulação entre a Hermenêutica e Dialética, Habermas diz que, o mesmo entendimento que esclarece, reúne e compreende, também protesta, critica e dissocia, portanto, a Hermenêutica busca compreender os sentidos, e a dialética produz uma atitude crítica (Minayo, 2014; Minayo, & Deslandes, 2013).

3.2 Participantes, Local de Pesquisa e Instrumento de Coleta de Dados

A proposta do estudo foi de entrevistar 69 profissionais das equipes multiprofissionais das USF, sendo 36 graduados, caracterizando 100% dos profissionais de 12 USF e 33 profissionais não graduados por meio da amostragem intencional o que constituiu em 1/3 da população de (99), em um município situado no interior do Estado de São Paulo - Brasil, cidade com população estimada em 2020 de 105.087 habitantes (IBGE, 2020). De acordo com o histórico de cobertura da AB, esse município possui 13 equipes de Saúde da Família cadastradas no sistema do Departamento de Atenção Básica (DAB), sendo uma equipe em zona rural, totalizando 52,25% de cobertura populacional no período de janeiro a outubro de 2020 e cada equipe conta com um enfermeiro (E-Gestor, Informação e Gestão da Atenção Básica, 2020). Os profissionais da USF zona rural, não foram autorizados a participar da pesquisa pelo departamento responsável do município.

A pesquisa utilizou os seguintes critérios de inclusão: experiência mínima de 06 meses na ESF e os de exclusão: profissionais de licença maternidade, médica e licença prêmio.

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.778-786

O instrumento de coleta de dados foi constituído por um roteiro de entrevista semiestruturada. Nessa modalidade o roteiro semiestruturado desenvolveu diversos indicadores considerados suficientes e fundamentais, por meio de tópicos que proporcionaram a abrangência das informações desejadas. Esses tópicos devem servir apenas como lembretes, tendo em vista que, o investigador deverá memorizá-los na medida do possível, servindo como guia e orientação para o desenvolvimento da interlocução. Os tópicos precisam ser desenvolvidos de forma flexível para as conversas, permitindo adquirir novas questões e temas dados pelo interlocutor (Minayo, 2014).

As entrevistas foram agendadas com contatos prévios, por meio de ligações telefônicas, em dias e horários estabelecidos pelos profissionais. O pesquisador foi até as USF convidando a equipe multiprofissional para que tomassem ciência da pesquisa e os que concordaram foram entrevistados conforme instrumento elaborado para coleta de dados.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA) que envolve seres humanos, sob o parecer número 4.105.188 e do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 26595119.7.0000.5413. Os participantes foram orientados sobre a pesquisa e seus objetivos e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.3 Análise de Dados

Os dados obtidos foram analisados segundo o referencial teórico da Hermenêutica-Dialética. Sendo uma técnica proposta como um caminho do pensamento, que compreende o como fazer, e o como pensar a análise de dados (Cardoso, Santos, & Alouffa, 2015).

A análise de sentidos segundo referencial teórico da Hermenêutica-Dialética é realizada por meio de três fases, que se organizam em: Ordenação dos dados, Classificação dos dados e Análise final (Minayo, 2014).

A Ordenação dos dados abrange as entrevistas como documentos institucionais e populares, e o conjunto de material de análise, relacionados ao tema. Essa etapa está composta por: (I) transcrever as gravações das entrevistas; (II) realizar a releitura do material; (III) organizar os relatos em ordem, no que pressupõe um começo de classificação; (III) organizar os dados de análise em ordem, conforme a proposta analítica. Esse trabalho é compreendido como um processo da Hermenêutica, no momento em que engloba o material empírico em relação as compreensões dos entrevistados (Minayo, 2014).

A segunda etapa é realizada pela leitura transversal dos conjuntos e subconjuntos em sua totalidade. Esse processo é desenvolvido por meio dos recortes de cada documento e entrevista, em unidade de sentido, por tópicos de informações, temas, ou estruturas relevantes. Em primeira instância o critério de classificação pode ser por variáveis teóricas ou empíricas, que já foram construídas pelo pesquisador. Esse processo classificatório faz com que o pesquisador separe unidades de sentido, categorias ou temas, colocando junto as partes idênticas, buscando compreender as conexões existentes entre elas, e sendo guardadas em gavetas ou códigos (Minayo, 2014).

Portanto, quando o pesquisador finalizar seu primeiro esforço em que muitas gavetas foram realizadas, ele partirá para uma segunda atividade, em realizar a redução de suas classificações, organizando em número menor de unidades de sentido, procurando interpretar e compreender aquilo que foi destacado como mais importante e significativo pelo grupo estudado. A gavetas são reagrupadas em categorias centrais, formando uma lógica unificadora (Minayo, 2014).

As etapas de ordenação e classificação dos dados irão pleitear uma mudança profunda sobre o material empírico, que deve ser considerado como ponto de partida e chegada da interpretação e compreensão. Após a análise final, o pesquisador apresentará a exposição da comunicação dos dados da pesquisa, o produto da investigação (Minayo, 2014).

CC BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.778-786

O relatório final da pesquisa deve ser representado como uma síntese, em que o objetivo impregna e reveste o texto de forma completa, levando em consideração que a forma de realizar a síntese deve contemplar a proposta do trabalho (Minayo, 2014).

Para garantir os aspectos éticos, na apresentação dos resultados, os participantes foram assim codificados: “ACS”, em referência a “Agente Comunitários de Saúde”, seguidos de sequência numérica crescente, por exemplo, “ACS1”, até “ACS13”; “ASB”, em referência a “Auxiliar em Saúde Bucal”, seguidos de sequência numérica crescente, , “ASB1”, até “ASB6”; “AE”, em referência a “Auxiliar em Enfermagem”, seguidos de sequência numérica crescente, “AE1” até “AE9”; “DENT”, em referência a “Dentista”, seguidos de sequência numérica crescente, “DENT1” até “DENT5”; “ENF”, em referência a “Enfermeiro”, seguidos de sequência numérica crescente, “ENF1” até “ENF11”; e “MED”, em referência a “Médico”, seguidos de sequência numérica crescente, “MED1” até “MED6”.

4. Resultados e Discussão

De uma população de 69 profissionais, nove graduados e dez não graduados recusaram a participar da pesquisa. Desse modo, foram realizadas 50 entrevistas com os integrantes da equipe multiprofissional das USF.

Os dados sociodemográficos demonstraram predomínio do sexo feminino (86%), da faixa etária entre 43 e 53 anos (42%) e da atuação enquanto ACS (26%). O tempo de atuação na ESF foi o mesmo para 1 a 10 anos e 11 a 21 anos, ambos com 38%. Já a escolaridade mais prevalente foi o ensino superior (58%).

A análise dos sentidos sobre os dados obtidos evidenciou duas categorias analíticas: fatores que facilitam as atividades de EPS e fatores que dificultam as atividades de EPS.

4.1 Fatores que Facilitam as Atividades de Educação Permanente em Saúde

A presente categoria analítica desvelou os fatores que facilitam as atividades de EPS: reuniões de equipe, trocas de informações e diferentes saberes, participação da população, colaboradores, coordenadores, da gestão e da equipe multiprofissional.

> “Acredito que as reuniões de equipe é um facilitador, porque ali estamos todos reunidos e podemos trocar ideias, então, é um espaço muito importante” (ACS2).
>
> “É essa troca de informações em áreas e saberes diferentes, eu acredito que isso facilita a Educação Permanente na Estratégia. E o que deixaria muito mais fácil para desenvolver essa Educação Permanente em Saúde é a colaboração tanto da população, quanto dos próprios colaboradores, coordenadores e da gestão” (AE1).
>
> “É a própria equipe aceitar, porque se o profissional tem resistência a qualquer tipo de situação imposta, ele não vai participar e nem colaborar, e a gente não tem esse problema na nossa equipe, todo mundo gosta de participar e entende que isso é um crescimento e um conhecimento a mais, é um processo de trabalho e uma prática educativa que só serve para crescer e atender com qualidade a nossa população [...]” (ENF2).
>
> “Acho que são as capacitações que acontecem durante as nossas reuniões de equipe, que são todas as quintas-feiras, e uma vez por mês vem um profissional para nos atualizar e tirar dúvidas” (ASB5).

A EPS aproxima a educação da vida cotidiana por meio dos esforços educativos, transformando as atividades laborativas em aprendizagem, por refletir acerca dos problemas vivenciados na prática, reconhecendo o processo de trabalho, sem levar em consideração alguma categoria profissional.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.778-786

Dessa forma, articulando o ensino e a prática, direcionando o olhar para diversos contextos educativos e promovendo a formação de sujeitos autônomos. A EPS permite romper tendências que reduzem as práticas educativas em diversas técnicas. Por ela é possível transformar as instituições, por estar inserida no cotidiano de trabalho, proporcionando mudar comportamentos, conceitos e práticas (Fernandes, Cortez, Laprovita, Almeida, Ferreira, & Corvino, 2017).

Nessa perspectiva, a EPS contribui para transformar as práticas dos profissionais e das instituições de saúde, fazendo do local de trabalho um espaço crítico, reflexivo, comprometido e capacitado. Nesse sentido, contribuindo para relação entre saúde e educação, fortalecendo o processo de formação, de participação, de gestão e de atenção. Fazendo com que cada indivíduo seja agente ativo no processo de reinventar as práticas do cotidiano de trabalho (Ricardi, & Sousa, 2015).

O estudo de Pinheiro, Azambuja e Bonamigo (2018) evidenciou que os processos educativos facilitam o desenvolvimento da EPS, essencialmente pela utilização de metodologias ativas no cotidiano do trabalho. E outro fator demonstrado foi pela criação do Núcleo de Educação em Saúde pela gestão, responsável por coordenar, articular e organizar os processos pedagógicos da Secretaria Municipal de Saúde (Pinheiro, Azambuja, & Bonamigo, 2018).

Vale destacar que a EPS desenvolve ações que facilitam o processo de trabalho, sendo fundamental para transformar os modelos de atenção em saúde. Tornando-se uma ferramenta importante para qualificar o trabalho e a gestão em saúde, construindo um SUS voltado para a necessidade de transformar o processo de cuidar e governar em saúde (Pinheiro, Hypólito, & Kantorski, 2019). Nessa perspectiva, o estudo de D'Ávila et al. (2014) aponta que a adequação do espaço físico facilita o desenvolvimento das atividades de EPS (D'avila, Assis, Melo, & Brant, 2014).

O processo educativo evidenciado pela EPS é realizado por meio de uma ação política, a partir das práticas vivenciadas pelos trabalhadores envolvidos, que desenvolvem diversas transformações e construções da realidade e do cuidado (Pinheiro, Azambuja, & Bonamigo, 2018).

O estudo de Ricardi e Sousa (2015) evidenciou a formação de tutores, a adesão por parte dos profissionais, a disponibilidade de recurso, as parcerias, o setor de EPS, e o incentivo às ações como fatores que facilitam o processo de EPS (Ricardi, & Sousa, 2015).

Contudo, para desenvolver a EPS é necessário considerar os processos educativos que fazem parte das experiências contidas no cotidiano do trabalho, que trazem sentido aos profissionais, aqueles processos que considera os conhecimentos e os fazeres realizados por meio da ação produtiva (Lírio, 2016).

Sob a ótica da Hermenêutica-Dialética e relacionando as definições acima com os fatores que facilitam as atividades de EPS é evidente a necessidade de criar estratégias que favoreçam o processo educativo da EPS nas práticas do cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde.

4.2 Fatores que Dificultam as Atividades de Educação Permanente em Saúde

Pelos relatos da equipe multiprofissional foi possível identificar os fatores que dificultam as atividades de EPS - incompreensão do processo da EPS**,** falta de interesse de alguns colaboradores, desconsideração das necessidades dos profissionais pelos gestores e falta de participação da equipe multiprofissional na EPS.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.778-786

> “Muita gente não tem noção do que seria Educação Permanente em Saúde” (ACS1).
>
> “O que dificulta essa Educação Permanente em Saúde na Estratégia Saúde da Família é a falta de adesão [...], mas eu acredito que o que dificulta muito é o interesse também de alguns colaboradores em participar dessa Educação” (AE1).
>
> “É quando a gestão impõe alguns processos de trabalho e verticaliza algumas [ações coletivas] para os profissionais da saúde não levando em conta as necessidades do território da unidade” (ENF2).
>
> “O não envolvimento de todas as pessoas da equipe da Saúde Família” (MED6).

A EPS é uma ferramenta político-pedagógica que tem como objetivo as dificuldades e os problemas vivenciados no cotidiano de trabalho, proporcionando conhecimento por meio das vivências que envolve profissionais de saúde, gestores, usuários e a população (Carvalho, Alcoforado, & Santos, 2020).

Nesse sentido, os gestores precisam compreender a EPS como parte integrante do processo de gestão do trabalho em saúde e não apenas como um complemento. A EPS prioriza as práticas em saúde e acontece a partir dos problemas do cotidiano do trabalho, que buscam transformá-las em sua relação e organização. A EPS pode fornecer mudanças na gestão em saúde, por meio das reflexões e críticas construídas por técnicas comprometidas. Portanto, as mudanças que acontecem no processo de trabalho e na APS condizem com as propostas da EPS (Silva, Soder, Petry, & Oliveira, 2017).

Um estudo evidenciou que a falta de planejamento com os profissionais de saúde são dificuldades encontradas para desenvolverem as atividades de EPS. É necessário que haja continuidade do processo por meio dos indivíduos responsáveis e da gestão, demonstrando a importância e as considerações alcançadas por meio da EPS e possibilitando planejar, envolver e transformar (Weykamp, Cecagno, Vieira, & Siqueira, 2016).

Vale destacar que as transformações que acontecem no campo da saúde precisam interagir com os diversos setores, como a participação dos atores sociais e da população, a qualificação das organizações em saúde e o investimento na formação e no aprimoramento dos profissionais de saúde. Dessa forma, os envolvidos necessitam construir e compreender o processo que estão vivenciando e experimentando, para que ocorram transformações no cotidiano do trabalho em saúde (Pinheiro, Azambuja, & Bonamigo, 2018).

Para Ricardi e Sousa (2015), a falta de tempo, a de profissionais na gestão, de investimentos, de compreensão por parte dos profissionais e de estratégias, são dificuldades encontradas para os profissionais desenvolverem as atividades de EPS (Ricardi, & Sousa, 2015).

Nessa perspectiva, para os profissionais de saúde desenvolverem as atividades de EPS na saúde pública, é necessário que compreendam a realidade do cotidiano do trabalho, conhecendo as dificuldades, as barreiras e as possibilidades, podendo trabalhar de forma acolhedora e eticamente diante dos problemas que possam surgir (Signor, Silva, Gomes, Ribeiro, Kessler, Weiller, & Peserico, 2015).

Assim, na perspectiva da Hermenêutica-Dialética percebe-se por meio das falas dos participantes da pesquisa os fatores que dificultam as atividades de EPS. Dessa forma, as atividades de EPS precisam desenvolver práticas educativas que evidenciam a problematização do cenário do trabalho, em que os profissionais de saúde são protagonistas desse processo educativo que constrói e descontrói os saberes.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.778-786

5. Conclusões

A abordagem qualitativa da pesquisa e a fundamentação teórica sustentada pela Hermenêutica-Dialética possibilitou à apresentação dos fatores que apoiam e impedem as atividades de EPS desenvolvidas pela equipe multiprofissional nas USF e que podem subsidiar as adequações necessárias.

As principais facilidades encontradas na pesquisa se referem a potencialidade do trabalho em equipe multiprofissional, no qual a comunicação deve ser de mão dupla, incluindo a gestão e as capacitações devem ocorrer durante o horário de trabalho possibilitando a participação de todos.

Dentre os fatores que dificultam as atividades de EPS estão o desinteresse e a falta de participação da equipe multiprofissional e desconsideração das prioridades da equipe, pela gestão. Essas condições podem gerar a incompreensão conceitual e organizacional da EPS apresentada pelos participantes.

Recomenda-se a estruturação de estratégias que possam viabilizar o desenvolvimento da EPS nas USF do município fundamentados na Lei 8080/90, na PNEPS de 2004, e suas diretrizes de implementação da PNEPS de 2007 e da PNAB de 2017.

6. Referências

Ausubel, D. P. A. (1982). *A aprendizagem significativa:* a teoria de David Ausubel.

Bettoni, R. (2001). Dialética e Sartre: uma possibilidade de se pensar na realidade. *Revista Eletrônica Print* by FUNREI, 3, 61-70. https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistametanoia/numero3/rogeriob.pdf

Carvalho, M. L., Alcoforado, L., & Santos, E. R. S. (2020). Percepção dos gestores regionais de saúde sobre a política nacional de educação permanente em saúde no Estado do Maranhão-Brasil. *Revista Educação e Emancipação*, 13(2). http://dx.doi.org/10.18764/2358-4319.v13n2p228-249

Cardoso, M. F., Santos, A. C. B., & Alouffa, J. M. L. (2015). Sujeito, linguagem, ideologia, mundo: Técnica hermenêutica-dialética para análise de dados qualitativos de estudos críticos em administração. *Revista de Administração Faces Journal*, 14(2), 74-93. https://doi.org/10.21714/1984-6975FACES2015V14N2ART2112

D'avila, L. S., Assis, L. N., Melo, M. B., & Brant, L. C. (2014). Adesão ao Programa de Educação Permanente para médicos de família de um Estado da Região Sudeste do Brasil. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 19(2), 401-16. https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.01162013

Fernandes, F. C., Cortez, E. A., Laprovita, D., Almeida, L. P., Ferreira, A. F., & Corvino, M. P. F. (2017). Educação permanente em saúde sob a perspectiva de Agostinho de Hipona. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(3), 656-61. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0484

Gerhardt, T. E., & Silveira, D. T. (2009). *Métodos e pesquisa*. (1ªed). UFRGS.

Gilhus, I. S. (2016) Hermenêutica. *Revista de estudos da religião*, 16(2), 144-56. http://doi.org/10.21724/rever.v16i2.29431

Hermann, N. (2002). *Hermenêutica e educação*. (1ªed). DP&A.

IBGE. (2020). *Pesquisa de população estimada do munícipio de Assis – SP*. https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/assis.html

Lemos, C. L. P. (2016). Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 21(3), 913-22. http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015213.08182015

Lírio, A. P. S. (2016). O lugar do sensível na educação permanente em saúde: ausência, continuidade ou ruptura. Cadernos de Educação, Tecnologia e Sociedade, Inhumas, 9(3), 375-38. http://dx.doi.org/10.14571/cets.v9.n3.375-383

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.778-786

Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento:* pesquisa qualitativa em saúde. (14ªed). Hucitec.

Minayo, M. C. S., & Deslandes, S. F. (2013). *Caminhos do Pensamento:* epistemologia e método. (3ªed). Fiocruz.

E-Gestor, Informação e Gestão da Atenção Básica. (2020). Cobertura da Atenção Básica, 2020. https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml

Organizacion Panamericana de La Salud. (1989). Educación permanente de personal de salud en la Región de las Américas. Fascículo I: Propuesta de reorientación, fundamentos. (2ªed). Washington (D.C): Organización Panamericana de la Salud. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos, 78). https://www.paho.org/Spanish/DRH/1740.pdf

Pinheiro, G. E. W., Azambuja, M. S., & Bonamigo, A. W. (2018). Facilidades e dificuldades vivenciadas na Educação Permanente em Saúde, na Estratégia Saúde da Família. *Revista Saúde Debate*, 42(4), 187-97. https://doi.org/10.1590/0103-11042018s415

Pinheiro, M. C. C., Hypólito, A. L. M., & Kantorski, L. P. (2019). Educação permanente no processo de trabalho em saúde mental. *Journal of Nursing Health*, 9(2). https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1047262/2.pdf

Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. (2017). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

Ricardi, L. M., & Sousa, M. F. (2015). Educação permanente em alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família: encontros e desencontros em municípios brasileiros de grande porte. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 20(1), 209-18. https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.20812013

Severino, J.A. (2016). Metodologia do trabalho científico. (24ªed). Cortez.

Soratto, J., Pires, D. E. P., Dornelles, S., & Lorenzetti, J. (2015). Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*, 24(2), 584-92. https://doi.org/10.1590/0104-07072015001572014

Signor, E., Silva, L. A. A., Gomes, I. E. M., Ribeiro, R. V., Kessler, M., Weiller, T. H., & Peserico, A. (2015). Educação Permanente em Saúde: desafios para gestão em Saúde Pública. *Revista de Enfermagem UFSM*, 5(1), 01-11. https://doi.org/10.5902/2179769214766

Silva, L. A. A., Soder, R. M., Petry, L., & Oliveira, I. C. (2017). Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(1). https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.58779

Weykamp, J. M., Cecagno, D., Vieira, F. P., & Siqueira, H. C. H. (2016). Educação Permanente em Saúde na Atenção Básica: percepção dos profissionais de Enfermagem. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 6(2), 281-89. https://doi.org/10.5902/2179769216754

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.778-786

Sistematização do cuidado em saúde: Entrevista com enfermeiros da Atenção Primária à Saúde

Ana Carolina dos Santos da Silva[1], Mara Quaglio Chirelli[1], Kátia Terezinha Alves Rezende[1], Silvia Franco da Rocha Tonhom[1], Cássia Regina Fernandes Biffe Peres[1] e Danielle Abdel Massih Pio[1]

[1] Faculdade de Medicina de Marília, Brasil | anacarolinassilva4@gmail.com; marachirelli@gmail.com; katialvesrezende@gmail.com; siltonhom@gmail.com; c.r.biffe@gmail.com; danimassihpio@hotmail.com | https://orcid.org/0000-0002-2531-487X; https://orcid.org/0000-0002-7417-4439; https://orcid.org/0000-0002-9022-2680; https://orcid.org/0000-0001-7522-2861; https://orcid.org/0000-0002-8430-0400; https://orcid.org/0000-0003-0738-4601

Resumo: Introdução: A adoção da sistematização da assistencia de enfermagem é instrumento importante para a organização da prática, porém, há dificuldades em realizá-la na Atenção Primária à Saúde. **Objetivo:** analisar como os enfermeiros realizam a sistematização da assistência em enfermagem (SAE) na Estratégia Saúde da Família (ESF). **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo exploratória e descritiva, a coleta dos dados ocorreu por meio de entrevista semi-estruturada, com uma amostra intencional de 19 enfermeiros. Realizou-se a análise dos dados por meio da Análise de Conteúdo, modalidade temática. **Resultados:** há diversidade de referenciais na realização da SAE, sem definição de diretrizes por parte da gestão municipal. Com a implementação do e-SUS e do prontuário eletronico novos desafios surgiram, necessitando-se de formação dos profissionais para compreenderem a nova lógica de realização e registro do cuidado. **Conclusões**: a análise temática contribuiu para identificação dos desafios e estratégias para a implantação da SAE na APS.

Palavras-chave: Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Estratégia Saúde da Família.

Systematization of Health Care: An Interview with Nurses from Primary Health Care

Abstract: Introduction: The adoption of systematization of nursing care is an important tool for the organization of practice, however, there are difficulties in performing it in Primary Health Care (PHC). **Objective**: Analyze how nurses perform the systematization of nursing care (SNC) in the Family Health Strategy. **Methods**: This is a qualitative, exploratory and descriptive research, the data were collected through semi-structured interviews, with an intentional sample of 19 nurses. Data analysis was carried out through Content Analysis, thematic modality. **Results**: There is a diversity of references in the perform of the SNC, with no definition of guidelines by the municipal management. With the implementation of the e-SUS (a strategy to restructure Primary Care information at the national level, developed by the Brazilian national health system) and the electronic medical record, new challenges arose, requiring the training of professionals to understand the new logic of carrying out and registering the care provided. **Conclusions**: The thematic analysis contributed to the identification of the challenges and strategies for the implementation of the CNS in PHC.

Keywords: Nursing; Nursing Care; Family Health Strategy.

1. Introdução

Em decorrência do contexto da saúde pública no Brasil nas décadas de 1970 e 80, surge a necessidade da criação de um sistema único de atenção à saúde da população. É aprovado em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, o Sistema Único de Saúde (SUS), baseado em princípios da universalidade, integralidade e equidade (Freitas & Santos, 2014). Com a implementação do SUS foi criado, em 1994, o Programa Saúde da Família como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial na Atenção Primária à Saúde (APS), a fim de reestruturar as ações e instituir novas práticas de saúde (Silveira et al., 2016).

Posteriormente, tornou-se Estratégia Saúde da Família (ESF), com o papel de implementação da atenção primária em saúde e mudança do modelo de cuidado vigente no país.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.778-795

Propõe alteração do paradigma de organização e implementação do cuidado, o qual está focado nas doenças, baseado no hospital como espaço de resolução maior dos problemas de saúde, para o de promoção de saúde, prevenção de doenças e cuidado às doenças crônicas e baseado no território de abrangência das Unidades de Saúde (US) (Silveira et al., 2016).

As equipes da ESF são compostas por um enfermeiro, um médico, um auxiliar de enfermagem, cirurgião dentista, o técnico de saúde bucal e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (Paula et al., 2014). O profissional enfermeiro na APS estrutura seu processo de trabalho em cinco dimensões, sendo essas complementares e interdependentes: assistência, gerência, ensino, pesquisa e participação política. Dentre as atribuições do enfermeiro na ESF pode-se citar a realização do cuidado integral atuando na promoção e proteção da saúde, diagnóstico, tratamento, reabilitação da saúde dos indivíduos e famílias, por meio de atividades como a realização da consulta de enfermagem e solicitação de exames complementares (Freitas & Santos, 2014).

A sistematização é um método que facilita, organiza e agiliza o trabalho dos enfermeiros na ESF e se constitui em um instrumento metodológico dinâmico e inovador essencial para orientar a prática da enfermagem e está prevista pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEn), na Resolução COFEn nº 358/2009 como Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) (Resolução n. 358, 2009).

Essa resolução reforça a importância de planejar o cuidado em enfermagem e dispõe que sua implementação deve ocorrer nas dimensões do cuidado individual e coletivo e em todas as instituições de saúde, públicas ou privadas, a fim de nortear o trabalho do enfermeiro na ESF e atender os princípios do SUS (Resolução n. 358, 2009).

A SAE é viabilizada de diversas maneiras, sendo uma delas o Processo de Enfermagem (PE), o qual é composto pelo diagnóstico, intervenções e resultados de enfermagem, podendo ser registrado, dentre outras formas, a partir de um Sistema de Classificação em Enfermagem, veiculado em linguagem padronizada (Barros et al., 2020).

Uma etapa importante no PE é o registro do processo de cuidado. Na sua implementação faz-se necessária a documentação do trabalho, que está prevista na resolução Nº 429/ 2012. Esse documento dispõe sobre os registros do cuidado, sendo de responsabilidade dos profissionais realizar esse registro no prontuário do paciente, seja em meio eletrônico ou impressos do próprio serviço (Resolução n. 429, 2009). Além disso, o registro se costitui um dever ético e legal (Resolução n. 564, 2017).

Essa documentação se mostra como uma ferramenta fundamental para o cuidado integral e interprofissional, uma vez que sua existência e qualidade são essencias para a comunicação entre os profissionais.

No entanto, dificuldades foram encontradas pelos enfermeiros para executar o PE, destacando-se a falta de entendimento do método, a desvalorização do processo de pensamento clínico por parte dos profissionais no cotidiano, a grande demanda de trabalho, bem como o acúmulo de funções no serviço de saúde refletem diretamente no cuidado realizado, tendo desdobramentos do nível de segurança das práticas realizadas com o paciente e na efetividade das ações (Oliveira et al., 2020). A partir do exposto, questiona-se como os enfermeiros da ESF têm realizado a SAE e o PE.

1.1 Referencial Teórico

No processo de trabalho constituído na ESF o cuidado deverá estar alicerçado a partir de práticas fundamentadas no princípio da integralidade. Considera-se que esse ocorra quando as necessidades de saúde das pessoas, famílias e comunidade estão como objeto central do trabalho da equipe, indo além das necessidades biológicas, mas abarcando a complexidade da vida. A equipe trabalha considerando as necessidades tendo definido um território e população adstrita, buscando construir uma relação de vínculo e confiança (Santos et al., 2018).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.778-795

O trabalho interprofissional em equipe representa um dos pilares da assistência integral. A abordagem integral pode ser facilitada pela articulação de diferentes olhares dos diversos profissionais que compõem a ESF (Viegas & Penna, 2013).

2. Objetivo

Objetivou-se analisar como os enfermeiros realizam a sistematização da assistência em enfermagem (SAE) na Estratégia Saúde da Família.

3. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo exploratória e descritiva, que tem como intenção compreender os significados, as crenças, os valores, as percepções, as opiniões e a forma de pensar em sociedade (Minayo, 2014).

O cenário de pesquisa se dá em um município do centro-oeste do Estado de São Paulo, Brasil. Sua população é de aproximadamente 217 mil habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2010). A cidade é considerada referência estadual em saúde.

As unidades da ESF representam o cenário da pesquisa, levando-se em consideração que há um investimento do MS em realizar mudanças na APS e a ESF tem sido o modelo escolhido para que as atividades sejam realizadas.

Há no município 50 enfermeiros atuando nas ESF e UBS, distribuídas nas regiões norte, sul, leste e oeste. Trabalhou-se com uma amostra intencional, na qual um subgrupo participará da investigação, que será representativo do todo.

Considerando-se as características das unidades e as regiões do município, utilizou-se, portanto, como critério de inclusão dos participantes: serem enfermeiros contratadas e atuando há pelo menos um ano nas unidades ESF da SMS; estar trabalhando nas ESF no período de coleta de dados; selecionar as profissionais considerando a distribuição nas unidades de saúde das regiões de saúde (norte, sul, leste e oeste, inclusive as unidades da região rural).

Como critérios de exclusão: estar atuando a menos de um ano nas unidades da ESF e estar ausente por motivos de férias, licenças ou outros no período de coleta de dados.

Do total de 38 enfermeiros atuantes, selecionou-se 19 participantes, de acordo com a distribuição proporcional por região de saúde do município. Dentre esses, 18 estão inseridos nas equipes e um faz a substituição dos profissionais em situações de afastamento. Todos os enfermeiros são do sexo feminino, com idade entre 30 e 51 anos, com média de 38,2 anos.

Dentre os entrevistados apenas um não possui pós-graduação, os outros possuem nas áreas de saúde da família, saúde pública, saúde coletiva, educação e saúde, saúde mental, urgência e emergência, administração de serviços de saúde, enfermagem do trabalho, envelhecimento, saúde e envelhecimento, preceptoria, gestão em saúde, unidade de terapia intensiva, formação didático pedagógica.

Atuam na ESF num período entre três e 20 anos, com média de 12 anos, aproximadamente. Já o tempo de atuação na APS varia entre três e 20 anos, com média de 11,8 anos.

A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada. Utilizou-se um roteiro para auxiliar a condução da entrevista, sendo composto de perguntas abertas, relacionadas a descrição de uma situação de cuidado realizado na unidade da ESF, como organiza e sistematiza o cuidado realizado e quais os aspectos que destacaria de como realiza a sistematização.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.778-795

Os dados foram coletados no período de abril a maio de 2018, por uma única pesquisadora, tendo as entrevistas duração de 05:08 a 29:13 minutos, em média 13:11 minutos. Iniciou-se a coleta solicitando aos participantes a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, respeitando procedimentos previstos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012).

O trabalho de campo realizou-se após a aprovação do projeto no Conselho Municipal de Avaliação em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Marília e no Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), sendo aprovada pelo Parecer 2.517.766.

O tipo de análise que utilizou-se notrabalho é a análise de conteúdo, na modalidade temática, segundo Minayo (2014). A análise se constitui de três etapas. A primeira é chamada de pré-análise que se compõe abordagem do material analisado, retomando as hipóteses e os objetivos iniciais do trabalho. Ainda na pré-análise realizou-se uma leitura flutuante para tomar como posse todo material resultante da coleta, para então ter a constituição do *corpus*. Trabalhou-se a partir de alguns pontos: exaustividade, considerando que o material contemple todos os aspectos levantados no roteiro; a representatividade seria conter características essenciais do universo compreendido; homogeneidade que siga os critérios precisos de escolha quanto aos temas tratados, as técnicas empregadas e os atributos dos interlocutores e por último a pertinência que os documentos analisados sejam adequados para dar resposta aos objetivos desse presente trabalho.
A segunda etapa consistiu-se na exploração do material, que se resume basicamente ao investigador buscar encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala se organiza. A categorização consiste num processo de redução do texto às palavras e expressões significativas (Minayo, 2014).

Quadro 1. Apresentação do tema e seu respectivo núcleos de sentido, Marília, 2018.

Tema	Núcleo de sentido
A realização e sistematização do cuidado em saúde/assistência de enfermagem.	- Descrição de como os enfermeiros realizam e sistematizam o cuidado;

Fonte: dados da pesquisa

E na terceira etapa realizou-se a discussão e interpretação dos dados a partir do referencial de educação, cuidado e integralidade (Minayo, 2014).

Para que a identificação dos participantes se mantivesse preservadas, os fragmentos das falas são representados pela letra “E” e o número da entrevista. Ex: E1, E2, E3, ... E19.

4. Resultados

A seguir serão apresentados os fragmentos das falas dos entrevistados agrupados a partir dos núcleos de sentido e temas.

Quadro 2. Resultados da pesquisa considerando os temas, núcleos de sentido e falas dos entrevistados, Marília, 2018.

Tema	Núcleo de sentido	Fragmentos entrevistas
A realização e sistematização do cuidado em saúde/assistência de enfermagem.	Descrição de como os enfermeiros realizam e sistematizam o cuidado;	*“[...] então saúde da mulher e cuidado individual, acho que lá na unidade a enfermagem tem bastante autonomia, no cuidado. Na saúde da mulher a gente tem o atendimento da gestante, das mulheres em período fértil, climatério e outra coisa que a gente faz bastante e a coleta de Papanicolau, além do pré-natal de baixo risco.” (E8)*

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.778-795

Tema	Núcleo de sentido	Fragmentos entrevistas
		"[...]esse cuidado individual prestado quanto aos usuários, família, indivíduo que pertence à unidade [...] ele é organizado pelo enfermeiro, tanto de uma forma pontual, digamos assim, como no cuidado mais continuado, pensando numa situação gestante, puericultura, hipertenso e diabético [...] é um cuidado que nós temos no sentido de estar mais próximo desse indivíduo acompanhando neste ciclo com que ele se encontra [...]." (E7) *"[...] me apresento, vou e faço anamnese, eu tento fazer assim o mínimo possível completa, é muita demanda não dá para estender muito, pelo tempo. Eu procuro, [...] saber o que faz, como mora. E aí de acordo com isso que a gente vai conseguir orientar, conseguir intervir. Eu pego a identificação, passando anamnese [...]." (E4)* *"[...] a gente faz anamnese, antes de começar o exame em si, dá uma olhada no sistema, no prontuário eletrônico, coloca o paciente na maca [...]."* (E13) *"[...] a gente acolhe, o que a pessoa tenha a nos dizer, em cima disso, vemos o que é de imediato, o que não é de imediato, agenda consulta conforme a necessidade [...]."* (E3) *"A gente enquanto enfermeiro, no sentido de sistematizar essa assistência para que a gente possa dar um segmento continuado para ele e às vezes com base nessas necessidades identificadas não necessariamente vai ficar só para enfermeiro, em alguns momentos ele requer participação de outros profissionais, mas é com base nas necessidades identificadas [...]."* (E7) *"[...] eu procuro fazer todos os passos [...] na verdade eu não uso o NANDA para fazer o diagnóstico em si, mas eu uso praticamente a estrutura de NANDA e também a gente tem CIPESC [...] eu meio que faço uma mistura de tudo e mais as necessidades de saúde, quando eu vou colocar o diagnóstico de enfermagem eu faço pelas necessidades de saúde do cliente [...]."* (E1) *"[...] sistematização do cuidado na atenção básica pra mim, eu sigo necessidades de saúde. [...]nós trabalhamos com prontuário eletrônico, dentro do prontuário eletrônico nós temos, a classificação internacional da atenção primária o CIAP [...] pra sistematizar, a gente usa esse referencial, é uma coisa nova, uma coisa muito recente."* (E3)

Fonte: dados da pesquisa

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.778-795

5. Discussão

A prática do enfermeiro na ESF, no Brasil, tem proporcionado ações no âmbito do cuidado individual e coletivo, além da gestão para o cuidado. No âmbito do cuidado individual realiza consultas, procedimentos e, ao seguirem os protocolos municipais, estaduais e federais é possível fazer requisição de alguns exames, efetuar encaminhamentos, prescrever alguns medicamentos e renovação de receitas, o que proporciona uma certa autonomia do profissional enfermeiro frente ao cuidado na APS (KAHL et al., 2018).

A partir da investigação captou-se que o cuidado pode ser efetuado nos momentos do acolhimento, da consulta de enfermagem com pacientes hipertensos, diabéticos, criança, gestante, na realização da coleta do exame de Papanicolaou, do teste rápido para detectar sífilis ou HIV. Percebe-se que esse profissional pode ser referência para o usuário no serviço de APS, com construção de vínculo, tendo-se a percepção de qual é a prática realizada pelo enfermeiro nesse serviço.

Realiza-se o cuidado considerando os seguintes movimentos: primeiro olha na agenda do e-SUS para ver se a paciente chegou, pode começar pelo acolhimento que foi realizado pelo auxiliar de enfermagem ou inicia direto com o enfermeiro, verifica a necessidade de agendamento ou intervenção, podendo agendar consulta para outro momento. Descreve-se que, dependendo da situação, retomam os dados escritos no prontuário, coleta história da pessoa, seus dados principais, mas esses dados, muitas vezes, estão direcionados para a queixa.

Em algumas situações os entrevistados consideram a história da pessoa no momento, a parte social, dados de identificação, como o trabalho é realizado, uso de medicação, se está com a vacinação em dia. Porém, alguns participantes fazem a história completa. Realiza-se exame físico direcionado para a queixa, faz-se a conexão dos dados com o exame físico, levanta-se os problemas e/ou necessidades de saúde, como também se trabalha com o diagnóstico de enfermagem do paciente. Verifica-se e se discute a necessidade de conduta a ser tomada junto ao médico. Assim, realiza-se a prescrição de enfermagem, orientações gerais e das medicações, se necessário, dá a conduta no momento embasada em protocolos, mas também, pode-se dialogar com o paciente para dar a conduta.

A prática clínica desde o século XX se estrutura no olhar objetivo-materialista, em um modelo biologicista, focado no orgânico. De acordo com Fertonani et al. (2015), a implementação de um modelo de atenção à saúde em sintonia com os princípios do SUS, orientado para a integralidade e as necessidades ampliadas de saúde, é um dos grandes desafios. A sua conformação resulta de um processo histórico-social, dinâmico e multifactorial, sendo influenciado por determinantes macro e microssocial. Envolve as concepções de saúde e de direito à saúde, sendo influenciado pelo paradigma hegemônico de ciência. Convive-se com movimentos de avanços, conflitos ou conservação de um determinado modelo influenciados pelas disputas dos interesses dos diversos atores que atuam no cotidiano do trabalho em saúde.

Na investigação realizada há indícios de que há tentativas de se realizar o cuidado na perspectiva da integralidade, com contrução de vinculo, realizando a prescição de enfermagem de forma dialogada com o medico e com o usuário do serviço. Porém, também está presente uma prática voltada para o modelo biomédico, com pouca ampliação da conduta, estando voltada para a queixa da pessoa.

Realizam a sistematização do cuidado utilizando os referenciais de necessidades de saúde, CIPESC e o *North American Nursing Diagnosis Association-International* (NANDA). Citam que seguem os passos da sistematização da NANDA, enquanto raciocínio clínico no cuidado, mas nos resultados não fica claro se estabelecem os diagnósticos segundo o mesmo. Utilizam a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC) e as necessidades de saúde para construir os diagnósticos.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.778-795

No entanto, percebe-se pelos resultados da pesquisa que não há uma diretriz a ser seguida pelos profissionais para realizar a SAE e o PE no município pesquisado.

A sistematização a partir de NANDA, taxonomia norte americana muito utilizada e conhecida no serviço brasileiro, associada às etapas de sistematização, requer conhecimento clínico, realização de diagnóstico, intervenções e resultado. De acordo com Herdman et al (2017) entende-se por diagnóstico, o julgamento clínico sobre a resposta de um indivíduo, uma família ou uma comunidade com relação a problemas de saúde reais ou potenciais/ processos de vida que fornecem a base para uma terapia definitiva que busca alcançar resultados nos quais a enfermagem é necessária.

A CIPESC surge a partir de um projeto desenvolvido pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), no período de 1996 e 2000. Cavalcante et al. (2016) identificaram que os enfermeiros não tinham conhecimento sobre o vocabulário CIPESC antes da sua implantação informatizada, ficando vinculado à curiosidade dos enfermeiros.

No cenário pesquisado, as equipes e os enfermeiros da APS trabalham com o prontuário eletrônico do cidadão (PEC) desde 2016. No PEC utiliza-se a Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP) para elencar os diagnósticos (World Organization of Family Doctors, 2009).

Os enfermeiros apoiam-se no CIAP para elaborar os problemas/diagnósticos da pessoa atendida, considerando o que tem mais correlação com o que a pessoa está apresentando, mas sentem limites ao utilizarem essa classificação, por ser um instrumento novo para a sistematização e registro do cuidado para todos os profissionais da equipe.

Sendo o PEC e a CIAP instrumentos recentes de organização e registro na APS no município investigado, percebe-se que não há clareza, por parte dos enfermeiros, do manuseio do sistema, de suas bases teórico e organizacional, considerando que estão aplicando diversos referenciais na realização da SAE e PE.

Desde a década de 70, o Comitê de Classificação da World Organization of Family Doctors (WONCA) percebeu inadequação na classificação das situações de saúde dos usuários somente a partir das doenças. Visando resolver este problema, a WONCA criou a Classificação Internacional de Problemas de Saúde em Atenção Primária (CIPS). Essa classificação ocorre a partir dos motivos da consulta. Com as modificações de bases teóricas, acrescentou-se diagnósticos a partir dos problemas na perspectiva do paciente, surgindo a CIAP, estando orientada para o paciente, e não para a doença ou para o profissional de saúde (World Organization of Family Doctors, 2009).

Percebe-se que o uso e o registro do cuidado a partir do e-SUS e do PEC ainda é recente, necessitando do envolvimento dos gestores e formação dos profissionais para utilizar o sistema com clareza de seus referenciais e recursos (Gontijo et al., 2021).

6. Conclusões

Verificou-se por meio da análise temática, que os enfermeiros, na ESF, realizam o cuidado na perspectiva do modelo biomédico, mas existem tentativas de se ampliar as práticas na lógica da integralidade abordando as necessidades de saúde.

Os enfermeiros ao realizarem a SAE e o PE têm dificuldades quanto a realização da sistematização do cuidado em enfermagem, utilizando diversos referenciais como CIPESC, NANDA e necessidades de saúde. Com a adoção a implantação do e-SUS e do PEC novos desafios surgiram, de forma que há necessidade de os profissionais compreenderem os referenciais adotados e como trabalhar com a SAE e PE nesse novo Sistema de registro das informações.

Nesse sentido, percebe-se a necessidade de se constituir um plano para estabelecer estratégias e formação junto aos enfermeiros e gestão da APS, para que a sistematização do cuidado tenha diretrizes e um referencial a ser seguido, considerando a prática interprofissional e os princípios do SUS.

BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.778-795

7. Referências

Barros, A. L. B. L. de, Silva, V. M. da, Santana, R. F., Cavalcante, A. M. R. Z., Vitor, A. F., Lucena, A. de F., Napoleão, A. A., Lopes, C. T., Primo, C. C., Carmona, E. V., Duran, E. C. M., Butcher, H. K., Lopes, J. de L., Díaz, L. J. R., Cubas, M. R., Brandão, M. A. G., Lopes, M. V. de O., Nóbrega, M. M. L. da, Almeida, M. de A., Souza, P. A. de, Butcher, R. de C. G. e S., Jensen, R., Silva, R. S. da, Morais, S. C. R. V., Chianca, T. C. M. & Santos, V. B. (2020). Contribuições da rede de pesquisa em processo de enfermagem para assistência na pandemia de COVID-19. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *73*(Supl. 2), e20200798. doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0798

Cavalcante, M. D. M. A., Larocca, L. M., Chaves, M. M. N., Cubas, M. R., Piosiadlo, L. C. M., & Mazza, V. de A. (2016). Terminologia de enfermagem como instrumento do processo de trabalho do enfermeiro em saúde coletiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *50*(4), 610-616. doi.org/10.1590/S0080-623420160000500010

Fertonani, H. P., P., D. E. P. de, Biff, D. & Scherer, M. D. dos A. (2015). Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, *20*(6), 1869-1878. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, *20*(6), 1869-1878. doi.org/10.1590/141381232015206.13272014

Freitas, G. M., & Santos, N. S. (2014). Atuação do enfermeiro na atenção básica de saúde: revisão integrativa de literatura. *Revista de Enfemagem do Centro Oeste Mineiro*, *4*(2), 1194-1203. doi.org/10.19175/recom.v0i0.443

Gontijo, T. L., Lima, P. K. M., Guimarães, E. A. de A., Oliveira, V. C. de, Quites, H. F. de O., Belo, V. S. & Cavancante, R. B. (2021). Informatização da atenção primária à saúde: o gestor como agente de mudança. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *74*(2), e20180855. doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0855

Instituto Brasileira de Geografia e Estatística. (2010). População no último censo [2010]. https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/marilia/panorama

Kahl, C., Meirelles, B. H. S., Lanzoni, G. M. de M., Koerich, C., & Cunha, K. S. da (2018). Ações e interações na prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *52*, e03327. doi.org/10.1590/s1980-220x2017025503327

Herdman, T. H. & Kamitsuru, S. (2018). Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020 (11ª ed.) (Gracez, R. M., trad). Artmed. (trabalho original publicado em 2017).

Minayo, M. C. S. (2014). *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde* (14ª ed.). Hucitec.

Oliveira, M. R. de, A., P. C. de, Moreira, T. M. M., & T., R. A. M. (2019). Sistematização da assistência de enfermagem: percepção e conhecimento da enfermagem Brasileira. *Revista Brasileira de Enfermagem,* 72(6), 1547-1553. doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0606

Paula, M. d., Peres, A. M., Bernardino, E., Eduardo, E. A., Sade, P. M., & Larocca, L. M. (2014). Characteristics of the nurses' work process in the family health strategy. *Revista Mineira de Enfermagem,* 18(2), 463-470. doi.org/ 10.5935/1415-2762.20140034

Resolução Nº 358, de 11 de outubro de 2009. (2009). Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem e dá outras providências. Conselho Federal de Enfermagem. http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html

Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. (2012). Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.Diário Oficial da União, Brasília, DF.

Resolução Nº 429, de 11 de junho de 2012. (2012). Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. Conselho Federal de Enfermagem. http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4292012_9263.html

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.778-795

Resolução Nº 564, de 06 de dezembro de 2017. (2017). Aprovação do novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, conforme o anexo desta Resolução, para observância e respeito dos profissionais de Enfermagem. Conselho Federal de Enfermagem. http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html

Santos, D. de S., M., S. M., & Merhy, E. E. (2018). Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. *Ciência & Saúde Coletiva,* 23(3), 861-870. doi.org/10.1590/141381232018233.03102016

Silveira, V. da, Silva, K. C. da, & Hertel, V. L. (2016). Sistematização da assistência de enfermagem na saúde da família: percepção dos acadêmicos de enfermagem. *Revista de Enfermagem UFPE on line, 10*(11), 3892-3900. doi.org/10.5205/reuol.9881-87554-1-EDSM1011201610

Viegas, S. M da F.., & Penna, C. de M. (2013). A Construção da Integralidade no Trabalho Cotidiano da Equipe Saúde da Família. *Escola Anna Nery, 17* (1), 133-141. doi.org/10.1590/S1414-81452013000100019

World Organization of Family Doctors. (2009). Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2) (2ª ed.). Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. http://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/file/CIAP%202/CIAP%20Brasil_atualizado.pdf

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.778-795

Implantação e implementação do Apice On: Concepção dos profissionais de saúde

Maryelle Peres da Silva Santos[1], Beatriz Castro Souza Capelanes[2], Katia Terezinha Alves Rezende[3] e Mara Quaglio Chirelli[3]

[1] Discente de medicina, Faculdade de Medicina de Marília (Famema), Brasil | peresmaryelle@gmail.com | https://orcid.org/0000-0000-0000-0000

[2] Médica, Faculdade de Medicina de Marília (Famema), Brasil | beatrizcscp@gmail.com | https://orcid.org/0000-0000-0000-0000

[3] Enfermeira, Docente da Faculdade de Medicina de Marilia (Famema), Brasil | katialvesrezende@gmail.com; marachirelli@gmail.com | https://orcid.org/0000-0002-9022-2680; https://orcid.org/0000-0002-7417-4439

Resumo: Introdução: o movimento de humanização do parto e nascimento tem sido caracterizado por resistências. Nesse sentido, é criado o projeto Apice On em hospitais vinculados a instituições de ensino com o objetivo de colaborar com a transformação do modelo tecnocrático no cuidado obstétrico e neonatal e impactar na formação de futuros profissionais. **Objetivo:** analisar a compreensão dos profissionais de saúde sobre a implantação e implementação do Apice On no cotidiano de um hospital com atividade de ensino e 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:** as seguintes categorias foram reveladas: "como realiza o cuidado", "definição de cuidado humanizado", "definição de direito da mulher", "potencialidades para a prática do cuidado humanizado", "desafios para a prática do cuidado humanizado", "estratégias para a prática do cuidado humanizado", "Projeto Apice On" e "protocolos para o cuidado". Assim, elaborou-se o tema "Concepção dos profissionais de saúde sobre o Apice On", dividido em três núcleos de sentido: "Conhecimento sobre o Apice On e identificação de potencialidades"; "Entendimento sobre o Apice On sem identificação de potencialidades"; e "Desconhecimento sobre o Apice On". As diferentes concepções sobre o projeto demonstram desafios em sua implementação. Ao passo que existem avanços na prática do cuidado, como incorporação de práticas baseadas em evidências científicas, existem dificuldades, como a resistência ao novo, infraestrutura inadequada e escassez de profissionais. **Conclusão:** há falta de coesão entre os profissionais da equipe e a gestão, repercutindo no cuidado e no ensino. Sugere-se ampliar a investigação com gestores e usuárias, utilizando a Análise de Conteúdo, Modalidade Temática.

Palavras-chave: Parto Humanizado; Saúde Materno-infantil; Pesquisa Qualitativa; Hospitais; Apice On.

Deployment and Implementation of Apice On: Conception of Health Professionals

Abstract: Introduction: resistances characterized the movement of humanization of childbirth. The Apice On Project was created with the goal of changing the technocratic model in obstetric and neonatal care, focusing on hospitals linked to educational institutions, and also modifying the training of future professionals. **Goal:** analyze the comprehension of health professionals about the implantation and implementation of Apice On in the daily life of a large-scale teaching hospital in São Paulo's inland city. **Method:** qualitative approach through interviews with health professionals and Content Analysis, Thematic Mode. **Results and Discussion:** the following categories were revealed: "how care is carried out", "definition of humanized care", "definition of women's rights", "potential for the practice of humanized care", "challenges to the practice of humanized care", "strategies to the practice of humanized care", "Apice On Project" and "protocols for care". Thus, the theme "Conception of health professionals about Apice On" was elaborated divided into three cores of meaning: "Knowledge of Apice On and identification of potentialities"; " Superficial knowledge of Apice On without identification of potentialities"; and "Lack of knowledge about Apice On". There are challenges in the implementation of the Apice On project, evidenced by the different understandings about it. While there are advances in the practice of care, such as incorporations of practices based on scientific evidence, there are obstacles, such as resistance to the new, inappropriate infrastructure and shortage of professionals. **Conclusion:** there is a lack of cohesion among staff and management professionals who provide obstetric and neonatal care, reflecting on the teaching and the care itself. It is suggested to expand the investigation to management professionals and patients, utilizing the Content Analysis, Thematic Mode.

Keywords: Humanization of Childbirth; Maternal and Child Health; Qualitative Research; Hospitals; Apice On.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.796-803

1. Introdução

O modelo tecnocrático tem prevalecido no cuidado obstétrico e neonatal brasileiro, caracterizado pela institucionalização do processo de parir, incorporação acrítica de novas tecnologias, práticas intervencionistas e visão mecanicista, submetendo mulheres a normas e rotinas que se sobrepõem ao seu ritmo fisiológico (Rattner, 2018). Em 1990, tem início uma oposição a esse modelo hegemonicamente praticado no Brasil ao reivindicar pela presença do humanismo na formação ética dos profissionais, pela ciência como princípio da prática e pela inclusão dos desejos e necessidades das pacientes na tomada de decisão dos profissionais de saúde (Bourguignon e Grisotti, 2018; Lokugamage e Pathberiya, 2017).

Assim, surge o movimento pela humanização do parto que tem sido marcado, nacional e internacionalmente por avanços, resistências e retrocessos. A construção da cidadania das mulheres tem um histórico de lutas permeadas pela invisibilização política e civil, uma vez que não são reconhecidas como sujeitos de direitos (Maders e Angelin, 2010). No contexto do cuidado obstétrico e neonatal não é diferente, como assinala Diniz et al (2018) ao afirmar que os movimentos sociais foram fundamentais para a conquista de direitos sexuais e reprodutivos e para a defesa de um processo de parturição fisiológico e individualizado, pautado no respeito às preferências das pacientes juntamente com as indicações obstétricas, conforme preconiza a Organização Mundial de Saúde (2018). A Rede Brasileira pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA) foi uma das organizações da sociedade civil com papel central na estruturação desse movimento, e, com a parceria do Ministério da Saúde (MS), tornou possível a criação de numerosas iniciativas governamentais na esfera do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio de leis, portarias e pactos voltados às mudanças para qualificar a atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal e garantir direitos (Diniz et al, 2018).

Em 2000, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) surge com o objetivo de garantir o acesso ao pré-natal, leitos para o parto e melhor estrutura dos serviços. Em 2011, a Rede Cegonha (RC) é instituída para adequar a atenção ao parto, com gradativa migração para um modelo humanizado (MS, 2011). Entretanto, o modelo tecnocrático ainda persiste nos hospitais, inclusive naqueles com atividade de ensino, nos quais profissionais ali formados reproduzem as vivências e os aprendizados adquiridos de seus professores, reeditando um modelo inadequado. Tal circunstância levou o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação a elaborarem, em 2017, uma proposta de mudança na atenção vigente nesses hospitais: o Projeto de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (Projeto Apice On), visando impulsionar movimentos de mudança dos modelos tradicionais de formação, atenção e gestão, a partir da implementação e disseminação de práticas fundamentadas pela humanização dos processos de cuidado e pela evidência científica (MS, 2017; Mendes e Rattner, 2020).

Entretanto, há desafios no cumprimento de iniciativas que pretendem assegurar o direito de mulheres e seus bebês. É o que demonstram Capelanes et al. (2020), ao identificar que há falhas na implantação e implementação do projeto Apice On nos hospitais e que elas podem resultar em uma formação, atenção e gestão incapazes de produzir um impacto consistente na educação em saúde, no respeito aos direitos humanos e na defesa da medicina baseada em evidências.

Diante disso, pergunta-se: “como os profissionais de saúde compreendem a implantação e implementação do Apice On, considerando as potencialidades, os desafios e as propostas de superação encontradas durante o processo”. Como objetivo, procura-se analisar a compreensão dos profissionais de saúde sobre a implantação e implementação do Apice On no cotidiano de um hospital com atividade de ensino e de grande porte do interior do estado de São Paulo, Brasil.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.796-803

2. Metodologia

A fim de alcançar o objetivo mencionado acima, optou-se pela 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). O trabalho de campo apresentou-se como uma possibilidade de aproximação com o cuidado obstétrico e de criação de conhecimento, partindo da realidade presente em um hospital universitário de grande porte do interior do estado de São Paulo, Brasil. A instituição pesquisada está inserida, desde 2011, na RC e, recentemente, em novembro de 2017, passou a integrar a rede de hospitais que participam do Apice On.

Utilizou-se como critério de inclusão dos participantes trabalhar como profissional de saúde na equipe de referência da unidade de internação e do centro obstétrico durante, no mínimo, seis meses.

Utilizou-se roteiro na entrevista semiestruturada para coletar os dados, sendo composto por caracterização dos participantes e questões norteadoras: “Você conhece o projeto Apice On? Se sim, de que forma?”, “Você percebe diferença na prática do cuidado com a implantação e implementação do projeto Apice On? Sem sim, quais? Se não, 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 com doutorado.

No dia da entrevista, as pesquisadoras abordaram os profissionais da equipe de referência pertencentes ao serviço de saúde em questão de forma aleatória e no seu local de trabalho, porém em lugar reservado. Mediante a apresentação da pesquisa e da disponibilidade dos profissionais em participar, foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A aprovação da pesquisa ocorreu 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 anestesiologista; ATE – auxiliar e técnico de enfermagem; ENF – enfermeiro; RES – médico residente de ginecologia e obstetrícia.

A coleta de dados compreendeu o período de abril a dezembro/2019. Atingiu-se a saturação dos dados 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, de duração média de 40 minutos, foram gravados, 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 integralmente as entrevistas, 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 por oito categorias: “como realiza o cuidado”, “definição de cuidado humanizado”, “definição de direito da mulher”, “potencialidades para a prática do cuidado humanizado”, “desafios para a prática do cuidado humanizado”, “estratégias para a prática do cuidado humanizado”, “Projeto Apice On” e “protocolos para o cuidado”. A partir disso, explorou-se o material, com distribuição dos trechos das falas e realização de diálogo com as partes de um trecho de uma dada classe.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.796-803

Posteriormente, elaborou-se uma descrição dos fragmentos de depoimentos. Por meio de inferência, núcleos de sentido foram identificados e agrupados em temas. Nesse artigo, será apresentado o tema "Concepção dos profissionais de saúde sobre o Apice On", dividido em três núcleos de sentido: "Conhecimento sobre o Apice On e identificação de potencialidades"; "Entendimento sobre o Apice On sem identificação de potencialidades"; e "Desconhecimento sobre o Apice On".

3. Resultados

3.1 Caracterização dos Profissionais de Saúde

Foram entrevistados 24 profissionais de saúde: 09 médicos ginecologistas e obstetras, 06 auxiliares ou técnicos de enfermagem, 04 médicos residentes de ginecologia e obstetrícia, 03 enfermeiros e 02 médicos anestesiologistas.

3.2 Apresentação do Tema

3.2.1 Concepção dos Profissionais de Saúde sobre o Apice On

Evidencia-se **conhecimento sobre o Apice On e identificação de potencialidades**, a partir da participação no Grupo Estratégico Local (GEL), trazendo sua caracterização e relação com a RC.

> *"Tem reuniões quinzenais do GEL, que é um grupo formado por enfermeiros, médicos do serviço, a enfermeira que representa o Ministério da Saúde e a equipe da DRS da nossa diretoria regional" ENF2.*

Em relação às potencialidades, há destaque para a diminuição das cesarianas, episiotomia, prescrição de ocitocina, jejum de rotina e do parto vaginal conduzido em centro cirúrgico, que passou a ser realizado na sala de pré-parto. Assim como, o estímulo à visita da maternidade pela gestante antes do momento do parto, presença do acompanhante durante a internação, visita aberta de familiares, uso de banqueta, bola e exercícios durante o trabalho de parto. Apontou-se também a valorização do desejo das usuárias, incentivo ao aleitamento na primeira hora de vida do recém-nascido e capacitação dos profissionais para inserção do DIU pós-parto - iniciativa que compõe a estratégia de planejamento familiar do projeto.

> *"Hoje o trabalho de parto é feito com uma equipe humanizada. O marido está do lado, a gente faz o parto no próprio quarto se não tiver nenhuma intercorrência, o RN vai mamar na primeira hora de vida, não vai ser feita episio, a paciente vai se alimentar" ASS3.*

Relacionou-se o alto índice de cesáreas à formação médica que vê o processo gravídico-puerperal de forma patológica e não fisiológica. A cesárea pode ser adequadamente indicada e, ainda assim, contar com a presença do acompanhante, do contato pele a pele e do aleitamento na primeira hora após o parto.

> *"De acordo com as pesquisas, o índice de cesariana no Brasil ainda é muito alto. É um país muito cesarista e pouco se incentiva, estimula e propõe o empoderamento da mulher pro parto vaginal, desmistificando essa questão do medo da dor" ENF2.*

> *"O Apice On também chama atenção porque a hora que você faz uma reunião com todo mundo do hospital e fala 'olha, a sua taxa de cesárea está alta. Taxa de cesárea alta está relacionada com maior mortalidade materna. Nós estamos matando mais mulheres. Então, a gente precisa mudar isso' [...]. Por mais que diretamente não mude a assistência, mas faz você pensar" RES2.*

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.796-803

O Apice On, ao conceber o parto como fisiológico, possibilitou reflexões sobre a prática e impactou na formação dos acadêmicos e residentes, que, futuramente, poderão constituir-se como uma geração de profissionais que atue promovendo a integralidade do cuidado

> *"Ele [Apice On] veio dentro dessas universidades, pra tornar o parto uma coisa mais natural e não instrumentalizado. Então, se você começa a agir assim, quando você se tornar médico, você vai achar que não é mais daquele jeito, então você vai passar para as outras pessoas o jeito que você vai aprender" ASS3.*

A transformação do cuidado iniciou-se com os médicos residentes de ginecologia e obstetrícia. Os médicos assistentes formados há mais tempo e inicialmente resistentes a mudanças, refletiram sobre seu cuidado a partir do impacto no cotidiano de trabalho gerado pelo projeto.

> *"Eu acho que eles [os residentes] são mais novos e se engajaram mais nessa questão do parto vaginal, do parto humanizado. De querer fazer disso uma realidade aqui pro hospital" ASS1.*

> *"A resistência existe pelas tradições,[...]. Mas todas as pessoas tiveram a conscientização da necessidade de mudança e com a visibilização que houve a melhora, as resistências vão diminuindo" ASS3.*

No início do Apice On, enfermeiros obstétricos foram inseridos no cotidiano do serviço, mas, posteriormente, foram realocados devido à necessidade de sua presença em outros setores. No período em que atuaram na maternidade, observa-se a tendência em promover o cuidado na direção da integralidade e na realização de maior quantidade de partos vaginais. Ressalta-se a necessidade de aumentar o número de enfermeiros obstétricos e criar protocolos institucionais para regulamentar sua prática.

> *"Melhorou muito a qualidade da assistência na maternidade com o olhar da enfermeira obstétrica, pois a enfermeira já faz a dinâmica com toque, presta cuidado para o binômio, com olhar diferenciado por conta da especialização de cada uma" ENF1.*

Apesar de considerar potencialidades, sinaliza-se limitações no desenvolvimento do projeto, tais como a baixa adesão da equipe, dificuldade na implementação dos quartos PPP (pré-parto, parto e pós-parto) e dos alojamentos conjuntos devido à falta de profissionais e de infraestrutura, comprometendo a privacidade das mulheres e, por consequência, a humanização.

> *"A gente teve muita pouca adesão dos profissionais, talvez a estratégia de chamamento não foi muito boa. Acho que falta de interesse mesmo." ASS8*

> *"A proposta do Apice On era fazer um leito num quarto com a recepção do RN na mesma sala, tanto de cesárea quanto aqui, e ser individual. Hoje, pela infraestrutura não aconteceu isso ainda, mas isso pra mim é o primordial da humanização" ENF3.*

> *"Os médicos vêm de uma formação muito mais cesarista do que de parto vaginal. São dois leitos só e o trabalho de parto demora. É muito mais resolutivo você fazer uma cesárea do que aguardar um parto vaginal, não só por questões da pessoa, mas por questões do serviço, da lotação" ENF3.*

Percebe-se o **entendimento sobre o Apice On sem identificação de potencialidades.** A informação sobre a existência do projeto ocorreu por conversas informais e na ausência de um espaço institucional destinado a explicar seu significado, metas e competências a serem mobilizadas pela equipe. Revela-se entendimento apenas do nome "Apice On" e de que o projeto ainda não foi implementado, o que é justificado pela falha na gestão em não incluir as equipes envolvidas, provocando insatisfação dos profissionais.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.796-803

> *"Continua a mesma coisa, diz que vai mudar [...]. Por enquanto, ainda não vi mudanças" AET2.*
>
> *"Já falaram que gostariam de implantar o Apice On, mas não houve nenhuma reunião explicando para todos o que é [...]. Então, a gente sabe o que foi colocado, mas se você não vai pesquisar individualmente isso não é passado de cima pra baixo" ASS6.*
>
> *"Acho que houve uma falha de quem implantou aqui esse projeto, de não contar com todos os profissionais envolvidos. Quando começa assim, não vai dar certo" ANE1.*
>
> *"Como você vai colocar o Apice On pra melhorar a qualidade dos partos vaginais aqui se a maioria das equipes nem sabe o que significa o projeto e não teve nenhum treinamento pra ninguém?" RES1.*

Nota-se o **desconhecimento sobre o Apice On,** justificado pela ausência de informação e de capacitação dos profissionais pela gestão do serviço.

> *"Eu não estou sabendo de nada [sobre o Apice On]. Eu desconheço. Até então, não fomos apresentados. Eu acredito que a maioria não saiba" AET6.*

Além do desconhecimento do projeto e de transformações decorrentes dele, aponta-se retrocessos nos últimos anos. Profissionais que presenciaram, antigamente, o local destinado unicamente ao Centro Obstétrico, sem estar associado ao Centro Cirúrgico, não observam avanços recentes. A falta de privacidade é novamente destacada.

> *"Eu acho que piorou muito, principalmente porque nós tínhamos um centro obstétrico, um lugar específico pra gestante. Hoje juntou tudo no Centro Cirúrgico, ficou tudo misturado" ANE2.*
>
> *"O que a gente vê [no pré-parto] são dois leitos grudados um no outro em que o marido da outra tá vendo a outra paciente nua parir, gritar. Então, onde é que a gente está vendo algo melhor? Eu não estou" ASS2.*

4. Discussão

É possível identificar diferenças nas concepções dos profissionais de saúde em relação ao Apice On. Há Conhecimento sobre o Apice On e identificação de potencialidades; Entendimento sobre o Apice On sem identificação de potencialidades; e Desconhecimento sobre o Apice On.

A investigação evidencia que o projeto provocou mudança na prática dos médicos residentes e reflexão dos médicos assistentes, que, no início, apresentavam resistência à mudança, mas, posteriormente, foram sensibilizados a transformar seu trabalho, sob os princípios da humanização. A proposta ministerial de integrar o Apice On à Rede Cegonha, principalmente em hospitais vinculados a instituições de ensino, relaciona-se justamente com a intenção de colaborar com o aprendizado dos futuros profissionais de saúde, para que estes incorporem boas práticas obstétricas e neonatais (MS, 2017). Estratégias de implementação do Apice On enfrentam resistências, pois o cuidado humanizado ainda não foi completamente incorporado pelas equipes, resultando em uma formação, atenção e gestão deficitários em assegurar os direitos das mulheres e a medicina baseada em evidências (Capelanes et al., 2020). O que também foi identificado na presente pesquisa e justificado pela falha na comunicação entre os trabalhadores de saúde e a gestão da instituição.

Muitos hospitais vinculados a instituições de ensino ainda reproduzem práticas tecnocráticas, com altas taxas de cesárea e poucos partos vaginais conduzidos por enfermeiros obstetras (Mendes e Rattner, 2020), constatação observada nas falas de diferentes profissionais entrevistados. Entretanto, destaca-se a tentativa frequente da enfermagem e dos médicos residentes em transformar esse cenário.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.796-803

Para tanto, o fortalecimento de enfermeiros obstétricos é uma estratégia de grande impacto para reduzir a violência obstétrica, intervenções desnecessárias e cesáreas sem indicações (Gomes et al., 2020). Observa-se que o projeto Apice On pretende alcançar os mesmos objetivos, mas seu potencial transformador não foi valorizado pela instituição pesquisada, uma vez que até houve tentativa de inseri-los na condução dos partos vaginais, mas devido à deficiência de infraestrutura e de profissionais, a proposta foi descontinuada.

Percebe-se que a infraestrutura é apontada como um importante entrave para a implantação do projeto, o qual possui determinações sobre o espaço físico, como quarto PPP e alojamento conjunto. O espaço físico é importante para garantir a privacidade da mulher, item considerado como retrocesso pelos profissionais entrevistados. Mas, para além dele, a falta de profissionais, a superlotação e a sobrecarga também fundamentam as condições precárias de atenção (Lamy, et al., 2021). Mesmo com as dificuldades mencionadas, é necessário manter esforços para garantir a humanização do parto a partir da coesão das equipes e do desejo coletivo em diminuir prejuízos às pessoas que estão sendo cuidadas (Sanfelice et al., 2020). Nesse sentido, o GEL tem a responsabilidade de inserir nas instituições participantes do projeto as boas práticas absorvidas nos cursos de aprimoramento e realizar seminários regionais para construir coletivamente perspectivas do cuidado obstétrico e neonatal com a comunidade. Tais práticas não prescindem de verbas e, ainda assim, não estão sendo estimuladas.

A reprodução de práticas centralizadoras e excludentes da participação de trabalhadores e usuárias, ou seja, os principais envolvidos na atenção mas que não participam das decisões, acabam construindo um cuidado fragmentado, caracterizado pela hierarquia de poder. Essa organização do processo de trabalho pautada na transmissão de decisões, e não de seu compartilhamento, contribui para ações individualizadas e não coletivas dos trabalhadores de saúde. Logo, faz-se necessário efetivar espaços de gestão compartilhada. (Lamy, et al. 2021; Santos & Souza, 2021). O mesmo é evidenciado neste estudo, já que a implementação do projeto Apice On não foi feita de uma forma que todos os profissionais de saúde estivessem inseridos nesse processo, tampouco cientes do seu significado e objetivos.

Identifica-se que o ato médico vinculado ao parto e o ensino das práticas aos alunos são colocados à frente dos direitos das mulheres. Portanto, demonstra-se a necessidade de se investir na educação continuada, na formação de profissionais de saúde, divulgação dos direitos das mulheres e institucionalização de protocolos fundamentados na humanização do parto e nascimento (Lamy, et al. 2021).

5. Conclusão

A pesquisa qualitativa, por meio da análise temática, possibilitou revelar as concepções dos profissionais de saúde sobre o projeto Apice On e permitiu analisar a implantação e implementação de um projeto proposto pelo governo federal.

O desconhecimento dos profissionais de saúde entrevistados sobre um projeto com início em 2017 demonstra falta de coesão entre os profissionais da equipe obstétrica e neonatal com a gestão. Dessa forma, não apenas haverá discrepâncias em procedimentos e condutas, mas também na aprendizagem de profissionais em formação, um dos focos do projeto.

A apresentação e ampliação do debate junto aos profissionais é fundamental para a apropriação e adesão ao Apice On, demandando que os sujeitos participantes da gestão, atenção e ensino se organizem a partir de uma comunicação horizontal entre os segmentos envolvidos.

Deve partir da gestão a sensibilização dos profissionais sobre o projeto, ressaltando as transformações já ocorridas e estabelecendo metas para alcançar as lacunas encontradas.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.796-803

É necessário compreender também como as usuárias do serviço de saúde concebem o cuidado, quais são as expectativas em relação a ele e se possuem conhecimento sobre o projeto Apice On.

Identifica-se como limitação a abordagem somente dos profissionais de saúde, sendo necessário ampliar a investigação a partir da visão dos gestores e usuárias.

6. Referências

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. https://doi.org/10.1590/s0104-12902018170489

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1459/GM/MS. (2011, 24 de junho). Implantação da Rede Cegonha.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. (2017). Apice On: Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia.

Capelanes, B. C. S., Santos, M. P. da S., Rezende, K. T. A., & Chirelli, M. Q. (2020). Cuidado humanizado às gestantes, parturientes e puérperas: análise temática da concepção dos profissionais de saúde. *New Trends in Qualitative Research, 3*, 648–663. https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.648-663

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. https://doi.org/10.1080/09688080.2018.1502019

Gomes, L. M., Duarte B. A. R., Giuliani, C. D., Ferreira, M. C. M. & Junqueira, M. A. B. (2020). Violência obstétrica: perspectiva de puérperas atendidas em um hospital universitário no interior de Minas Gerais. *Saúde Coletiva*, *10*(59), 4236-4247

Lamy, Z. C., Gonçalves, L. L. M., Carvalho, R. H. S. B. F., Alves, M. T. S. S. B., Koser, M. E., Martins, M. S., Leal, N. P., & Thomaz, E. B. A. F. (2021). Atenção ao parto e nascimento em maternidades do Norte e Nordeste brasileiros: percepção de avaliadores da Rede Cegonha. *Ciência & Saúde Coletiva, 26*(3), 951-960. https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232021263.26572020

Lokugamage, A. U., & Pathberiya, S. D. C. (2017). Human rights in childbirth, narratives and restorative justice: a review. *Reproductive Health, 14*(17). https://doi.org/10.1186/s12978-016-0264-3

Maders, A. M. & Angelin, R. (2010) A construção da equidade nas relações de gênero e o movimento feminista no Brasil: avanços e desafios. https://doi.org/10.15600/2238-1228/cd.v10n19p91-115

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. https://doi.org/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 (1ª ed.). Rio de Janeiro: Vozes.

Rattner D. (2009) Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, *13*(Suppl. 1), 595-602. https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500011

Sanfelice, C.F.O., Tiburcio, C.A., Anastácio, J.V., & Barros, G.M. (2020). Improvement course for obstetric nurses of the Apice On Project: an experience report. *Escola Anna Nery*, *24*(2), e20190212. https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0212

Santos, S. B., & Souza, K. V. (2021). Rede Cegonha network and the methodological challenges of implementing networks in the SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, *26*(3), 775-780. https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.21462020

World Health Organization. (2018). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.796-803

Pesquisa-Ação no Desenvolvimento de um Instrumento para Consulta de Enfermagem na Saúde da Mulher

Denise Antunes de Azambuja Zocche[1], Ana Paula da Rosa[2] e Elisangela Argenta Zanatta[3]

[1] Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina/UDESC, Brasil | denise.zocche@udesc.br | https://orcid.org/0000-0003-4754-8439

[2] Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó, Santa Catarina, Brasil | ana.lopessrosa@gmail.com | https://orcid.org/0000-0002-1923-0899

[3] Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina/UDESC, Brasil | elisangela.zanatta@udesc.br | https://orcid.org/0000-0002-7426-6472

Resumo: A consulta de enfermagem na assistência à saúde da mulher, constitui-se em uma estratégia potente para a efetivação da promoção da saúde dessa população. A implantação de um instrumento para consulta de enfermagem à mulher, construído coletivamente por enfermeiros e com base em evidências científicas, torna-se uma estratégia de conduta coerente com as necessidades de saúde das mulheres. Objetivo: construir um instrumento para consulta de enfermagem à saúde da mulher, com base na Classificação Internacional para as Práticas em Enfermagem. Método: estudo qualitativo, do tipo pesquisa-ação, aplicada no âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS), em cinco etapas, adaptadas do método proposta por Thiollent: diagnóstico situacional; coleta de dados; seminários; construção do instrumento; e publicização dos resultados. Os dados foram coletados por meio de entrevistas e quatro seminários, com 10 enfermeiras, que realizavam consulta de enfermagem a mulheres na Atenção Primária à saúde. Os dados foram analisados, segundo Bardin, e discutidos à luz das recomendações científicas nacionais e internacionais para a promoção da saúde da mulher. Os diagnósticos de enfermagem, as intervenções e os resultados esperados foram elaborados com base na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. À medida que os campos do instrumento foram sendo elaborados e discutidos nos seminários, as mudanças propostas pelo grupo já eram tratadas para serem incorporadas na etapa de discussão dos seminários seguintes. Resultado: O instrumento apresenta os seguintes campos: identificação; histórico, diagnósticos e intervenções de enfermagem; e resultados esperados para os motivos mais comuns de procura das mulheres por atendimento na APS. Foram elencados 10 diagnósticos, 28 intervenções de enfermagem e 10 resultados esperados a partir da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Conclusões: o método de pesquisa-ação permitiu a interação, reflexão e a construção de um instrumento para subsidiar a consulta de enfermagem para a saúde da mulher.

Palavras-chave: Consulta de Enfermagem; Atenção Primária a Saúde; Saúde da Mulher; Pesquisa-Ação; Pesquisa Aplicada.

Research-Action in the Development of Women's Health Nursing Consultation

Abstract: Nursing consultation in women's health care is a powerful strategy for effectively promoting the health of this population. The implantation of an instrument for nursing consultation specifically for women, built collectively by nurses and based on scientific evidence, becomes a strategy consistent with the health needs of women. Objective: to build an instrument for nursing consultation on women's health, based on the International Classification for Nursing Practices. Method: qualitative, research-action type study, applied within the scope of Primary Health Care, in five stages adapted from the method proposed by Thiollent: situational diagnosis, data collection, seminars, construction of the instrument and publication of the results. collected through interviews and four seminars, with 10 nurses, who performed nursing consultation to women in Primary Health Care. The data were analyzed according to Bardin and discussed in the light of national and international scientific recommendations for the promotion of women's health. Nursing diagnoses, interventions and expected results were prepared based on the International Classification for Nursing Practice. As the fields of the instrument were being elaborated and discussed in the seminars, the changes proposed by the group were already dealt with to be incorporated in the discussion stage of the following seminars. Result: The instrument has the following fields: identification; history, diagnoses and nursing interventions and expected results for the most common reasons for women seeking care in PHC. Ten diagnoses, twenty-eight nursing interventions and ten expected results from the International Classification for Nursing Practice were listed. Conclusions. The action-research method allowed interaction, reflection and the construction of an instrument to support nursing consultation for women's health.

Keywords: Nursing Consultation; Primary Healthcare; Women's Health; Research-Action; Applied Research.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.804-810

1. Introdução

A Atenção Primária a Saúde (APS) é a principal porta de entrada do usuário no sistema de saúde, e o enfermeiro, nesse cenário, exerce atividades técnicas, administrativas e educativas inerentes à sua profissão. Assim, o estabelecimento de vínculo entre o profissional e a mulher, tem por objetivo reduzir preconceitos ou tabus contra as mulheres e ofertar promoção à saúde e prevenção de agravos (Zocche et al., 2017). Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, as atribuições do enfermeiro, incluem realização de grupos de educação em saúde, procedimentos, consulta de enfermagem, solicitação de exames complementares, prescrição de medicamentos e encaminhamentos para outros serviços. Essas atribuições devem ser realizadas desde que estejam regulamentas pelos órgãos de classe e previstas em protocolos (Brasil, 2017).

São muitos os desafios para implementar os princípios da APS, tendo em vista que o modelo assistencial preconizado prevê uma assistência centrada nas necessidades de saúde da população e, ainda, há pouca resolutividade na assistência de enfermagem na saúde da mulher, pois observa-se uma descontinuidade da terapêutica e limitação do atendimento (Pitilin & Peloso, 2017).

Em um estudo realizado sobre a interação entre enfermeiras e usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) na APS, durante a consulta de enfermagem (CE), para realizar a coleta do exame citopatológico, ficou evidente que não há sensibilização das profissionais para demandas trazidas pelas usuárias ou que as soluções apresentadas pelas enfermeiras não são tomadas pelas usuárias, como satisfatórias (Meneghal et al, 2021).

Dessa forma, os protocolos assistenciais traduzem um respaldo técnico e conferem um caráter legal ao trabalho do enfermeiro, podendo conter de forma detalhada, a realização da consulta, histórico, diagnóstico, intervenção, resultados esperados e avaliação de enfermagem (Pereira & Oliveira, 2018).

No contexto da realização da CE, o enfermeiro identifica situações do processo saúde/doença, levando em consideração meios científicos para este fim, objetivando a prescrição e implementação de enfermagem que possam contribuir para a prevenção, recuperação, reabilitação e promoção da saúde do indivíduo/família. Na realização da CE, o enfermeiro tem papel essencial na criação de vínculos e na realização de atendimentos humanizados e qualificados. Para tanto, dispõe com a ferramenta de trabalho Processo de Enfermagem (PE), instituída pela Resolução nº 358/2009, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) (Conselho Federal de Enfermagem [COFEN], 2009).

Para que a CE se desenvolva de forma sistematizada, se faz necessário o cumprimento das seguintes etapas: coleta de dados de enfermagem (ou histórico de enfermagem); diagnóstico de enfermagem; planejamento de enfermagem; e implementação e avaliação de enfermagem (COFEN, 2009).

Com vistas a subsidiar as etapas do diagnóstico de enfermagem, no PE, é importante adotar um Sistema de Linguagem Padronizado (SLP) que ordena termos ou expressões que compõem os diagnósticos, intervenções, avaliações e resultados esperados – componentes do PE. Entre eles, destaca-se a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), que é uma terminologia padronizada que representa o domínio da prática de enfermagem em âmbito mundial. É uma tecnologia de informação que proporciona a coleta, armazenamento, análise de dados de enfermagem em diversos cenários (Primo et al., 2018).

Diante do exposto e da dimensão da problemática apresentada e, ainda, considerando a necessidade da criação de um instrumento para embasar a consulta de enfermagem à saúde da mulher, o presente estudo objetivou construir um instrumento para consulta de enfermagem à saúde da mulher, com base na Classificação Internacional para as Práticas em Enfermagem.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.804-810

Esse estudo fez parte do trabalho de conclusão de curso apresentado ao Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina e integra um macroprojeto de pesquisa intitulado “Estratégias para a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no cuidado à mulher e à criança”, contemplado pelo Edital CAPES/COFEN nº 27/2016.

2. Metodologia

Trata-se de pesquisa qualitativa, método que contribui muito com estudos relacionados à atenção em saúde (Pope & Mays, 2009), na modalidade pesquisa-ação. Thiollent (2011, p. 20) define a pesquisa-ação como “[...] um tipo de pesquisa social com base empírica que é realizada [...] em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes [...] estão envolvidos de modo participativo”.

A construção e validação do instrumento compreendeu cinco etapas: diagnóstico situacional; coleta de dados; seminários; construção do instrumento; e publicização dos resultados. Na primeira etapa, realizou-se uma revisão integrativa, com vistas a identificar, na literatura, como a CE na saúde da mulher está sendo desempenhada na APS, considerando as etapas do Processo de Enfermagem.

Em seguida, iniciou-se a coleta de dados, por meio de entrevistas com 10 enfermeiras e após foram realizados quatro grupos focais (GF) com sete enfermeiras das 10 entrevistados. Todos foram convidados a participar dos GF, somente sete aceitaram, os demais alegaram não conseguirem se afastar de suas atividades para participar. As entrevistas tinham por objetivo conhecer e avaliar a forma como a consulta de enfermagem à saúde da mulher era realizada, e, assim, subsidiar e elaboração dos roteiros de condução dos grupos focais.

O GF vai além de uma técnica de coleta de dados, sendo um importante mecanismo de intervenção, uma vez que viabiliza discussões e elaboração de estratégias para resolução de problemas comuns, pautados na experiência compartilhada pelos participantes (Sehnem et al., 2015). Essa técnica permitiu investigar e eleger quais os elementos que seriam incorporados ao instrumento de CE à saúde da mulher de forma coletiva.

Desenvolveu-se quatro GF, nos meses de julho de 2018 a abril de 2019, nas dependências da Universidade do Estado de Santa Catarina, organizada em formato de semicírculo, favorecendo o contato visual e a interação entre os participantes, o mediador e o relator, com o tempo médio de duração de cada GF de 3 horas e 30 minutos. Os áudios dos GF foram gravados e, transcritos, a fim de produzir material (conteúdo) a ser avaliado e validado nos encontros subsequentes. Cada grupo foi caracterizado pela letra (G), seguida do número que explicita a ordem de realização do grupo, a saber GF1, GF2, GF3, GF4.

No desenvolvimento dos seminários, os GFs foram organizados, a partir de roteiros pré-estabelecidos, de forma a abarcar todas as etapas do PE.

Os temas trabalhados nos GFs estão apresentados no Quadro 1.

Quadro 1. Temas desenvolvidos nos grupos focais.

Grupo Focal/Temas	Temas
GF1 – “Resgatando conceitos e pensando as etapas da CE”.	Devolutiva das entrevistas.Conceitos e discussão sobre etapas da CE. Levantamento dos três principais motivos para a procura de atendimentos.
GF2 – “Validando a primeira etapa do roteiro da CE”.	Apresentação dos principais motivos de busca por atendimento à mulher, elencados pelo GF1. Construção dos diagnósticos a partir da CIPE®, para os principais motivos.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.804-810

Grupo Focal/Temas	Temas
GF3 – "Validando a segunda etapa da CE.	Elaboração do planejamento e prescrição de enfermagem. Escolhas dos diagnósticos de enfermagem, implementação e avaliação.
GF4 – "Validação do roteiro da CE".	Apresentação e validação do roteiro de CE Aplicação do Índice de Validade de Conteúdo (IVC).

O conteúdo das entrevistas e dos GFs, foi analisado conforme preceitos de Bardin, e à luz das recomendações científicas para a promoção da saúde da mulher e com base na CIPE®. (Bardin, 2016).

A exploração do material consistiu na codificação dos dados, com um recorte do material (palavras, frases, expressões), buscando elementos que se repetiam ou que possuíssem a mesma semântica. À medida que o instrumento era discutido e revisado, as mudanças propostas pelo grupo já eram analisadas e, novas questões foram sendo incorporadas nos seminários seguintes.

A última etapa foi a da publicização, que compreendeu apresentação ao Conselho Municipal de Saúde, do instrumento de CE a ser integrado ao protocolo municipal de enfermagem na saúde da mulher.

A pesquisa faz parte de um macroprojeto intitulado "Estratégias para a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no cuidado à mulher e à criança na perspectiva da Teoria Transcultural de Madeleine Leininger", o qual foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UDESC, CAAE nº 79513617.6.0000.0118, via Plataforma Brasil e aprovado pelo Parecer nº 2.630.923.

3. Discussão

A revisão integrativa de literatura, contribuiu na parte de construção dos roteiros para a realização dos seminários, sobre conceitos e etapas do PE. As entrevistas indicaram os três principais motivos de procura de atendimento pelas mulheres: sintomas urinários, corrimento vaginal e uso de métodos contraceptivos.

O motivo de procura pelo serviço, por sintomas urinários vai ao encontro do estudo de (Nerbass et.al., 2021), que indica dados sobre a prevalência de infecções do trato urinário, especialmente na população feminina, em gestantes e mulheres diabéticas.

O corrimento vaginal é uma queixa comum e prevalecendo na idade reprodutiva, e em serviços que atendem a infecções sexualmente transmissíveis, é o primeiro motivo de procura (Brasil, 2018). As políticas públicas de saúde ofertada as mulheres, no Brasil, têm investido nos últimos anos, em programas de prevenção da gravidez, e infecções sexualmente transmissíveis, por meio da oferta de métodos contraceptivos, e testes rápidos para detecção de HIV e gravidez (Leal et. al., 2018).

Frente ao exposto, os motivos de procura pelos serviços neste estudo, relato pelas enfermeira confirma o que a literatura tem revelado sobre a atenção a saúde a mulher na APS e as ações ofertadas na APS brasileira.

Todas as enfermeiras indicaram conhecer o PE e que realizam a CE. No entanto, não executavam o PE em todas as suas etapas.

As participantes desse estudo apresentam limitações e dificuldades muito parecidas com a de outros enfermeiros em outras regiões do país, como confirma o estudo de (Oliveira et. al., 2019) ao revelar que a maioria dos profissionais de enfermagem do Brasil, reconhece a SAE e o PE, como elementos importantes para o seu trabalho, porém a aplicação efetiva de ambos na prática dos cuidados clínicos de enfermagem, ainda é um problema a ser superado.

Para (Gutierres et.al., 2018) o uso de um SLP ainda é uma limitação, a ser superada pelos profissionais na busca pela qualidade do cuidado em saúde e enfermagem realizado.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.804-810

4. Resultados

4.1 Elaboração do Instrumento de CE à Saúde da Mulher na APS

No primeiro GF, realizou-se um resgate dos conceitos sobre o PE e SAE, e discutiu-se as etapas da CE. A assistência de enfermagem à saúde da mulher foi amplamente debatida pelo grupo e o instrumento, previamente elaborado pela autora, foi apresentado aos participantes. O primeiro campo do instrumento de CE é constituído pela identificação, incluindo dados adicionais aos já agregados no cadastro individual da usuária no prontuário eletrônico, elencados pelos participantes como significativos para planejar a assistência.

O segundo campo abrange a etapa do histórico, que inclui dados relevantes para avaliação clínica da mulher, obtidos entrevista e exame físico, fatores de risco, ciclo menstrual, antecedentes obstétricos, planejamento familiar e rastreamento dos cânceres de colo uterino e mama. O último campo descreve sinais e sintomas relatados pela mulher, bem como o exame físico feito pelo profissional, com descrição do exame especular e de mamas.

No segundo GF, discutiu-se sobre a experiência do uso do instrumento, as dificuldades apresentadas e a proposição das adequações para melhoria da prática da CE na APS, entre elas, a realização dos diagnósticos de enfermagem durante a consulta e a necessidade de criar estratégias para o enfrentamento dos problemas organizacionais, como a necessidade de um curso sobre SAE e CE na atenção à saúde da mulher para os participantes.

No terceiro GF, realizou-se a elaboração do planejamento e prescrição de enfermagem, a partir das escolhas dos diagnósticos de enfermagem, feita sob consulta a CIPE®., sua implementação e avaliação. A construção de todas as etapas do PE, foi adequada às normas e rotinas presentes no protocolo municipal de saúde da mulher. Foram elencados 10 diagnósticos de enfermagem, propostas 57 intervenções de enfermagem e 10 resultados esperados.

4.2 Avaliação do Instrumento

O quarto GF avaliou o conteúdo do instrumento de CE para a saúde da mulher. Para tanto, utilizou-se a avaliação de especialistas sobre o conteúdo, constituindo uma abordagem qualitativa; e após uma quantitativa, pela utilização do IVC, que mede o grau de concordância entre os juízes, consistindo na aplicação de uma escala de pontuação de 1 a 4, denominada escala *Likert*. Para calcular o IVC, deve-se revisar ou anular os itens que receberem 1 ou 2. A soma das respostas 3 e 4 dos participantes especialistas deve ser dividida pelo número total de respostas. O índice aceitável deve ser no mínimo 0,80 e maior que 0,90, preferência (Coluci et al., 2015).

Para aplicação do IVC, foi utilizado um instrumento com pontuação em escala *Likert:* 1 = inadequado; 2 = parcialmente adequado; 3 = adequado; 4 = totalmente adequado. O IVC teve resultado de 1,0, demonstrando alto nível de concordância entre os juízes. Os resultados estão descritos na Tabela 1, a seguir.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.804-810

Tabela 1. Avaliação dos juízes, pela escala de *Likert*, quanto ao instrumento para consulta de enfermagem na saúde da mulher

Itens	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	A (%)	TA (%)	IVC
Histórico de Enfermagem	4	**3**	**3**	4	4	**3**	4	42,86	57,14	1,0
Diagnósticos de enfermagem	4	4	4	4	4	4	4	-	100	1,0
Planejamento de Enfermagem	4	**3**	4	4	**3**	4	4	28,57	71,43	1,0
Implementação de Enfermagem	**3**	**3**	4	4	4	4	4	28,57	71,43	1,0
Avaliação de Enfermagem	**3**	**3**	4	4	**3**	4	4	48,86	57,14	1,0

Legenda: **P**= participante, **% Adeq** = Grau de concordância Adequado, **% TA_totalmente adequado** = Grau de concordância Totalmente adequado, **IVC**= Índice de validade de conteúdo.

O instrumento para CE na saúde da mulher, após validação, foi apresentado à Secretaria de Saúde do Município, sendo incorporado ao protocolo de enfermagem na atenção à saúde da mulher.

5. Conclusões

Os grupos focais foram resolutivos, pois oportunizaram momentos focados de estudo, de reflexão e ação sobre o fazer profissional, ou seja, a consulta de enfermagem baseada na CIPE®, com vistas a qualificar o trabalho do enfermeiro e a atender as necessidades de saúde das mulheres na atenção primária do município.

A consulta de enfermagem e a CIPE® são estratégias potenciais para a valorização da profissão e consolidação da identidade profissional.

6. Referências

Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.

Brasil. (2017). *Portaria nº 2436 de 21 de setembro de 2017.* Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017.

Brasil. (2018). *Portaria MS/SCTIE nº 42, de 5 de outubro de 2018*. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).Brasília, 2018.

Coluci, M. Z. O., Alexandre, N. M. C., & Milani, D. (2015). Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, *20*(3), 925-936. https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.04332013.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). (2009). *Resolução COFEN-358/2009.* Brasília, DF: COFEN.

Gutierres, L.S., Santos, J.L.G., Peite, C.C., Menegon, F.H.A., Sebold, L.F.&, Erdmann, A.L.(2018). Good practices for patient safety in the operating room: nurses' recommendations. *Ver. Bras. Enferm* , 71 (Suppl 6) [Internet].pp. 2775-82.

Leal, M.D.C, Szwarcwald C.L., Almeida. P.V.B., Aquino, E.M.L., Barreto, M.L.,& Barros F, Victora C.(2018). Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cien Saude Colet*; 23(6). pp. 1915-1928.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.804-810

Meneghel, S. N., Andrade, D. N. P., & Hesler, L. Z. (2021). Conversas invisíveis: assuntos falados, mas não ouvidos em consultas ginecológicas. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 26 (1), pp. 275-284.

Nerbass, F.B. et al. (2021). Female nurses have a higher prevalence of urinary tract symptoms and infection than other occupations in dialysis units. Brazilian Journal of Nephrology [online].

Pereira, J. G., Oliveira, M. A. C.(2018). Autonomia da enfermeira na Atenção Primária: das práticas colaborativas à prática avançada. *Acta paul. enferm*., São Paulo, 31(6), 627-635, dez.

Pitilin, É. B., & Pelloso, S. M. (2017). Primary care sensitive admissions in pregnant women: associated factors based on the prenatal care process. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(2), e06060015. Epub July 03.

Pope, E. C., & Mays, S. N. (2009). *Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde.* Porto Alegre: Artmed.

Oliveira, M. R. et al. (2019). Nursing care systematization: perceptions and knowledge of the Brazilian nursing. *Revista Brasileira de Enfermagem 72 (6)* [online]. pp. 1547-1553

Primo, C. C., Resende, F. Z., Garcia, T. R., Duran, E. C. M., & Brandão, M. A. G. (2018). Subconjunto terminológico da CIPE® para assistência à mulher e à criança em processo de amamentação. *Rev. Gaúcha Enferm. [Internet].* 39: e2017-0010.

Sehnem, G. D. et al. (2015). Utilização do grupo focal como técnica de coleta de dados em pesquisas: relato de experiência. *Cienc Cuid Saude*, v. 14, n. 2, p. 1194 – 1200, abr.- jun. 2015.

Thiollent, M. (2011). *Metodologia da pesquisa-Ação.* São Paulo: Cortez.

Zocche, D. A. A., Vendruscolo, C., Adamy, E. K., Ribeiro, K. P., & Oliveira, M. C. B. (2017). Percepções de enfermeiros acerca da integralidade da atenção à saúde feminina. *Rev enferm UFPE on line*., 11, 4758-4766.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.804-810

Atención por teleconsulta para el personal de salud y pacientes con artritis reumatoide, en la emergencia sanitaria por covid-19: Análisis cualitativo

Sandra Milena Hernández Zambrano[1], Ruth Alexandra Castiblanco Montañez[1], Paula Marcela Avila Guerrero[1], María Alejandra González Moreno[1], Laura Geraldine Montenegro Sacristán[1] y Pedro Santos-Moreno[2]

[1]Fundación Universitária de Ciencias de la Salud, Colombia | smhernandez3@fucsalud.edu.co;racastiblanco@fucsalud.edu.co;pmavila@fucsalud.edu.co; magonzalez5@fucsalud.edu.co;lmontenegro@fucsalud.edu.co | https://orcid.org/0000-0001-5504-3065; https://orcid.org/0000-0001-8328-9601; https://orcid.org/0000-0000-0000-0000; https://orcid.org/0000-0002-2037-9682; https://orcid.org/0000-0000-0000-0000

[2]Biomab -IPS, Colombia | pedrosantosmoreno@hotmail.com | https://orcid.org/0000-0001-7802-0317

Resumen: Introducción La artritis reumatoide (AR) es una patología altamente vulnerable al COVID-19, factor que condujo a la implementación de la atención por teleasistencia; **Objetivos**; Comprender las experiencias de los pacientes con AR y los profesionales frente a la implementación de un modelo de consulta multidisciplinaria no presencial, en la emergencia sanitaria por la COVID-19. **Métodos** Estudio cualitativo descriptivo exploratorio. Se realizaron entrevistas semiestructuradas y se analizó siguiendo la propuesta de Taylor-Bogdan; **Resultados** Se realizaron 27 entrevistas, emergieron 4 categorías: Factores presentes en la comunicación, Manejo de las TIC, Apoyo e interacción familiar y Adherencia al tratamiento; **Conclusiones**. Se identificaron condicionantes sociales, que pueden determinar la pertinencia de la teleconsulta. La implantación de la teleconsulta, debe llevar aparejada la formación de talento humano en salud, la alfabetización digital y la inversión de infraestructura tecnológica.

Palabras clave: Artritis reumatoide; Teleconsulta; COVID-19; Investigación cualitativa.

Teleconsulting care for health personnel and patients with rheumatoid arthritis, in the health emergency due to covid-19: Qualitative analysis

Abstract. Introduction Rheumatoid arthritis (RA) is a pathology highly vulnerable to COVID-19, a factor that leads to the implementation of telecare assistance; **Goals;** Understand the experiences of RA patients and professionals in the implementation of a non-face-to-face multidisciplinary consultation model in the health emergency caused by COVID-19. **Methods** Qualitative descriptive exploratory study. Semi-structured interviews were carried out and it was analyzed following the Taylor-Bogdan proposal; **Results** 27 interviews were conducted, 4 categories emerged: Factors present in communication, ICT management, Family support and interaction, and Adherence to treatment; **Conclusions**. Social conditioning factors were identified, which may determine the relevance of teleconsultation. The implementation of teleconsultation must carry out the training of human talent in health, digital literacy and investment in technological infrastructure.

Keywords: Rheumatoid arthritis; Teleconsultation; COVID-19; Qualitative research.

1. Introducción

En el contexto de la pandemia por COVID-19 la Artritis Reumatoide (AR) es una patología vulnerable por inmunosupresión o uso de corticosteroides (Shadmanfar et al., 2020). Para evitar que la AR se exacerbe o tenga un deterioro acelerado y progresivo, se implementaron programas de teleconsulta para minimizar los riesgos de contagio de la población vulnerable y para garantizar su control y seguimiento.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.811-816

Además, el contexto de emergencia sanitaria, añade en la población cargas emocionales como la ansiedad y autoaislamiento, por miedo al contagio.

En el contexto internacional, son escasos los estudios de diseños cualitativos o mixtos que evalúan el proceso de implementación de teleconsulta en AR. En general los estudios concluyen que el modelo de la telesalud como seguimiento de la AR genera un gran impacto, ya que es una solución flexible de seguimiento a distancia, además de generar una reducción de costos (Knudsen et al., 2018); de igual forma los pacientes tienen una percepción más abierta frente a la recopilación electrónica e intercambio de información para el seguimiento, manejo y control de la AR, superando de esta manera las barreras del uso de la teleconsulta (Navarro-Millán et al., 2019).

No obstante, en el contexto colombiano no se ha identificado ningún estudio cualitativo que haya evaluado la experiencia de la teleconsulta desde la perspectiva de pacientes con AR y los profesionales de la salud.

La metodología cualitativa no mide resultados, sino que describe e interpreta un fenómeno para que se conozca de manera más compleja y profunda (Cuesta Benjumea, 2005), en este sentido, aporta evidencias contextuales para explicar las condiciones de eficacia de la intervención (López y Rivero, 2013). Por tanto, este estudio tiene como objetivo comprender las experiencias de los pacientes con AR y los profesionales frente a la implementación de un modelo de consulta multidisciplinaria no presencial, a través de llamada telefónico o video llamada, en la emergencia sanitaria por COVID-19.

2. Metodología

- **Diseño de la investigación**

Estudio cualitativo descriptivo exploratorio.

- **Lugar de estudio**

El estudio se realizó en la Biomab IPS (Centro de Atención Integral en Artritis Reumatoide) localizada en Bogotá, Colombia.

- **Población de estudio**

Pacientes adultos con AR que fueron atendidos en modalidad de teleconsulta y profesionales de la salud que laboran en Biomab IPS. Criterios de inclusión: Pacientes adultos con AR, atendidos en la modalidad de teleconsulta en al menos dos ocasiones, y profesionales de la salud que han realizado al menos 25 teleconsultas, en el contexto de la emergencia sanitaria por COVID-19.

- **Recolección de datos**

Se realizaron entrevistas semiestructuradas por medio de videollamada y/o llamada telefónica por la situación mundial en salud que se vive por COVID-19. La información se recolectó en un periodo de 5 semanas comprendido entre septiembre y octubre de 2020. Se utilizó un guion temático semiestructurado. Todas las entrevistas fueron grabadas en audio, con previo consentimiento informado. Se realizaron 20 entrevistas de pacientes y 7 entrevistas de profesionales para un total de 27 entrevistas. El número de entrevistas se determinó por el criterio de saturación de los datos.

- **Análisis de datos**

Para esta investigación se tomó la propuesta analítica de Taylor-Bogdan (1990), que responde a las preguntas de qué está sucediendo y cómo, para proporcionar una imagen de lo que la gente dice. Se realizó análisis de contenido siguiendo las etapas: preparación de los datos, descubrimiento de temas, codificación y relativización de los datos (Amezcua y Gálvez, 2002). La codificación de los datos organizó en matrices analíticas para la identificación de temas y patrones, el análisis fue en progreso, siguiendo el proceso de comparación constante e incorporación progresiva de datos hasta lograr la saturación.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.811-816

Los datos de cada entrevista fueron analizados por pares y posteriormente en presencia de una tercera investigadora se realizó una triangulación global de los resultados de las 27 entrevistas, valorando criterios de confirmabilidad, credibilidad y consistencia de los datos para garantizar la validez y confiabilidad de la investigación.

- **Consideraciones éticas**

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos HSJ-FUCS (CEISH) 0235 - 2019 del Hospital de San José. Se solicitó el consentimiento informado verbal telefónico de los participantes, garantizando el anonimato y la confidencialidad de la información obtenida.

3. Resultados y Discusión

Se realizaron 27 entrevistas semiestructuradas, 20 corresponden a pacientes con AR, atendidos por teleconsulta y y 7 entrevistas corresponde a los profesionales de la salud. En relación al perfil sociodemográfico, el género más prevalente fue el feminino en pacientes con # casos(80%) y en profesionales con # casos (57,14%), con un rango de edad para pacientes de 45-65 años (58,62%) y en profesionales de 36-50 (57,14%). Respecto al perfil profesional del equipo sanitário, prevalece el médico general con 42,86%, seguido de reumatólogo con 28.57%, médico internista 14,29%, fisiatra con 14,29% y psicólogo con 14,29%.

Teniendo en cuenta la propuesta de Taylor y Bogdan (1990) (según lo descrito en la metodología) **e**mergieron 4 categorías:

- **Factores que se presentan en la comunicación y relación terapéutica que favorecen o limitan el proceso de atención**

Esta categoría recoge elementos relacionados con la comunicación y relación terapéutica que influye en el proceso de la atención en salud de los pacientes con AR. La comunicación es parte fundamental de la atención sanitaria ya que garantiza la comprensión de la información entre profesional y paciente, es el momento de clarificación de dudas, además de ser un proceso de interrelación que facilita la identificación de las necesidades de cada paciente para propender por una atención personalizada.

Habitualmente la comunicación terapéutica está mediada por lenguaje corporal y verbal, no obstante, la modalidad de teleconsulta a través de llamada telefónica, limita el contacto físico y visual, hallazgo que coincide con otros estudios que evidencian la importancia del examen físico del paciente ya que por medio de este el paciente puede demostrar el empeoramiento o mejora de los signos y síntomas (Hassen et al., 2020; Tasneem et al., 2019).

Esta circunstancia conlleva a problemas en la interpretación de la información recolectada por el médico, debido a que cada paciente se expresa diferente usando términos coloquiales, o por otra parte no son muy claros al momento de comentar los síntomas. Además, la comunicación asertiva en el proceso de teleconsulta como lo refieren los médicos, se caracteriza por dar una información puntual, y clara para los pacientes siempre buscando el equilibrio a lo largo de la consulta.

- **Manejo de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC)**

Esta categoría recoge los elementos relacionados con las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) que influyen en la atención de los pacientes con AR. El uso de estas TIC, intervienen en la atención en salud del paciente y permiten una comunicación terapéutica a distancia. Sin embargo, algunos participantes fueron enfáticos en las dificultades de esta modalidad de atención, destacando insatisfacción por el uso exclusivo del móvil, percepción de una atención incompleta e insatisfacción.

Algunos pacientes que cuentan con dispositivos inteligentes y conectividad a internet, sugieren el uso indispensable de la videollamada para la visualización del cuerpo del

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.811-816

paciente, facilitar la valoración física, y la expresión de signos y síntomas que normalmente por una llamada no podría, y así aumentar la fiabilidad de la información clínica.

Cuando se realiza una teleconsulta en Biomab IPS se hace uso de varios dispositivos y aplicaciones de las TIC, tales como las llamadas telefónicas y celulares; el uso del aplicativo de WhatsApp o el correo electrónico.

Durante la realización de este proceso, varios de los pacientes entrevistados, han manifestado diferentes dificultades al momento de adquirir o usar estas tecnologías, lo que hace que el profesional no pueda brindar una atención adecuada y continua. La pandemia por COVID-19 ha permitido identificar falencias como equipo técnico adecuado y un nivel bajo de alfabetización, impiden un mejor aprovechamiento de estas tecnologías (Bartlett et al., 2020; Krusche et al., 2017).

Respecto a las condiciones económicas, se hace referencia al costo para la adquisición de los dispositivos de las TIC, el lugar de residencia que conlleva a la ausencia de servicio de internet y a las dificultades de recepción telefónica.

Otra dificultad percibida es la ausencia de conocimiento del manejo de las TIC, debido a que la gran mayoría de los pacientes son de la tercera edad, y para ellos hay una dificultad en el manejo de estos dispositivos. Además, desde el punto de vista de los pacientes no existe seguridad y garantía en el manejo de la información personal al momento del uso de las TIC, lo que implica riesgos en la confidencialidad de la historia clínica.

Respecto a este hallazgo, un estudio realizado en Alemania refiere que esta modalidad es complementaria, y propone optar por un modelo mixto que se adapte a las necesidades de la persona, puesto que no todas las etapas de la enfermedad son igualmente adecuadas para la utilización de la teleconsulta, y en particular con los pacientes de diagnóstico reciente (Aries et al., 2020).

- **Apoyo e interacción que le ofrecen los cuidadores y/o familia a los pacientes con AR durante los diferentes procesos de atención en salud**

En esta categoría se pone de manifiesto la red de apoyo de los cuidadores o la familia a los pacientes con AR durante el proceso de atención en salud, con todos los cambios que se han presentado como consecuencia de la pandemia por la COVID-19.

El rol del cuidador es asumido generalmente por un integrante de la familia que le ofrece apoyo y acompañamiento en todo el proceso de atención en salud, como, por ejemplo, la ayuda en la solución de problemas con la documentación por la virtualidad, así como la entrega de medicamentos y los diferentes exámenes solicitados por el personal médico. La asistencia y el apoyo de la familia ejercen una fuerte influencia en las percepciones de la experiencia de la AR, sobre todo en lo que respecta al bienestar psicológico, las estrategias de afrontamiento y acompañamiento en los procesos de la atención sanitaria (Bouhouche et al., 2017).

Cuando los pacientes no cuentan con esta red de apoyo, se evidenció el compromiso de la IPS, particularmente con los pacientes en edad avanzada.

- **Adherencia al tratamiento de los pacientes con AR**

En la AR es de vital importancia la adherencia al tratamiento para mejorar la sintomatología y percepción de bienestar. El tratamiento implica todos los seguimientos terapéuticos para llevar un control holístico, buenos hábitos de vida saludable, además del uso continuo de los medicamentos para el manejo del dolor.

Dentro de la adherencia también exponen los pacientes sus creencias religiosas sobre un ser supremo (Dios y la virgen) al que le atribuyen parte de la mejoría en su estado de salud. Sin embargo, como barrera para la adherencia se desvela el impacto de la pandemia en el acceso a los medicamentos y la atención médica, factores que reconocen otros estudios sobre enfermedades crónicas que padecen los participantes (Michaud et al., 2020).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.811-816

4. Conclusiones

En el contexto de la emergencia sanitaria por COVID-19, la teleconsulta como modalidad de atención desde la perspectiva de la población con AR y los profesionales, implica cambios en la relación y comunicación terapéutica entre profesionales-pacientes.

Uno de los hallazgos importantes del estudio, fue la identificación de determinantes sociales, como la alfabetización digital, la red de apoyo social, el acceso a dispositivos móviles, el acceso a internet o la recepción telefónica que pueden determinar la pertinencia de la teleconsulta, por tanto es fundamental valorar el contexto del paciente, para orientar la modalidad de atención más adecuada.

Por tanto, según los hallazgos del estudio, la implantación de la teleconsulta en el país, debe llevar aparejada la formación de talento humano en salud, la alfabetización digital y la inversión de infraestructura tecnológica en todos los rincones del país, para no perpetuar la desigualdad estructural; de no ser así, la brecha digital se convertirá en barrera de acceso y exclusión al derecho a la salud para los más desfavorecidos.

También es importante favorecer procesos de comunicación asertiva en la relación profesional-paciente mediada por TIC.

5. Referencias

Amezcua, M., y 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), 423–36.

Aries, P., Welcker, M., Callhoff, J., Chehab, G., Krusche, M., Schneider, M., Specker, C., & Richter, J. G. (2020). Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e. V. (DGRh) zur Anwendung der Videosprechstunde in der Rheumatologie [Statement of the German Society for Rheumatology (DGRh) on the use of video consultations in rheumatology]. Zeitschrift fur Rheumatologie, 79(10), 1078–1085. https://doi.org/10.1007/s00393-020-00932-x

Bartlett, S. J., De Leon, E., Orbai, A. M., Haque, U. J., Manno, R. L., Ruffing, V., Butanis, A., Duncan, T., Jones, M. R., Leong, A., Perin, J., Smith, K. C., & Bingham, C. O. (2020). Patient-reported outcomes in RA care improve patient communication, decision-making, satisfaction and confidence: qualitative results. Rheumatology (Oxford, England), 59(7), 1662–1670. https://doi.org/10.1093/rheumatology/kez506

Bouhouche, L., Rostom, S., Idrissi, Z. M., Bahiri, R., & Hajjaj-Hassouni, N. (2017). Perceptions in Rheumatoid Arthritis: Comparative Study Between Patients and Their Close Families. Journal of clinical rheumatology : practical reports on rheumatic & musculoskeletal diseases, 23(5), 262–266. https://doi.org/10.1097/RHU.0000000000000478

Cuesta Benjumea, C. (2005). La contribución de la Evidencia Cualitativa al campo del cuidado y la salud comunitaria. Index Enferm, 14(50), 47-52.

Hassen, L. M., Almaghlouth, I. A., Hassen, I. M., Daghestani, M. H., Almohisen, A. A., Alqurtas, E. M., Alkhalaf, A., Bedaiwi, M. K., Omair, M. A., Almogairen, S. M., Alarfaj, H. F., & Alarfaj, A. S. (2020). Impact of COVID-19 outbreak on rheumatic patients' perceptions and behaviors: A cross-sectional study. International journal of rheumatic diseases, 23(11), 1541–1549. https://doi.org/10.1111/1756-185X.13959

Knudsen, L.R., de Thurah, A., & Lomborg, K. (2018). Experiences With Telehealth Followup in Patients With Rheumatoid Arthritis: A Qualitative Interview Study. Arthritis Care Res, 70(9), 1366-1372.

Krusche, M., Mühlensiepen, F., Aries, P., Welcker, M., & Knitza, J. (2020). Telemedizin in der Rheumatologie [Telemedicine in rheumatology]. Zeitschrift fur Rheumatologie, 79(9), 883–892. https://doi.org/10.1007/s00393-020-00912-1

López, S., & Rivero, S.C. (2013). Necesidad de desnudar las evidencias enfermeras desde el Realismo Crítico. Evidentia.; 10(41). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n41/ev4100.php> Consultado el 26 de Febrero de 2021.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.811-816

Michaud, K., Wipfler, K., Shaw, Y., Simon, T. A., Cornish, A., England, B. R., Ogdie, A., & Katz, P. (2020). Experiences of Patients With Rheumatic Diseases in the United States During Early Days of the COVID-19 Pandemic. ACR open rheumatology, 2(6), 335–343. https://doi.org/10.1002/acr2.11148

Navarro-Millán, I., Zinski, A., Shurbaji, S., Johnson, B., Fraenkel, L. & Willig, J. (2019). Perspectives of Rheumatoid Arthritis Patients on Electronic Communication and Patient-Reported Outcome Data Collection: A Qualitative Study. Arthritis Care Res, 71(1), 80-87

Shadmanfar, S., Jonaidi-Jafari, N., Jafari, R., Rastgar-Moqaddam, Z., & Saburi A. (2020). COVID-19 in rheumatoid arthritis cases: an Iranian referral center experience. Clin Rheumatol, 20, 1–6.

Tasneem, S., Kim, A., Bagheri, A., y Lebret, J. (2019). Telemedicine Video Visits for patients receiving palliative care: A qualitative study. The American journal of hospice & palliative care, 36(9), 789–794. https://doi.org/10.1177/1049909119846843

Taylor, S.J., y Bogdan, R. (1990). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.

.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.811-816

Necessidades e Preocupações Maternas no Período Pós-Parto: Revisão Sistemática da Literatura

Regina Rasteiro[1], Eduardo Santos[1] e Emília Coutinho[2]

[1] Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal | regina.rasteiro@gmail.com; ejsantos@gmail.com | https://orcid.org/0000-0003-0797-349X; https://orcid.org/0000-0003-0557-2377

[2] Instituto Politécnico de Viseu, Portugal | ecoutinhoessv@gmail.com | https://orcid.org/0000-0002-9506-4626

Resumo: No período pós-parto, as mães, adaptando-se ao seu novo papel, confrontam-se com necessidades e preocupações que influenciam o modo como vivenciam esta fase. **Objetivo:** identificar necessidades e preocupações maternas, no primeiro ano pós-parto, contribuindo para práticas de enfermagem sustentadas. **Métodos:** Revisão sistemática da literatura. A pesquisa, realizada na ESBCOhost, Web of Science, Scopus, PubMed, OAIster e RCAAP, entre 2016-2020, texto integral, em português/inglês/espanhol, incluiu 20 artigos cuja qualidade metodológica foi avaliada através do *Critical Apraisal Skills Programme* ou *Mixed Methods Appraisal Tool*. **Resultados:** Emergiram seis categorias de necessidades maternas, e preocupações, nomeadamente a necessidade de recuperação física e psicológica, de desenvolver habilidades e confiança para cuidar do recém-nascido, a necessidade de informação, de uma vida conjugal e sexual satisfatórias, de apoio familiar e social e dos profissionais de saúde. **Conclusões:** O/A Enfermeiro/a Especialista em saúde materna e obstétrica deve diagnosticar as preocupações maternas e construir um plano de cuidados personalizado, centrado na mulher/casal/família, para lhes dar resposta, reforçando a competência materna. Sugere-se o desenvolvimento de programas de recuperação pós-parto e a realização de visitas domiciliárias para atender às necessidades maternas.

Palavras-chave: Período Pós-Parto; Parentalidade; Papel do Profissional de Enfermagem; Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde.

Maternal Needs and Concerns in Postpartum Period: Systematic Review

Abstract: In postpartum period, mothers are confronted with needs and concerns that influence the way they experience this phase while adapting to their new role. **Objective**: to identify maternal needs and concerns, in the first postpartum year, contributing to sustained nursing practices. **Methods:** Systematic literature review. The research, carried out at ESBCOhost, Web of Science, Scopus, PubMed, OAIster and RCAAP, between 2016-2020, full text, in Portuguese/English/Spanish, included 20 articles whose methodological quality was assessed through the Critical Apraisal Skills Program or Mixed Methods Appraisal Tool. **Results:** Six categories of maternal needs emerged, namely the need for physical and psychological recovery, to develop skills and confidence to care for the newborn, the need for information, for a satisfactory conjugal and sexual life, for family and social support and health professionals' support. **Conclusions:** Midwives must diagnose maternal concerns and build a personalized care plan, centered on woman/couple/family, to respond to them, reinforcing maternal competence. It is suggested the development of postpartum recovery programs and home visits to meet maternal needs.

Keywords: Postpartum Period; Parenting; Nurse´s Role; Health Services Needs and Demands.

1. Introdução

O período pós-parto (PPP) é ímpar na vida da mulher. Esta adapta-se às mudanças que em si se vão operando, ao mesmo tempo que aprende a lidar com o filho, a acolhê-lo na sua vida, em família, e na sociedade.

Mercer (2004) desenvolveu a teoria da Consecução do Papel Maternal, operacionalizada em quatro fases, uma com foco na gravidez e três no PPP, sem limites temporais rígidos. A primeira fase do PPP caracteriza-se pela busca do conhecimento e pela necessidade de aprendizagem, relativamente ao filho, ao mesmo tempo que o seu corpo recupera do parto.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.817-827

Na segunda fase, “seguindo em direção a um novo normal”, há um reajustamento no modo como vive as suas relações (conjugal, familiar e entre amigos), ao mesmo tempo que sente um aumento de confiança para cuidar do filho. Na última, a mãe já assume uma identidade materna, sentindo-se competente nas suas atividades, em cuidar de si e do filho (Mercer, 2004).

No PPP, as exigências com o filho deixam as mães ansiosas e preocupadas, por quererem cumprir adequadamente o seu papel (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2018). Almalik (2017) refere que as suas preocupações nem sempre são completamente esclarecidas e isso, segundo Negron et al. (2013), pode levar a sentimentos de frustração e depressão.

A pertinência desta revisão sistemática da literatura (RSL) de abordagem qualitativa, realizada no âmbito da ciência de Enfermagem, prende-se com o facto permitir ao/à Enfermeiro/a Especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica (EEESMO) prever as necessidades maternas e definir estratégias que reforcem a competência materna, apoiando no processo de transição para a parentalidade, competência definida pela Ordem dos Enfermeiros (2019).

Para dar resposta à pergunta PICo: “Quais as preocupações e necessidades maternas no período pós-parto, após a alta hospitalar?”, as participantes (P) são as mães ou puérperas, o fenómeno de interesse (I) a estudar são as preocupações e necessidades maternas e o contexto (Co) é o do pós-parto, no domicílio.

O objetivo é identificar as preocupações e as necessidades maternas, após a alta hospitalar, no domicílio, no primeiro ano pós-parto.

2. Metodologia

Realizou-se uma pesquisa prévia à elaboração desta RSL, para verificar a pertinência do tema, evitando a duplicação de estudos. O seu protocolo foi submetido no PROSPERO (*International prospective register of systematic reviews*), com o registo CRD42020203838, disponível em: https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?RecordID=203838.

A revisão seguiu a metodologia proposta pela JBI (Aromataris & Munn, 2020). Os descritores utilizados foram confirmados como termos MeSH *(medical subject Heading)* no site www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh. Na ausência de confirmação foi utilizada a correspondente linguagem natural. Quando as bases de dados utilizavam outros léxicos de indexação, os descritores e linguagem natural foram adaptados.

A pesquisa realizou-se de 20 de outubro a 12 de novembro de 2020, na Pubmed, EBSCOhost, Web of Science e Scopus. Na tentativa de consultar toda a evidência existente para reduzir o viés dos resultados, pesquisou-se alguma literatura cinzenta, na OAIster e no Repositório Científico de Acesso Aberto em Portugal (RCAAP).

Usou-se a fórmula de pesquisa: #1 descritor Mesh *postpartum women* OR *mother* OR *maternal*), #2 *needs* OR *concerns*; #3 descritor Mesh *postpartum period* OR *postnatal* OR *puerperium*; #4 [#1 AND #2 AND #3] (título/resumo).

Para identificar os estudos a incluir na RSL, que contribuíssem para a prática portuguesa de enfermagem, foram definidos critérios de inclusão e de exclusão (tabela 1).

A pesquisa foi limitada aos últimos 5 anos, para obter as mais atuais vivências maternas, num período de facilidade de acesso a informação e excluíram-se os artigos desenvolvidos em países pertencente à lista das Nações Unidas dos menos desenvolvidos (*least developed countries* – LDC), em que o acesso e nível de saúde, as condições de vida e aspetos culturais diferem de Portugal, o que enviesaria os resultados.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.817-827

Tabela 1. Critérios de inclusão e de exclusão

Critérios de seleção	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Participantes	Mães de crianças saudáveis	Estudos apenas em pais (e não mães)
	Sem patologias crónicas ou depressão pós-parto; sem problemas de abuso de substâncias	Mães que sofreram morte fetal
		Mães de filhos com problemas de saúde
		Mães com problemas de abuso de substâncias
Fenómeno de Interesse	Preocupações e necessidades maternas	Não se referirem a preocupações ou necessidades maternas
Contexto	Durante o primeiro ano pós-parto	Mães ou filhos em regime de internamento
	Após a alta hospitalar, no domicílio	Apenas abordar a gravidez
		Período após o primeiro ano pós-parto
Estudos	Data de publicação: 2016-2020	Estudos anteriores a 2016
	Em inglês/português/espanhol	Texto integral não disponível
	Estudos primários	Realizados em LDC

Para avaliar a qualidade metodológica, aplicou-se o Critical Appraisal Skills Programme (CASP) em estudos qualitativos (10 perguntas) e, em estudos mistos, o Mixed Methods Appraisal Tools (MMAT) (duas perguntas iniciais, seguidas de 15).

A qualidade metodológica de cada estudo é cotada como baixa entre zero a 50% (inclusive) de respostas positivas, qualidade moderada entre 50 e 85% (inclusive) e alta em valores superiores a 85%.

A seleção dos estudos, a extração e síntese de dados (usando o instrumento *JBI-QARI data extraction tool*) foi realizada por dois investigadores. Na ausência de consenso, foi incluído um terceiro (critério de desempate).

3. Resultados

O processo de seleção dos estudos incluídos está explanado na figura 1.

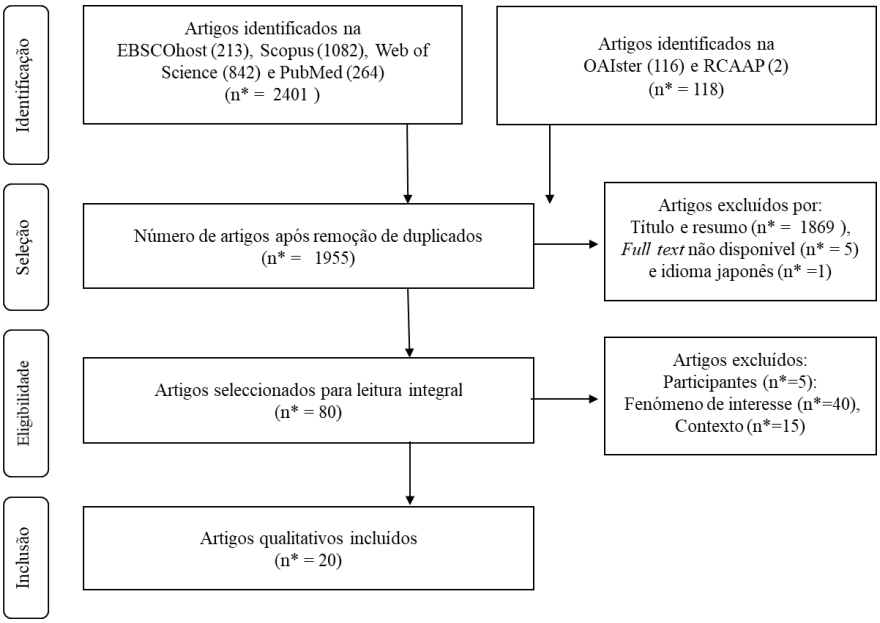


Fig. 1. Diagrama de fluxo de acordo com o PRISMA.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.817-827

Os estudos incluídos são de cariz qualitativo, à exceção do de Rouhi et al. (2019), que é misto. Na tabela 2, é realizada a análise dos mesmos.

Tabela 2: Síntese dos artigos na RSL

Autores, data e país	*Participantes **Objetivos	Principais resultados	Avaliação da qualidade metodológica
Albanese et al. (2020), Austrália	*30 puérperas **Identificar fatores promotores de bem-estar materno.	A forma como a mãe vive o PPP influencia a sua saúde e a dos filhos. É necessária uma abordagem materna individual e visitas domiciliárias (VD).	100% Alta
Farewell et al. (2020), EUA	*27 mulheres (48% nos primeiros 6 meses pós-parto, as restantes são grávidas) **Compreender o estado de saúde mental materno, durante a pandemia.	Lidar com o stress, depressão e ansiedade são desafios das puérperas, em plena pandemia. A necessidade de isolamento social agrava necessidades de suporte e de comportamentos de coping.	93,3% Alta
Faria-Schützer et al. (2020), Brasil	*16 mulheres obesas **Explorar as experiências relativas ao autocuidado e apoio recebido.	O foco das puérperas são os filhos. Os profissionais de saúde devem ter atenção por estas mulheres, por descurarem a sua saúde, nomeadamente a alimentação.	90% Alta
Marambaia et al. (2020), Brasil	*12 puérperas, submetidas a episiotomia **Analisar a vivência sexualidade.	O medo da dor ao reiniciar a atividade sexual, insatisfação com a sua imagem corporal têm um impacto negativo na vivência da sexualidade, no PPP.	100% Alta
Nan et al. (2020), China	*28 puérperas **Explorar o ponto de vista materno relativamente aos cuidados prestados pelos serviços no PPP, identificar barreira à sua utilização.	As mães sentem insatisfação com o atendimento que têm no PPP, relutância a recorrer aos profissionais de saúde e referem que os cuidados deviam combinar métodos presenciais com online.	100% Alta
Xiao, Loke et al. (2020), China	*22 mulheres nas primeiras 6 semanas pós-parto **Compreender as experiências maternas com a amamentação e as necessidades de apoio.	Um ambiente de suporte é fundamental para manter a amamentação. O apoio dos maridos, mães e sogras influencia a vivência deste período, pelo que também devem ser alvo de ensinos.	100% Alta
Xiao, Ngai et al. (2020), China	*22 puérperas no 30º e 42º dias pós-parto **Explorar as dificuldades, necessidades e as preocupações nas primeiras seis semanas pós-parto.	As preocupações relacionam-se com a recuperação materna e a necessidade de serem reconhecidas como mães competentes. Os profissionais de saúde devem considerar a família como um todo.	100% Alta
Olander et al. (2019), Inglaterra	*29 mães **Explorar experiências maternas sobre continuidade e partilha da informação entre profissionais.	As mães sentem-se ignoradas, que há pouca partilha de informação entre profissionais e prestação de informações inconsistentes. Sugerem visitas da equipa de obstetrícia e pediatria em simultâneo, evitando incongruências nas orientações.	90% Alta

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.817-827

Autores, data e país	*Participantes **Objetivos	Principais resultados	Avaliação da qualidade metodológica
Rouhi et al. (2019), Austrália	*81 mães **Identificar necessidades maternas e comportamentos de procura de ajuda associados.	Há necessidades de apoio social, familiar, de saúde e *fitness.* Os problemas pós-parto são mais amplos para as mulheres, do que para os profissionais, que só se focam no RN.	93,3% Alta
Shorey & Ng (2019), Singapura	*20 puérperas, em risco de depressão **Avaliar as experiências maternas sobre um programa de apoio de pares	As mães mostram-se satisfeitas, não se sentem tão sozinhas e têm menos sentimentos negativos. Este tipo de apoio promove o bem-estar materno no PPP, mesmo em mães mais vulneráveis.	100% Alta
Yamada et al. (2019), EUA	*Puérperas de um grupo online que colocaram 543 *posts* **Categorizar as questões maternas, num fórum online, acerca do leite materno extraído por bomba	As preocupações maternas são a quantidade de leite adequada a extrair mecanicamente e a oferecer aos filhos. É necessário apoio para promover a continuidade do aleitamento.	90% Alta
Henshaw et al. (2018), EUA	*26 mães, 6 pais ***Explorar as experiências de procura de informação, nas primeiras seis semanas.	Pais e mães sentem-se desamparados, assoberbados com a quantidade de informação disponível, necessitando de ensino credível e suporte seguro.	100% Alta
Zhang et al. (2018), China	*10 mães que amamentaram **Explorar as experiências com a amamentação (dificuldades e necessidades de apoio)	As necessidades relativas à amamentação diferem no tempo. Após 6 meses, amamentar em público gera embaraço, vontade de suspender a amamentação. Deve encorajar-se a amamentação exclusiva até aos 6 meses e a prolonga-la até aos 2 anos.	100% Alta
Carvalho et al. (2017), Portugal	*11 primíparas **Identificar as principais dificuldades de primíparas, no primeiro semestre pós-parto.	As principais dificuldades são a recuperação pós-parto, cuidar do recém-nascido (RN) e a relação conjugal. Estas influenciam negativamente a parentalidade. Os enfermeiros devem ser sensíveis às necessidades das mães e famílias.	100% Alta
Corrêa et al. (2017), Brasil	*10 mulheres **Compreender as práticas profissionais e as perceções maternas inerentes.	As mulheres sentem-se insatisfeitas com a VD por ser tardia, na ausência de médico/enfermeiro, priorizando o RN. A visita e a consulta puerperal devem ser adaptadas às necessidades maternas.	100% Alta
Masala-Chokwe & Ramukumba (2017), África do Sul	*14 primíparas (com alta precoce) **Compreender o significado atribuído à alta precoce e às necessidades sentidas.	As mães sentiram falta de apoio social, de confiança, de conhecimentos e habilidades para cuidar do RN e delas próprias. É necessário identificar tipos de suporte alternativos, para promover o ajustamento à maternidade.	100% Alta
Slomian et al. (2017), Bélgica	*22 puérperas com e sem sintomas depressivos **Explorar as necessidades sentidas pelas mães e comparar com as perceções dos pais e profissionais de saúde	Há necessidade de informação, de apoio psicológico e prático. As perceções de mães, pais e profissionais diferem. As mães sentem necessidades semelhantes. Tabus sobre dificuldades maternas impede as mães de procurar apoio quando necessitam.	100% Alta

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.817-827

Autores, data e país	*Participantes **Objetivos	Principais resultados	Avaliação da qualidade metodológica
Cantarino et al. (2016), Espanha	*50 puérperas espanholas e 20 imigrantes **Conhecer as vivências da sexualidade no PPP e distinguir diferenças entre as de espanholas e as de imigrantes.	O retomar das relações sexuais está associado a medo e dor. As mulheres espanholas retomam mais cedo que as imigrantes, procurando ajuda nas mulheres da família. As imigrantes, por questões culturais, não abordam o tema da sexualidade, associando-a a procriação e não a prazer, mas ambas necessitam de ajuda e compreensão dos profissionais de saúde.	100% Alta
Kurth et al. (2016), Suíça	*20 mães e 4 pais **Analisar as experiências dos novos pais relativamente aos cuidados prestados, após uma alta precoce.	As necessidades maternas e do RN fazem com que precisem de apoio. Há dificuldade no acesso a cuidados pós-parto (que são fragmentados) e há falta de coordenação profissional. Sugerem VD ou linhas de ajuda para atender às necessidades.	100% Alta
Pissolato et al. (2016), Brasil	*10 puérperas a amamentar **Entender a influência, na mãe, da amamentação na sexualidade do casal.	A amamentação pode interferir na intimidade do casal devido a desconfortos, constrangimentos pelo corpo e falta de tempo para o companheiro. É necessário encarar a sexualidade como uma necessidade humana e a ela está associada à preocupação pela contraceção.	100% Alta

Da análise dos artigos, foram destacadas as necessidades e preocupações maternas, que posteriormente foram categorizadas consoante a temática, tendo emergido seis categorias de necessidades gerais (tema geral), as quais integram outras preocupações e necessidades (subtemas). De seguida realizou-se uma análise temática.

3.1 Necessidade de Recuperação Física e Psicológica

Os desconfortos físicos e o ganho ponderal preocupam as mães. Desejam regressar à forma física anterior à gravidez, não sendo isso uma prioridade. Reconhecem a importância de se alimentarem adequadamente pela qualidade do leite, apesar da preocupação com o peso (Carvalho et al., 2017; Xiao, Loke et al., 2020; Xiao, Ngai et al., 2020). As necessidades maternas são secundárias face às do RN (Kurth et al., 2016).

Preocupam-se com a sua nova imagem, podendo não se reconhecer no seu corpo pós-parto (Carvalho et al., 2017). A cicatriz de episiotomia pode exacerbar esta insatisfação com a autoimagem (Marambaia et al., 2020). O cansaço, a privação de sono, a falta de tempo para si próprias contribui para diminuir a autoestima (Carvalho et al., 2017) e pode levar a sintomas depressivos (Kurth et al., 2016). O estudo de Iwata & Tamakoshi (2018) corroborando estes achados reflete a influência negativa da fadiga materna na sensação de bem-estar materno, na relação mãe-filho e na relação e comunicação com os outros.

Há necessidade de realizar atividades fora do âmbito da maternidade (Albanese et al., 2020; Slomian et al., 2017). No entanto, quando o fazem sem os filhos, sentem-se culpadas (Albanese et al., 2020).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.817-827

3.2 Necessidade de Desenvolvimento de Habilidades/Sensação de Controlo e Confiança no Cuidar do RN

Uma das principais fontes de preocupação identificadas, relacionada com o RN, é a amamentação (Carvalho et al., 2017; Hannan et al., 2016; Henshaw et al., 2018; Kurth et al., 2016; Masala-Chokwe & Ramukumba, 2017; Rouhi et al., 2019; Shorey & Ng, 2019; Xiao, Loke et al., 2020). As mães consideram-se competentes no cuidar do RN se o conseguirem amamentar (Xiao, Loke et al., 2020). Se essa experiência não for positiva, traz sentimentos de culpa (Xiao, Loke et al., 2020). A falta de apoio dos profissionais, o incentivo da família para a introdução de leite de fórmula, a presença desconfortos ao amamentar levam ao abandono da amamentação (Xiao, Loke et al., 2020).

São também fontes de preocupação: o sono e o choro do RN, como aliviar cólicas abdominais, saber a temperatura ideal do ambiente ou da água do banho, a hidratação e alterações cutâneas do RN, reconhecer sinais ou sintomas de doença, a segurança do RN (Carvalho et al., 2017; Hannan et al., 2016; Nan et al., 2020; Xiao, Ngai et al., 2020) e a introdução de novos alimentos (Carvalho et al., 2017).

Ainda que as mães saibam que algumas características dos seus filhos, positivas (temperamento tranquilo) ou negativas (choro prolongado) não resultam das suas ações, tendem a interpretar as negativas como resultado disso, podendo levar a sentimentos de culpa ou depressão (Albanese et al., 2020).

3.3 Necessidade de Informação

As mães valorizam o acesso à informação, no entanto, o modo como a procuram difere. Umas recorrem a fontes formais de conhecimento, enquanto outras preferem o conhecimento que advém da experiência de outras mães (Albanese et al., 2020), fonte de apoio emocional, em quem confiam, e se sentem compreendidas, podendo trocar experiências, certificar-se das suas habilidades, comparar a evolução da criança, e assegurarem-se de que o que estão a experienciar é normal e comum (Nan et al., 2020; Slomian et al., 2017). Quando o tema é sexualidade, as mães podem sentir-se mais confortáveis com irmãs ou primas, elementos femininos da família, que as compreendam mantendo a confidencialidade (Cantarino et al., 2016).

As mães nem sempre recorrem primeiramente aos profissionais de saúde, por desvalorizarem os seus próprios problemas, por se sentirem incompreendidas, ou para evitar mostrar vulnerabilidade (Nan et al., 2020). O estigma e o medo de julgamentos inibem-nas de procurar ajuda, na área da saúde mental (Henshaw et al., 2018).

Preocupam-nas as diferentes recomendações prestadas pelos profissionais de saúde de obstetrícia e pediatria (Farewell et al., 2020; Kurth et al., 2016; Olander et al., 2019), principalmente sobre determinados assuntos menos frequentes do dia-a-dia, colocando em causa a confiança nos profissionais.

Recorrem à internet, não enquanto fonte de informação fidedigna, pois é cómodo e rápido (Albanese et al., 2020; Kurth et al., 2016; Nan et al., 2020; Rouhi et al., 2019; Shorey & Ng, 2019; Slomian et al., 2017).

Para se sentirem apoiadas sugerem o desenvolvimento de tecnologia e o recurso à teleconferência e programas de intervenção por pares que parecem ser uma mais-valia (Shorey & Ng, 2019). Também sugerem o desenvolvimento de programas de cuidados pós-parto e o desenvolvimento de linhas telefónicas ou plataformas online de apoio, moderada por profissionais de saúde (Kurth et al., 2016; Xiao, Ngai et al., 2020).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.817-827

3.4 Necessidade de Vida Conjugal e Sexual Satisfatórias

Existem inúmeras preocupações que interferem na vida sexual, no PPP, nomeadamente a falta de tempo, a redução da líbido, a diminuição da lubrificação, a falta de interesse no parceiro e as mudanças físicas do corpo materno. Amamentar pode interferir na intimidade do casal, pela sensibilidade aumentada nos mamilos, pela presença do RN no quarto do casal e por poder ocorrer libertação de leite durante a relação sexual. Há uma diferenciação entre as mamas da mãe (fonte de alimento) das mamas de mulher (fonte de prazer) (Pissolato et al., 2016).

Nesta fase, existe medo de voltar a engravidar pelo que reiniciam a vida sexual e a contraceção simultaneamente (Pissolato et al., 2016). Outros autores como Caetano et al., (2018) referem que ocorre uma diminuição das relações sexuais e surgem preocupações relativamente ao planeamento familiar.

As mães referem fatores como a dor, o desconforto, o medo, a insatisfação com o seu corpo e a diminuição de desejo sexual como motivos para atrasarem o reinício da atividade sexual ou diminuírem a sua frequência (Cantarino et al., 2016; Carvalho et al., 2017; Marambaia et al., 2020).Estas têm de aprender a lidar com a sua nova imagem corporal, que as insatisfaz, ao mesmo tempo que desejam a sua aceitação, pelo companheiro (Cantarino et al., 2016), facto corroborado por outros autores como Caetano et al. (2018) Por outro lado, sentem ter menos tempo para o marido e para a relação (Pissolato et al., 2016).

Também sentem que não há uma verdadeira assunção da responsabilidade pelos companheiros, nem em cuidar do RN (Xiao, Ngai et al., 2020), nem na partilha de tarefas domésticas (Carvalho et al., 2017). Outros autores referem que esse facto e a iniquidade dos papéis sociais (que imputa maioritariamente à mãe a responsabilidade de cuidar do RN) levam a uma diminuição da satisfação com a relação conjugal (Graça et al., 2011; Lévesque et al., 2020).

A própria mãe aceita que é ela quem tem mais tempo para cuidar do filho (ao contrário do pai, que trabalha), no entanto, manifesta o desejo de poder compartilhar, mais equitativamente, os deveres com o parceiro (Carvalho et al., 2017; Xiao, Ngai et al., 2020). Este facto é corroborado por Graça et al. (2011) e Lévesque et al (2020). Os últimos reforçam que esta imposição de ser a mãe a cuidar do RN se mantém quando esta regressa ao trabalho, ficando em igualdade de circunstâncias com o companheiro.

3.5 Necessidade de Apoio Familiar e Social

O suporte recebido (emocional, instrumental, financeiro) é o pilar do bem-estar materno (Albanese et al., 2020). Realizar tarefas domésticas, ir às compras ou a consultas é difícil de concretizar sendo o apoio do companheiro e da família extremamente importantes (Kurth et al., 2016; Xiao, Ngai et al., 2020).

É interessante verificar que, apesar de poderem sentir que necessitam de apoio, algumas mães evitam pedi-lo por medo de demonstrar falhas no seu papel (Kurth et al., 2016), por não confiarem nos outros para cuidar dos filhos (por conceções de cuidar desatualizadas) (Xiao, Ngai et al., 2020) ou por receio de perderem autonomia por apoio demasiado invasivo (Faria-Schützer et al., 2020).

Em época de pandemia, ocorre um isolamento social das puérperas, privando-as do suporte que poderiam ter. Este facto tem implicações negativas na saúde mental, podendo também aumentar a ocorrência de violência doméstica (Farewell et al., 2020).

Regressar ao trabalho pode ser importante para aproximar as mães da identidade que tinham antes de engravidar (Albanese et al., 2020), no entanto outros autores salientam que isso exacerba a exigência de que estas devem ser capazes de cuidar dos filhos, manter a sua atividade profissional, não descurando as suas relações conjugais (Lévesque et al., 2020). É um período propício à suspensão da amamentação ou à introdução de leite adaptado.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.817-827

As mulheres são desencorajadas a amamentar: extrair o leite durante o horário de trabalho requer tempo, espaço adequado, com condições para preservar o leite, expondo as mães a julgamentos e críticas (Zhang et al, 2018).

3.6 Necessidade de Apoio dos profissionais de saúde

As mães queixam-se que o foco dos profissionais de saúde é o RN (Henshaw et al., 2018; Rouhi et al., 2019; Slomian et al., 2017) e que, quando são alvo de atenção, estes focam-se na recuperação física, e raramente nas necessidades psicológicas e de informação (Nan et al., 2020). Outros autores salientam que os cuidados de saúde na maternidade estão centrado na gravidez, havendo uma diminuição considerável dos mesmos no PPP (Ribeiro et al., 2019) e que as mães expressam o desagrado por esse facto (Finlayson et al., 2020).

As mães querem ser questionadas sobre como estão ou se precisam de algo, em vez de serem elas a verbalizar. É necessário transmitir às mães que são também responsáveis pelo seu processo de recuperação (Corrêa et al., 2017). Algumas confessam vergonha em colocar questões (Xiao, Ngai et al., 2020).

Sugerem a existência de um profissional de referência para a gravidez e PPP (Slomian et al., 2017) e a realização de VD, pois sentem que o internamento no PPP foi curto, que as consultas foram superficiais e rápidas e ser difícil sair de casa com o filho, para recorrer aos serviços de saúde (Corrêa et al., 2017; Kurth et al., 2016; Nan et al., 2020; Xiao, Loke et al., 2020; Xiao, Ngai et al., 2020).

As mães gostariam que ensinassem aos companheiros habilidades para cuidar do RN e, aos avós, as recomendações mais atuais sobre o PPP e sobre o RN, de modo a que estes as apoiassem mais, diminuindo tensões intrafamiliares e intergeracionais (Xiao, Ngai et al., 2020).

4. Conclusões

Esta RSL apresenta algumas limitações pois as amostras dos estudos incluídos são reduzidas. Por outro lado, a diversidade dos estudos não permite realizar generalizações devido às diferentes políticas de apoio à maternidade e idade de reforma dos diferentes países, que influenciam a vivência deste período, bem como o apoio recebido pelos avós. Sugere-se investigar mais as vivências maternas e também paternas, neste período, no contexto português.

Esta RSL, tendo recorrido à síntese narrativa, permitiu clarificar e desocultar as vivências e comportamentos maternos no PPP, de forma abrangente, importante para prestar um cuidado mais efetivo e adequado às necessidades sentidas.

As mães necessitam de apoio na sua recuperação física e também psicológica, no desenvolvimento de habilidades para cuidar do RN, e de acesso a informação segura quando dela necessitam. Necessitam também do apoio do companheiro, e querem uma vida conjugal e sexual satisfatórias. O apoio familiar e social é determinante para a mãe, se não for demasiado invasivo. Necessitam ainda de apoio dos profissionais de saúde para promover uma transição para a parentalidade mais serena, através da educação, esclarecimentos e vigilância de saúde. Achados que coincidem com a literatura existente.

Recomenda-se que o EEESMO diagnostique as preocupações maternas (atendendo a que sentimentos de culpa ou vergonha podem impedir as mães de verbalizar o que sentem) e desenvolva planos de cuidados personalizados, centrados na mãe/casal/família; que melhore os programas de preparação para o nascimento, para que no PPP, as expectativas maternas não sejam defraudadas pela realidade e implemente programas de recuperação pós-parto e VD.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.817-827

5. Referências

Albanese, A. M., Geller, P. A., Steinkamp, J. M., & Barkin, J. L. (2020). In their own words: A qualitative investigation of the factors influencing maternal postpartum functioning in the united states. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(17), 1–28. https://doi.org/10.3390/ijerph17176021

Almalik, M. (2017). Understanding maternal postpartum needs : A descriptive survey of current maternal health services. *Journal of Clinical Nursing*, *26*(23–24), 4654–4663. https://doi.org/10.1111/jocn.13812

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). Committee Opinion No. 736: Optimizing postpartum care. *Obstetrics and Gynecology*, *131*(5), e140–e150. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002633

Aromataris, E., & Munn, Z. (ed) (2020). JBI Manual for Evidence Synthesis. *JBI Manual for Evidence Synthesis*. https://doi.org/10.46658/jbimes-20-01

Caetano, A., Mendes, I., & Rebelo, Z. (2018). Maternal concerns in the postpartum period: an integrative review. *Revista de Enfermagem Referência*, *IV Série*(17), 149–160. https://doi.org/10.12707/riv17074

Cantarino, S., Matas, M., Velasco, Abellan;Campos, S., Santos, A., & Fernandez, I. (2016). Vivencias, experiencias y diferencias sexuales: mujer puérpera Española e inmigrante. Área sanitaria Palma de Mallorca (España). *Enfermagem*, *IV*(9), 115–123. http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn9/serIVn9a13.pdf

Carvalho, J., Gaspar, M., & Cardoso, A. (2017). Challenges of motherhood in the voice of primiparous mothers: Initial difficulties. *Investigacion y Educacion En Enfermeria*, *35*(3), 285–294. https://doi.org/10.17533/udea.iee.v35n3a05

Corrêa, M., Feliciano, K., Pedrosa, E. N., & Souza, A. (2017). Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. *Cadernos de Saude Publica*, *33*(3), 1–12. https://doi.org/10.1590/0102-311X00136215

Farewell, C. V., Jewell, J., Walls, J., & Leiferman, J. A. (2020). A mixed-methods pilot study of perinatal risk and resilience during COVID-19. *Journal of Primary Care and Community Health*, *11*, 1–8. https://doi.org/10.1177/2150132720944074

Faria-Schützer, D. B., Surita, F. G., Rodrigues, L., Paulino, D. S. D. M., & Turato, E. R. (2020). Self-care and health care in postpartum women with obesity: a qualitative study. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, *42*(1), 19–25. https://doi.org/10.1055/s-0039-3400456

Finlayson, K., Crossland, N., Bonet, M., & Downe, S. (2020). What matters to women in the postnatal period: A meta-synthesis of qualitative studies. *PLoS ONE*, *15*(4), 1–24. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231415

Graça, L., Figueiredo, M., & Carreira, M. (2011). Contributos da intervenção de enfermagem de Cuidados de Saúde Primários para a transição para a maternidade. *Revista de Enfermagem Referência*, *III Série*(nº 4), 27–35. https://doi.org/10.12707/riii1012

Hannan, J., Brooten, D., Youngblut, J. A. M., & Galindo, A. M. (2016). Comparing mothers' postpartum concerns in two clinical trials 18 years apart. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, *28*(11), 604–611. https://doi.org/10.1002/2327-6924.12384

Henshaw, E. J., Cooper, M. A., Jaramillo, M., Lamp, J. M., Jones, A. L., & Wood, T. L. (2018). "Trying to figure out ff you're doing things right, and where to get the info": parents recall information and support needed during the first 6 weeks postpartum. *Maternal and Child Health Journal*, *22*(11), 1668–1675. https://doi.org/10.1007/s10995-018-2565-3

Iwata, H., & Tamakoshi, K. (2018). *Course of maternal fatigue and its associated factors during the first 6 months postpartum : a prospective cohort study*. *January*, 186–196. https://doi.org/10.1002/nop2.130

Kurth, E., Krähenbühl, K., Eicher, M., Rodmann, S., Fölmli, L., Conzelmann, C., & Zemp, E. (2016). Safe start at home: What parents of newborns need after early discharge from hospital - A focus group study. *BMC Health Services Research*, *16*(1), 1–14. https://doi.org/10.1186/s12913-016-1300-2

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.817-827

Lévesque, S., Bisson, V., Charton, L., & Fernet, M. (2020). Parenting and relational well-being during the transition to parenthood: challenges for first-time parents. *Journal of Child and Family Studies*, *29*(7), 1938–1956. https://doi.org/10.1007/s10826-020-01727-z

Marambaia, C. G., Vieira, B. D. G., Alves, V. H., Rodrigues, D. P., Almeida, V. L. M., & Calvão, T. F. (2020). Sexuality of women in the postpartum period: Reflexes of episiotomy. *Cogitare Enfermagem*, *25*, 1–10. https://doi.org/10.5380/ce.v25i0.67195

Masala-Chokwe, M. E. T., & Ramukumba, T. S. (2017). The lived experiences and social support needs of first-time mothers at health care facilities in the City of Tshwane, South Africa. *Curationis*, *40*(1), 1–8. https://doi.org/10.4102/curationis.v40i1.1680

Mercer, R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, *36*(3), 226–232. https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x

Nan, Y., Zhang, J., Nisar, A., Huo, L., Yang, L., Yin, J., Wang, D., Rahman, A., Gao, Y., & Li, X. (2020). Professional support during the postpartum period: Primiparous mothers' views on professional services and their expectations, and barriers to utilizing professional help. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *20*(1), 1–13. https://doi.org/10.1186/s12884-020-03087-4

Negron, R., Martin, A., Almog, M., Balbierz, A., & Howell, E. A. (2013). Social support during the postpartum period: Mothers' views on needs, expectations, and mobilization of support. *Maternal and Child Health Journal*, *17*(4), 616–623. https://doi.org/10.1007/s10995-012-1037-4

Olander, E. K., Aquino, M. R. J. (Ryc), Chhoa, C., Harris, E., Lee, S., & Bryar, R. M. (2019). Women's views of continuity of information provided during and after pregnancy: A qualitative interview study. *Health and Social Care in the Community*, *27*(5), 1214–1223. https://doi.org/10.1111/hsc.12764

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Diário Da República, 2.ª Série — N.º 85 — 3 de Maio de 2019. https://dre.pt/application/conteudo/122216892

Pissolato, L., Alves, C., Prates, L., Wilhelm, L., & Ressel, L. (2016). *Breastfeeding and sexuality: an interface in the experience of puerperium*. 4674–4680. https://doi.org/10.9789/21755361

Ribeiro, J., Lima, F., Soares, T., Oliveira, B., Klemtz, F., Lopes, K., & Hartmann, M. (2019). Necessidades sentidas pelas mulheres no período puerperal. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, *13*(1), 61–69. https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i1a235022p61-69-2019

Rouhi, M., Stirling, C. M., & Crisp, E. P. (2019). Mothers' views of health problems in the 12 months after childbirth: A concept mapping study. *Journal of Advanced Nursing*, *75*(12), 3702–3714. https://doi.org/10.1111/jan.14187

Shorey, S., & Ng, E. D. (2019). Evaluation of a technology-based peer-support intervention program for preventing postnatal depression (Part 2): Qualitative study. *Journal of Medical Internet Research*, *21*(8), 1–8. https://doi.org/10.2196/12915

Slomian, J., Emonts, P., Vigneron, L., Acconcia, A., Glowacz, F., Reginster, J. Y., Oumourgh, M., & Bruyère, O. (2017). Identifying maternal needs following childbirth: A qualitative study among mothers, fathers and professionals. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *17*(1), 1–13. https://doi.org/10.1186/s12884-017-1398-1

Xiao, X., Loke, A., Zhu, S., Gong, L., Shi, H., & Ngai, F. (2020). "The sweet and the bitter": Mothers' experiences of breastfeeding in the early postpartum period: A qualitative exploratory study in China. *International Breastfeeding Journal*, *15*(1), 1–11. https://doi.org/10.1186/s13006-020-00256-1

Xiao, X., Ngai, F., Zhu, S., & Loke, A. (2020). The experiences of early postpartum Shenzhen mothers and their need for home visit services : a qualitative exploratory study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *20*, 1–13. https://doi.org/10.1186/s12884-019-2686-8

Yamada, R., Rasmussen, K. M., & Felice, J. P. (2019). "What is 'enough,' and how do i Make It?": a qualitative examination of questions mothers ask on social media about pumping and providing an adequate amount of milk for their infants. *Breastfeeding Medicine*, *14*(1), 17–21. https://doi.org/10.1089/bfm.2018.0154

Zhang, Y., Jin, Y., Vereijken, C., Stahl, B., & Jiang, H. (2018). Breastfeeding experience, challenges and service demands among Chinese mothers: A qualitative study in two cities. *Appetite*, *128*(138), 263–270. https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.06.027

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.817-827

Comunicação no cuidado em saúde: Concepções e vivências de discentes e docentes de Enfermagem

Maria Wanderleya Coriolano-Marinus[1], Caio Heinrich Correia de Sá[1], Rayanne Lima[1] e Adelia Karla Falcão Soares[1]

[1]Universidade Federal de Pernambuco, Brasil |mariawanderleya.coriolano@ufpe.br; caioheinrich129@gmail.com; rayanne.slima@ufpe.br; adelia.falcao@ufpe.br | https://orcid.org/0000-0001-7531-2605; https://orcid.org/0000-0001-7973-1057; https://orcid.org/0000-0001-9824-9952; https://orcid.org/0000-0003-2030-4207

Introdução: A habilidade de comunicação envolve o intercâmbio entre mensagens verbais e não verbais entre indivíduos. No campo da enfermagem, constitui uma habilidade no processo de cuidado aos usuários e ferramenta de trabalho entre diferentes profissionais para o cuidado centrado no usuário/família, sendo relevante durante o processo de formação na graduação. Ao longo do processo formativo do estudante de enfermagem, deve-se considerar diferentes contextos e fatores que podem repercutir na prática profissional. **Objetivos:** analisar as concepções dos professores e estudantes do curso de graduação de enfermagem acerca da comunicação em saúde. **Métodos:** estudo descrito, exploratório com abordagem qualitativa. Foi desenvolvido a partir das técnicas de narrativas (com estudantes de graduação em enfermagem) e entrevistas semiestruturadas com docentes de enfermagem, a partir de questões norteares sobre o conceito de comunicação, suas vivências sobre comunicação durante a formação e a comunicação entre enfermeiros e usuários. Os dados foram analisados a partir da geração de códigos descritivos e analíticos, para a categorização. **Resultados:** Foram coletados dados narrativos de 131 estudantes e 10 entrevistas de docentes. Os dados foram agrupados em três categorias: 1) Conceitos da comunicação, suas formas de expressão; 2) Comunicação no cuidado de enfermagem, sua relação e aplicação no trabalho do enfermeiro; 3) Aplicações da comunicação no contexto da educação dos graduandos de enfermagem. **Conclusões**. Estudantes e docentes de enfermagem reconhecem a importância da comunicação, porém mencionam a carência de ferramentas e práticas que tornem os usuários mais participantes das decisões envolvidas no cuidado. Tais aspectos precisam ser abordados ao longo do processo de formação, por meio da mediação docente.

Palavras-chave: Comunicação em saúde; Estudantes de Enfermagem; Docentes; Educação em Saúde; Pesquisa Qualitativa.

Communication in Health Care: Conceptions and Experiences of Nursing Students and Professors

Introduction The communication skill involves the exchange between verbal and non-verbal messages between individuals. In the field of nursing, it is a skill in the process of caring for users and a work tool among different professionals for care centered on the user / family, being relevant during the process of graduation training. Throughout the training process of the nursing student, different contexts and factors that may have an impact on professional practice must be considered. **Goals:** to analyze the conceptions of professors and students of the undergraduate nursing course about health communication. **Methods:** a described, exploratory study with a qualitative approach. It was developed from the techniques of narratives (with undergraduate nursing students) and semi-structured interviews with nursing professors, from guiding questions about the concept of communication, their experiences about communication during training and communication between nurses and users. The data were analyzed from the generation of descriptive and analytical codes, for categorization. **Results** Narrative data were collected from 131 students and 10 teacher interviews. The data were grouped into three categories: 1) Communication concepts, their forms of expression; 2) Communication in nursing care, its relationship and application in the nurse's work; 3) Applications of communication in the context of nursing undergraduate education. **Conclusions**: Nursing students and teachers recognize the importance of communication, but mention the lack of tools and practices that make users more participants in the decisions involved in care. Such aspects need to be addressed throughout the training process, through teacher mediation.

Keywords: Health Communication; Undergraduate Nurse; Faculty; Health Education; Qualitative Research.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.828-837

1. Introdução

A comunicação se constitui como uma das bases da assistência de enfermagem, pois envolve os relacionamentos interpessoais, a fala, as expressões faciais e os meios de senso percepção que, por sua vez, expressam o cuidado. Portanto, é uma habilidade a ser desenvolvida por graduandos da área para que a sistematização de enfermagem seja realizada de forma eficaz e humana (Oliveira et al., 2018).

Para além da base teórico-metodológica que o enfermeiro deve se apropriar, outros fatores como autoconhecimento do enfermeiro, sua educação familiar e processos de socialização prévios também interferem no desenvolvimento de habilidades comunicativas. A própria mudança para as abordagens educacionais do ensino superior se transforma em interferência quando o estudante possui uma defasagem exacerbada entre sua experiência educacional escolar e as metodologias da instituição de ensino superior (Oliveira et al., 2018; Oliveira & Braga, 2016).

A construção social reforçada pela graduação perpetua diferenças na expressão de empatia nos enfermeiros, que, apesar de possuírem o mesmo nível de empatia que enfermeiras, procuram menos oportunidades de expressarem sua linguagem empática. Sendo assim, um currículo com treinamento de habilidades comunicativas para os enfermeiros com foco na qualidade de respostas empáticas e seus respectivos contextos, seria benéfico para a mudança dessa problemática. Com isso, os programas de graduação em enfermagem podem atuar numa mudança de paradigma para desempenhos equivalentes entre profissionais do gênero masculino e feminino em suas habilidades comunicativas (Christensen et al., 2018; Strekalova et al., 2019).

Ao longo do processo formativo do estudante de enfermagem, deve-se considerar diferentes contextos e fatores que podem repercutir na prática profissional, mais especificamente no que concerne o processo comunicativo. A comunicação, por sua vez, assume outras conformações de acordo com as instituições que permeiam o ambiente de trabalho do enfermeiro, como a família do cliente e os profissionais que participam da equipe. Estudo realizado por Chan (2017) revelou que a comunicação entre o profissional de enfermagem e os familiares do cliente deve ser pautada na promoção de informações concretas e acuradas sobre a situação clínica o qual o indivíduo se encontra.

Os graduandos devem considerar os anseios do cliente sobre a própria condição de saúde, se suas alterações deviam ser compartilhadas com familiares e se os familiares possuíam competência emocional para receber a informação. Além disso, alguns se atentam à linguagem corporal, atitudes e para antecipar o momento apropriado para a comunicação ser estabelecida. Dessa forma, estratégias como aulas com enfoque teórico e prático, voltadas para o desenvolvimento da competência comunicativa dos estudantes de enfermagem possibilitam o aprendizado de conceitos e habilidades para a melhora da comunicação de profissionais de enfermagem com familiares de clientes (Chan, 2017).

Os mecanismos facilitadores do ensino dessa habilidade, a comunicação, bem como sua avaliação e acompanhamento são competências do docente. Este, por sua vez, através de sua postura e relação ensino-aprendizagem, pode corroborar para o desenvolvimento dessa habilidade ou não nos discentes, desde suas configurações mais simples às mais complexas. Para tal, o docente precisa assumir o papel de orientador e apresentar clareza das habilidades comunicativas a serem estimuladas e dominadas pelos discentes (Oliveira et al., 2018; Oliveira & Braga, 2016).

Nessa perspectiva, a pesquisa teve como objetivo analisar as concepções dos professores e estudantes do curso de graduação de enfermagem acerca da comunicação em saúde. Assim, para responder essa questão foi levantada a seguinte pergunta norteadora: Quais as concepções dos professores e estudantes do curso de graduação de enfermagem acerca das habilidades de comunicação na formação e desenvolvimento de atividades no contexto prático.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.828-837

2. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa realizada em uma Instituição de Ensino Superior pública da cidade do Recife. Os participantes do estudo foram em estudantes do curso de enfermagem, regularmente matriculados, do 1º ao 9º período, e docentes do curso de enfermagem da referida instituição.

Como critérios de inclusão para os estudantes, estes deveriam estar regulamente matriculados, do 1º ao 9º período do curso. Foram excluídos discentes que estavam trancados, por problemas pessois.

Como critérios de inclusão para os docentes, estes deveriam ser Professores efetivos do Curso.

A coleta de dados envolveu duas técnicas de coleta de dados, com estudantes de enfermagem e docentes de uma Universidade pública brasileira. As narrativas e entrevistas foram conduzidas por estudantes de enfermagem, que receberam capacitação teórico-prática sobre técnicas de coleta de dados com pesquisas qualitativas, tutoradas pela orientadora, que possui experiência na abordagem escolhida.

O convite aos discentes foi realizado durante as aulas, com a anuência dos professores, além de convites em momentos informais, nos horários de almoço.

Foram coletadas narrativas dos estudantes de enfermagem, a partir de questões abertas.

Utilizou-se, para a coleta de dados dos discentes, a pesquisa narrativa. Descrita como uma metodologia em que o participante consegue contribuir a partir de suas experiências vividas acerca do tópico, as narrativas se caracterizam por relatos de eventos mais contextualizados. A aplicação do instrumento ocorreu por meio da aplicação auto-dirigida. A abordagem dos estudantes deu-se em sala de aula, em horários que antecederam a preleção ou nos intervalos do almoço, devido à proximidade das pesquisadoras com o público-alvo (Monrouxe, 2018).

Para os docentes, foi utilizado a entrevista com roteiro semi-estruturado com perguntas abertas. A técnica consistiu na elaboração de um roteiro prévio, cuja aplicação foi realizada com agendamentos. A quantidade de entrevistados ocorreu a partir do critério de saturação dos dados. As entrevistas tiveram duração média de 15 minutos cada uma, durante o horário livre dos docentes.

As entrevistas foram gravadas e imediatamente transcritas e posteriormente, os dados das narrativas dos estudantes e as entrevistas semiestruturadas foram compilados para a codificação no Software Atlas T.I, versão 8.0. Nas entrevistas com os discentes e docentes, foram utilizadas as perguntas abertas que caracterizavam as narrativas dos estudantes e as entrevistas dos docentes conforme o Quadro 1.

Para realizar a análise dos dados foi usado o referencial teórico de Yin (2016).

A análise dos dados foi realizada em cinco etapas: A primeira etapa, os dados foram compilados de forma a possuírem uma ordem, caracterizando-os como uma base de dados. A segunda etapa consistiu na decomposição dos dados em fragmentos e elementos menores, os quais foram denominados com códigos. A terceira etapa foi a recomposição, fase na qual os fragmentos menores foram reagrupados em categorias temáticas a partir dos seus códigos, geralmente configurando uma ordenação distinta dos dados iniciais. A quarta etapa consistiu na interpretação dos dados, momento em que os dados recompostos foram utilizados para se criar novas narrativas que se tornaram parte da análise. A quinta e última etapa foi a conclusão, cujo conteúdo adveio da interpretação dos dados e demais etapas do ciclo (Yin, 2016).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), parecer de nº: 815.383, atendendo aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares. Foi solicitada a anuência formal dos participantes através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para manter o anonimato dos participantes foram utilizados códigos formados por uma sequência de letras e números.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.828-837

As letras iniciais correspondem à categoria profissional de cada participante. As letras são seguidas por numerais cardinais que identificam a ordem de participação do entrevistado na pesquisa. Seguindo a sequência da codificação, uma segunda ordem de letras foi utilizada, sendo E para estudante e D para docente.

3. Resultados e Discussão

Foram coletados dados narrativos de 131 estudantes e 10 entrevistas de docentes. Nos grupos de estudantes participantes, 121 foram do sexo feminino e 10 do sexo masculino. A faixa etária desse grupo variou de 17 à 37 anos. Nos docentes, 9 foram do sexo feminino e 1 do sexo masculino. Nesse grupo, a idade variou entre 27 e 67 anos. A partir da análise qualitativa das respostas dos discentes e docentes, foram elaboradas as seguintes categorias temáticas, exploradas a partir dos principais códigos analíticos.

A primeira, a categoria 1, comporta os códigos analíticos relacionados à conceituação da comunicação, suas formas de expressão e transmissão entre interações e como o processo comunicativo constrói relações. A categoria 2, por sua vez, compõe os códigos relacionados à comunicação no cuidado de enfermagem, sua relação e aplicação no trabalho do enfermeiro e seus vínculos com os indivíduos que participam do processo de cuidado: o usuário dos serviços de saúde e a equipe multidisciplinar de saúde.

A última, a categoria 3, diz respeito às aplicações da comunicação no contexto da educação dos graduandos de enfermagem, sua importância no processo de ensino-aprendizagem, a relação entre docente e discente e a participação de ambos no ensino-aprendizagem.

3.1 Categoria 1: Conceito de Comunicação

O conceito de comunicação este atrelado principalmente à transmissão de informações, mas também reconheceram a importância da troca e diálogo. Ambos os atores reconhecem os diferentes tipos de comunicação, com ênfase para a comunicação verbal e não verbal.

Quadro 1. Conceito de comunicação por discentes e docentes de Enfermagem. Recife, Brasil, 2021.

Códigos analíticos	Discentes	Docentes
Comunicação verbal e não verbal	"É uma forma de transmitir uma mensagem." (E10)	"Comunicação é você conseguir
	"Ato de transmitir harmonicamente uma ideia, ou de falar o que pensa ou até de alguma forma demonstrar o que se quer passar" (E56)	"...você também fala com os olhos, com a face, e você fala inclusive com a tonalidade que você impõe na sua voz." (D3)
	"É um diálogo entre pessoas, podendo ser através da fala ou escrita (comunicação verbal e não-verbal)." (E54)	"Qualquer ato que ligue duas pessoas ou mais, podendo ser verbal ou não-verbal." (D7
Conceito de comunicação: transmissão de informações	"Saber passar uma ideia ou informação..." (E18)	"transmitir aquele conceito, aquele sentimento através da linguagem..." (D4)
Conceito de comunicação: troca e diálogo	"Uma relação constituída por diálogos ou a interação entre dois meios, objetos, entre outros" (E32)	"Comunicação é o modo propício de estabelecer relações interpessoais". (D1)

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.828-837

3.2 Categoria 2: Comunicação no Cuidado de Enfermagem

Quando questionados sobre a dimensão da comunicação no contexto do trabalho de enfermagem, docentes ressaltaram a sua aplicabilidade como instrumento no processo de trabalho, enquanto estudantes mencionaram, principalmente, sua importância nas relações entre os diferentes atores do processo do cuidado.

Quadro 2. Comunicação no cuidado de enfermagem. Recife, Brasil, 2021.

Códigos analíticos	Discentes	Docentes
Instrumento no Processo de Trabalho		"Comunicação é uma ferramenta do dia-a-dia, e ainda mais para minha área de trabalho." (D9) "Preparar o aluno para se comunicar bem (...) com a equipe multiprofissional." (E90) "...então é por meio da comunicação que a gente pode desenvolver o processo de trabalho da enfermagem." (D9)
Trabalho em equipe	"É importante a comunicação para que possamos aprender trabalhar em equipe, tanto com profissionais da mesma categoria quanto de outros." (E57). "A comunicação é fundamental para conseguir um bom relacionamento com a equipe de enfermagem, relações entre as demais profissões." (E51)	
Relação com usuários	"Preparar o aluno para se comunicar bem (...) principalmente com o paciente e sua família" (E90). "...é imprescindível para o cuidado ao paciente." (E121). "É de fundamental importância, pois nós como futuros enfermeiros temos que orientar, ensinar, estimular os pacientes/clientes a maior parte do tempo." (E97)	"(...) transmitir aquele conceito, aquele sentimento através da linguagem..." (D4)

3.3 Categoria 3: Comunicação e o Processo de Ensino-Aprendizagem

Na categoria 3, discentes e docentes enfatizam a importância da comunicação centrada em boas relações entre discentes e docentes, além de enfatizarem aspectos como a clareza durante as aulas.

Outro ponto destacado por um docente, foi a empatia nesta relação.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.828-837

Quadro 3. Comunicação no proceso de ensino-aprendizagem

Códigos analíticos	Discentes	Docentes
Relação docente-discente	"É importante para uma melhor convivência durante os anos do curso, um melhor desempenho e relação entre aluno e professor." (E1)	"Durante a graduação é importante para o aprendizado e desenvolvimento." (E58) "Boa comunicação nas aulas, é clareza, procura acompanhar a forma de comunicação das pessoas que nos cerca né, e ser verdadeiro né." (D6) "Gosto muito de abrir para o aluno né?! Essa troca, abrir para que ele possa perceber se aquela mensagem, aquela informação chegou até ele, porque eu posso está dando uma aula e ele não compreender, ai ele vem com uma dúvida, ou ele vem com outra temática, porque ele pensa que é de uma outra forma e a gente pode ali construir." (D9)
Empatia		"(...) Eu acho que o mais importante numa sala de aula na relação professor-aluno é o quanto de empatia esse professor consegue estabelecer com o educando e é nessa empatia que a relação de comunicação se estabelece." (D3)

Os resultados destacam os conceitos de comunicação, centrados na transmissão de informações, no caráter relacional e na valorização dos aspectos não verbais, como o olhar e o toque.

A comunicação no cuidado do enfermeiro nos serviços de saúde, esteve relacionada tanto para docentes como para discentes, a um instrumento de trabalho do enfermeiro que permite a relação com a equipe de saúde e com usuários. Na comunicação relacionada ao processo de ensino-aprendizagem, os discentes apresentaram mais dificuldades para refletirem e abordarem esta vertente. Mencionaram a importância da relação entre discentes-docente, mas não conseguiram exemplificar caminhos concretos. Enquanto os docentes mencionaram as trocas e empatia envolvidas nessa relação.

4. Discussão

O conceito de comunicação como transmissão de conhecimentos ou informações, aspecto presente nos discursos tanto de discentes como docentes, pode ser um aspecto negativo a ter reflexos na prática profissional, quando esses profissionais estão inseridos no mundo do trabalho. A utilização da comunicação numa perspectiva mais vertical a qual se constitui parte de um modelo comunicativo onde a informação é transmitida do profissional de saúde para o usuário. Esse modelo, por sua vez, é baseado na emissão da informação científica acurada para que a mudança de comportamento do usuário aconteça (Coriolano-Marinus et al., 20214).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.828-837

Para isso, a informação emitida é baseada no aspecto biológico do adoecimento e na comprovação científica e desconsidera, em diversas formas, a construção individual do usuário e seus conhecimentos advindos de sua própria cultura. Com relação aos tipos de comunicação, alguns docentes e estudantes, ao responder a pergunta, evocaram em suas respostas os diferentes tipos de comunicação, em especial a verbal e a não-verbal.

De acordo com Fermino e Carvalho (2007), a comunicação é uma prática oriunda da interação humana, e por sua vez pode ser expressa por aspectos verbais e não-verbais. A comunicação verbal, por sua vez, compreende a fala, ao passo que a comunicação não-verbal engloba comportamentos gestuais, toque, movimento e aspectos do ambiente (Coriolano-Marinus et al., 2014; Ramos & Bortagarai, 2011). Os sinais não-verbais, contudo, representam a maior parte das possibilidades de expressão que existem em contextos de interação social, e podem complementar, substituir ou contradizer comunicações verbais, além de expressarem emoções durante o ato comunicativo (Ramos & Bortagarai, 2011).

Os comportamentos utilizados pelos interlocutores tomam diversas significações sociais a partir da cultura de cada um. Assim, a linguagem corporal desempenha um forte papel para elucidar se ambas as partes da conversa se fazem entendidas, ainda que possuam referências sociais distintas. A tacécisa (relacionada ao toque), demonstra a importância desta dimensão nas relações de cuidado e como ele pode ser fonte de carinho e demonstração de empatia, além de carrear consigo múltiplas demonstrações de sentimentos (Ramos & Bortagarai, 2011; Silva et al., 2000). Uma outra dimensão envolvida no ato comunicativo, presente nos depoimentos tanto de estudantes, como docentes, foi a possibilidade de estabelecer relações de troca e diálogo.

Para Tan e Cho (2019), a comunicação em saúde requer, para sua efetividade, o conhecimento de valores e crenças específicos da cultura do usuário. Isso se dá através da adequação cultural do profissional de saúde às especificidades culturais do usuário dos serviços de saúde. A partir dessa aproximação com a realidade do usuário, o profissional de saúde terá ciência de quais valores podem condicionar o comportamento em saúde, e mais especificamente quais valores facilitam esse comportamento e quais o dificultam.

A relação entre o profissional de saúde e o usuário é estabelecida através do ato comunicativo e, para que consigam atingir juntos o objetivo do cuidado, ambos atores necessitam construir esse vínculo à medida que conhecem e adentram na realidade um do outro (Coriolano-Marinus et al., 2014; Tan & Cho, 2019). Com a construção do laço entre o profissional de saúde e o usuário, é possível personalizar o cuidado e as estratégias de intervenção de acordo com o contexto deste, sem ultrapassar suas crenças e valores, considerando sua historicidade e ancestralidade (Coriolano-Marinus et al., 2014).

Assim, a comunicação é o elo primordial no processo de adequação cultural entre o usuário que utiliza o serviço e o profissional de saúde que o assiste. A adequação cultural, por sua vez, facilita a formulação de estratégias que respeitam a individualidade do usuário e, portanto, torna o processo mais horizontalizado (Tan & Cho, 2019).

A enfermagem, em seu cerne, carreia consigo o cuidado como objeto principal de trabalho. Em sua rotina, o profissional de enfermagem precisa estabelecer múltiplas relações interpessoais com a equipe multidisciplinar de saúde e os usuários dos serviços de saúde.

Para isso, o enfermeiro utiliza a comunicação como ferramenta para o estabelecimento dessas relações. A comunicação entre o profissional de enfermagem e o usuário é considerada um dos métodos clínicos mais importantes e constitui a base do cuidado de enfermagem (Gutiérrez-Puertas et al., 2020; Oliveira et al., 2018). Esta dimensão da comunicação enquanto aspecto que relaciona o trabalho do enfermeiro dentro da equipe de saúde, foi vislumbrada tanto por estudantes, como por docentes.

A comunicação toma, dessa maneira, caráter interprofissional em face das mudanças sistemáticas dos serviços de saúde, em que a hierarquização de categorias foi substituída por abordagens mais horizontais.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.828-837

Assim, as Instituições de Ensino Superior devem preparar seus graduandos para interagir com os diversos componentes de equipes multidisciplinares (Cant et al., 2014). Contudo, a comunicação interprofissional entre enfermeiros e demais profissionais continua sendo um desafio devido às diferenças curriculares de treinamento e as culturas distintas nos espaços de trabalho. Ademais, existe outro desafio inerente à realidade das equipes de saúde: o conflito (Liaw et al., 2020; Liu et al., 2020).

A importância da comunicação no trabalho em equipe, é uma habilidade essencial para o cuidado centrado no usuário a partir de melhor clareza, compreensão e ações de cuidado eficazes. Porém, os enfermeiros recém-formados podem encontrar dificuldades na sua inserção inicial no mercado de trabalho. Em estudo realizado com enfermeiros recém-formados, estes alegam que só conseguem desenvolver habilidades comunicativas com outros membros da equipe, quando se inserem no mundo do trabalho. Porém, é relevante refletir sobre treinamento de habilidades comunicativas durante a formação e preferencialmente de forma interprofissional (Thomas et al., 2009).

Em estudo de intervenção com estudantes de enfermagem, a partir da estratégia de Simulação clínica, os estudantes desenvolveram melhor comunicação e melhor capacidade na tomada de decisão em relação a um ambiente controlado de aprendizagem (Raurell-Torreda et al., 2021).

A comunicação é uma competência crucial para o estabelecimento da relação entre enfermeiro e usuário dos serviços de saúde. Essa relação, pode ser definida como “Relação de Carinho”, cuja base são os sentimentos de confiança e reciprocidade para se atingir objetivos comuns, e é percebida pelos os usuários como “receber um cuidado completamente centrado no usuário, estar juntos com compaixão e receber suporte e comunicação efetiva da equipe de saúde (Guarinoni et al., 2019).

A qualidade do cuidado deve ser avaliada, principalmente, a partir da percepção do usuário. Este, por sua vez, tem sua percepção acerca dos serviços prestados altamente influenciada pela qualidade das interações entre ele e a equipe de saúde que o assiste (Marca-Frances et al., 2020). Para que essa relação se desenvolva, a comunicação entre o profissional de enfermagem e os familiares do cliente deve ser pautada na promoção de informações concretas e acuradas sobre a situação clínica o qual o indivíduo se encontra (Chan, Tong, & Henderson, 2017).

A comunicação, no contexto das relações entre professor e estudante foi ressaltada tanto por discentes como docentes. Os discentes apresentaram mais dificuldades par exemplificar situações concretas da comunicação em sala de aula e como esta contribui para a sua formação futura enquanto enfermeiro. Destacaram apenas a importância na qualidade dessa relação posterior com usuários. Essa relação, por sua vez, é crucial para definir a experiência de aprendizagem do discente. Para a criação de um ambiente clínico propício para que o graduando em enfermagem possua uma aprendizagem positiva, é necessário que essa relação também seja positiva. As atitudes do docente em relação aos estudantes influenciam no desenvolvimento de competências profissionais, socialização e confiança. Portanto, o professor impacta no desenvolvimento das habilidades comunicativas do discente assim como em suas habilidades psicomotoras ((Chan, Tong, & Henderson, 2017; Oliveira et al., 2018; Oliveira & Braga, 2016).

Assim como outras nuances, o relacionamento docente-discente está sujeito às interculturalidades frequentemente experienciadas durante a graduação. A demonstração de empatia por parte do professor, pode aumentar a experiência de aprendizagem dos estudantes. Contudo, em casos em que a empatia não é acompanhada da crítica, isso pode sabotar a aprendizagem do estudante em suas competências como futuro enfermeiro (Chan, Tong, & Henderson, 2017).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.828-837

5. Conclusão

A partir das perspectivas de estudantes e docentes, constatou-se que ambos reconhecem a comunicação e sua importância no processo saúde-doença, através das interações realizadas com os usuários dos serviços de saúde, a família e a equipe de saúde, e ensino-aprendizagem, na relação professor-aluno. Contudo, ainda que saibam da relevância da competência nesses contextos, a comunicação ainda é um tema centralizado no profissional de saúde.

Apesar de possuírem ciência da existência da comunicação não-verbal no processo comunicativo, tanto docentes como estudantes não demonstraram conhecimento dos níveis mais profundos que essa comunicação apresenta, nem seus desdobramentos. Assim, faz-se necessário um empoderamento do estudante para práticas que promovam maior dialogicidade com usuários, com maior enfoque em aspectos como voz, toque e demais sinais não-verbais que contribuem decisivamente para a comunicação enquanto habilidade fundamental para o enfermeiro no contexto da educação e cenários do cuidado.

A partir da abordagem qualitativa, com utilização de diferentes técnicas de coleta de dados (entrevistas semiestruturadas e narrativas), o estudo alcança o objetivo de analisar as concepções dos professores e estudantes do curso de graduação de enfermagem acerca da comunicação em saúde, oferecendo subsídios relevantes para o direcionamento/redirecionamento da comunicação em sala de aula, além da comunicação do enfermeiro em serviços de saúde.

Uma das limitações a serem destacadas, foi a impossibilidade de agregar a técnica de observação não participante, a qual poderia agregr elementos adicionais para a melhor compreensão do fenômeno.

Agradecimentos

Agradecimento ao Edital da Fundação de Amparo à Ciência do Estado de Pernambuco pelo financiamento do estudo.

6. Referências

Chan, Z.C.Y.(2017). A qualitative study on communication between nursing students and the family members of patients. *Nurse Education Today*, 59:33-37. Available from: http://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.08.017.

Chan, Z.C.Y., Tong, C.W., Henderson, S. (2017). Power dynamics in the student-teacher relationship in clinical settings. *Nurse Education Today,* 49:174-179. Available from: http://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.11.026.

Christensen, M., Welch, A., Barr, J. (2018). Men are from Mars: The challenges of communicating as a male nursing student. *Nurse Education in Practice,* 33: 102-106. Available from: http://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.04.014.

Coriolano-Marinus, M.W.L., Queiroga, B.A.M., Ruiz-Moreno, L., Lima, L.S. (2014). Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. *Saúde e Sociedade*, 23(4):1356-1369. Available from: http://doi.org/ 10.1590/s0104-12902014000400019.

Guarinoni, M.G., Dignani, L., Motta, P.C.(2019). Caring relationship: a qualitative research through the narratives of the students of the Bachelor of Science in Nursing degree. *Prof Inferm.*,72(2): 129-134. Available from: http://doi.org/10.7429/pi.2019.722129.

Gutiérrez-Puertas, L., Márquez-Hernández, V.V., Gutiérrez-Puertas, V., Granados-Gámez, G., Aguilera-Manrique, G. (2020). Educational Interventions for Nursing Students to Develop Communication Skills with Patients: a systematic review. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*.,17(7): 22-41. Available from: http://doi.org/10.3390/ijerph17072241.

Heydari, A., Yaghoubinia, F., Roudsari, R.L. (2016). The Multidimensional Nature of Relationships. *Journal Of Nursing Research***,** 24(1): 1-8. Available from: http://doi.org/ /10.1097/jnr.0000000000000091.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.828-837

Liaw, S.Y., Ooi, S.W., Rusli, K.D.B., Lau, T.C., Tam, W.W.S., Chua, W.L. (2020). Nurse-Physician Communication Team Training in Virtual Reality Versus Live Simulations: Randomized Controlled Trial on Team Communication and Teamwork Attitudes. *J Med Internet Res*., 22(4):e17279. Available from Available from: http://doi.org/10.2196/17279.

Liu, H.Y., Wang, I.T., Hsu, D.Y., Huang, D.H., Chen, N.H., Han, C.Y, Han, H.M. (2020). Conflict and interactions on interdisciplinary nursing student teams: the moderating effects of spontaneous communication. *Nurse Education Today*, 94:0-0. Available from: http://doi.org/ 10.1016/j.nedt.2020.104562.

Marca-Frances, G., Frigola-Reig, J., Menéndez-Signorini, J.A., Compte-Pujol, M., Massana-Morera, E. (2020). Defining patient communication needs during hospitalization to improve patient experience and health literacy. *BMC Health Services Research*, 20(131). Available from: http://doi.org/10.1186/s12913-020-4991-3.

Monrouxe, L. V., Bullock, A., Gormley, G., Kaufhold, K., Kelly, N., Roberts, C. E., Mattick, K., & Rees, C. (2018). New graduate doctors' preparedness for practice: a multistakeholder, multicentre narrative study. *BMJ open*, *8*(8), e023146. Available from: http://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023146.

Morphet, J., Hood, K., Cant , R.,Baulch , J., Gilbee, A., Sandry, K.(2014). Teaching teamwork: an evaluation of an interprofessional training ward placement for health care students. *Advances In Medical Education And Practice,* [S.L.], p. 197-2042014. Available from: http://doi.org/10.2147/amep.s61189.

Oliveira, K.R.E., Braga, E.M. (2016). The development of communication skills and the teacher's performance in the nursing student's perspective. *Revista da Escola de Enfermagem USP,*50(spe):32-38. Available from: http://doi.org/10.1590/s0080-623420160000300005.

Oliveira, K.R.E., Trovo, M,M., Risso, A.C.M.C, Braga, E.M. (2018). The teaching approach on communicative skills in different teaching methodologies. *Revista Brasileira de Enfermagem,* 71(5):2447-2453.Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000502447&lng=en&tlng=en. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0728. Ramos, A.P., Bortagarai, F.M. (2011). A comunicação não-verbal na área da saúde. *Revista Cefac*, 14(1): 164-170. Available from: http://doi.org/10.1590/s1516-18462011005000067..

Raurell-Torreda, M., Rascon-Hern, C., Malagon-Aguilera, C., Bonmatí-Tomas, A., Bosch-Farr, C., Gelabert-Vilella, S., Romero-Collado A (2021). Effectiveness of a training intervention to improve communication between/awareness of team roles: A randomized clinical trial. *Journal of Professional Nursing* 37: 479–487. Available from: http://doi.org/ 10.1016/j.profnurs.2020.11.003

Strekalova, Y.A., Kong, S., Kleinheksel, A.J., Gerstenfeld, A. (2019). Gender differences in the expression and cognition of empathy among nursing students: An educational assessment study. *Nurse Education Today,* 81: 1-6. Available from: http://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.04.004.

Tan, N.Q.P., Cho, H. (2019). Cultural Appropriateness in Health Communication: a review and a revised framework. *Journal of Health Communication*, 24(5): 492-502. Available from: http://doi.org/10.1080/10810730.2019.1620382.

Thomas, C. M., Bertram, E., Johnson, D. (2009). The SBAR communication technique: Teaching nursing students professional communication skills. *Nurse Educator*, 34(4), 176–180. Available from: http://doi.org/ 10.1097 / NNE.0b013e3181aaba54

Yin. R. (2016). *Pesquisa qualitativa do início ao fim.* Tradução de Daniela Bueno. Revisão técnica de Dirceu da Silva. Porto Alegre, RS: Penso.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.828-837

Interatividade Educativa Preservando o Desenvolvimento de Prematuros: Pesquisa Convergente Assistencial

Márcia Helena de Souza Freire[1], Karoline Petricio Martins[2] e Ivete Palmira Sanson Zagonel[3]

[1]Enfermeira. Professora do Ensino Superior, Doutora em Saúde Pública, Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, Brasil | marciahelenafreire@gmail.com | https://orcid.org/0000-0003-3941-3673

[2]Enfermeira de UTI neonatal, Mestre em Prática do Cuidado em Saúde, Complexo Hospital de Clínicas, Universidade Federal do Paraná, Brasil | karolinepetricio@gmail.com | https://orcid.org/0000-0003-3599-6584

[3]Enfermeira. Professora do Ensino Superior, Diretora Acadêmica das Faculdades Pequeno Príncipe, Curitiba, Brasil | ivete.zagonel@fpp.edu.br | https://orcid.org/0000-0002-6169-0709

Resumo: Introdução: Na prática assistencial intensiva neonatal com integração dos cuidados à novas tecnologias, é necessária a adequação ambiental e interatividade educativa. Tem-se como questão norteadora: Como promover a reflexão com interatividade, junto à equipe de profissionais de unidade intensiva, com base nas evidências científicas, sobre os cuidados com o desenvolvimento do recém-nascido prematuro? **Objetivo:** descrever parte do processo de uma Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), ancorada pela Matriz de *Design* Instrucional, visando a intervenção nos cuidados aos recém-nascidos pré-termos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Método:** Pesquisa realizada entre junho e agosto de 2020. Para o cumprimento de uma das etapas da PCA foram desenvolvidas nove oficinas instrucionais. Estas foram organizadas com aulas interativas audiovisuais gravadas por profissionais de saúde da instituição, disponibilizadas por ferramenta Wiki®, na Plataforma *Moodl*e com evidências de produções científicas, perguntas disparadoras, *chat* e proposta de intervenção. Participaram 68 profissionais que prestam cuidados intensivos ao recém-nascido. **Resultados:** Os recursos utilizados nas oficinas veicularam aspectos do cuidado ao recém-nascido prematuro, incentivando o (re)conhecimento das repercussões fisiológicas da imaturidade, dentre elas: a imaturidade e as deficiências e comprometimento intelectual e neurológico; consequências das manipulações excessivas; a termorregulação e sobrevivência dos neonatos; contextos de vulnerabilidade familiar e, a importância do acolhimento; os desafios do aleitamento materno ao RNPT; o processo fisiológico do estresse e da dor e, a relevância de um protocolo institucional para alívio. **Conclusão:** o processo interativo remoto não síncrono, conduzido como parte do desenvolvimento metodológico da Pesquisa Convergente Assistencial, culminou com o estabelecimento participativo de um protocolo institucional inovador para manuseio mínimo do prematuro. Suscitou aos profissionais a releitura de sua prática e, a descoberta de novos conhecimentos favoráveis ao cuidado com o desenvolvimento do recém-nascido prematuro crítico.

Palavras-chave: Recém-nascido Prematuro; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Enfermagem; Educação Continuada; Tecnologia Educacional.

Educational Interactivity to Preserve Development of Preterm Infant: Converging Care Research

Abstract: Introduction: New technologies are relevant allies to reduce morbidity and mortality in neonatal care, supported by environmental adequacy and minimization of stimuli, through singular care and behavioral observation. However, integrating care with new technologies, in neonatal intensive care practice, requires educational interactivity. Therefore, the research question was: How to promote reflection with interactivity, with the team of professionals in the intensive care unit, based on scientific evidence, about the care with the development of premature newborns? **Objective:** to describe a Convergent Care Research, anchored by the Instructional Design Matrix, for intervention in the care of preterm infants in a Neonatal Intensive Care Unit. **Method:** Convergent Care Research supported by a pedagogical process structured in an Instructional Design Matrix, carried out between June and August 2020. There were nine certified workshops (20h), made available by Wiki® tool, on the Moodle Platform. Participated 68 professionals who provide intensive care to preterm infants, including those who were away from the service, because it was remote. **Results:** nine instructional workshops were organized for the fulfillment of one of the stages of the research process convergent to care. With interactive audiovisual classes recorded by the institution's health professionals, invited due to their expertise. Included in each workshop, scientific publications, related videos, triggering questions and chat for reflective and purposeful discussion. All resources transmit aspects of care for the premature infants, encouraging the acknowledgment of the physiological repercussions of immaturity, among them: immaturity and deficiencies; intellectual and neurological impairment; consequences of excessive manipulation; the thermoregulation and survival of neonates; contexts of family vulnerability and, the importance of reception; the challenges of breastfeeding to preterm infants; the physiological process of stress and pain; also the relevance of an institutional protocol for relief. **Conclusion:** the remote non-synchronous interactive process, methodologically conducted by Convergent Care Research, culminated in the participatory establishment of an innovative institutional protocol for minimal handling of premature infants. It prompted professionals to reread their practice and discover new knowledge favorable to care for the development of critical premature infants.

Keywords: Infant, Premature; Intensive Care Units; Neonatal; Nursing; Education; Continuing; Educational Technology**.**

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.838-847

1. Introdução

Define-se como recém-nascido pré-termo ou prematuro (RNPT) o nascido anteriormente à 37ª semana de gestação (Organização das Nações Unidas [ONU], 2019). Em 2011, foram registrados 9,8% nascidos prematuros no Brasil. Fato que exige atenção, sobretudo do ponto de vista assistencial, pois há necessidade de planejamento dos cuidados englobando o aspecto desenvolvimental, para a promoção da redução da incidência de morbidades e maior sobrevivência (Marski et al., 2018; Ministério da Saúde [MS], 2020).

Assim, visando a estabilização clínica e sobrevida dos RNPT, estes usualmente são encaminhados, para assistência e tratamento nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). A despeito da relevância inquestionável do serviço ressalta-se a coexistência de elevado risco de danos aos RNPT, devido suas condições de vulnerabilidade e incapacidade de autorregulação, às quais exigem intervenções e procedimentos que favorecem a exposição à dor, estresse, luminosidade e ruídos do ambiente. Fatores que os colocam em situação susceptibilidade elevada ao risco de maturação cerebral anormal e, ao aumento do índice de morbimortalidade (Abdeyazdan et al., 2014; Gaspardo et al., 2010).

A filosofia do cuidado desenvolvimental (*Neonatal Individualized Development Care and Assessment Program* - NIDCAP®), desenvolvida por Heidelise Als, em 1982, propôs o cuidado para promover um ambiente seguro ao RNPT. De modo que torna possível a identificação das vulnerabilidades do recém-nascido e de seus familiares e, também a intervenção junto aos mesmos, com minimização das possíveis complicações e agravos (Marski et al., 2018).

O NIDCAP® apresenta, como uma de suas bandeiras, o manuseio mínimo do RNPT pela equipe, com evidências científicas de resultados positivos no(s): quadro clínico; padrão de resposta comportamental e fisiológica dos sistemas autonômico, motor e de autorregulação; processos de dor; e, desenvolvimentos neurocomportamental, neurofisiológico e neuroestrutural (Gaspardo et al., 2010). Nessa perspectiva, no Brasil, aliado ao avanço da tecnologia e de protocolos com base na filosofia de cuidados, foi criado o Método Canguru (MC), como política de atenção humanizada a RNPT (Ministério da Saúde [MS], 2020).

Para que sejam difundidas e apreendidas as atualizações e as novas abordagens de cuidado aos RNPT deve ser incentivada a educação permanente da equipe multiprofissional. Para tanto, podem ser utilizados veículos como oficinas e aulas remotas ou à distância (EaD), as quais têm ampliado o acesso aos processos pedagógicos, sobretudo na vigência de impossibilidades presenciais. É incentivado, para este fim, o planejamento e implementação de uma Matriz de *Design* Instrucional, como um instrumento de gestão do conteúdo a ser abordado pelo objeto de aprendizagem (Costa et al., 2014).

Assim, frente à questão norteadora: *Como promover a reflexão remota e com interatividade, junto à equipe de profissionais de unidade intensiva, com base nas evidências científicas sobre os cuidados com o desenvolvimento do recém-nascido prematuro?* Esta produção tem como objetivo descrever parte do processo de uma Pesquisa Convergente Assistencial, a qual foi ancorada pela Matriz de *Design* Instrucional, visando a intervenção nos cuidados aos recém-nascidos pré-termos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

2. Método

Trata-se da aplicação do método da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) (Trentini et al., 2017) para a construção de objetos de aprendizagem interativos e a organização em uma Matriz de *Design* Instrucional (Costa et al., 2014), voltada para a intervenção na prática cotidiana de cuidados aos recém-nascidos pré-termos (RNPT), em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.838-847

É relevante mencionar que este artigo é originado, para submissão a um congresso, à partir de um produto desenvolvido em uma dissertação de mestrado, na modalidade profissional, as atividades foram ajustadas para operacionalização remota em virtude do advento do cenário provocado pela COVID-19.

O conceito de convergência na PCA é entendido como sendo o entrecruzamento entre as ações de assistência com as ações de pesquisa, encontro este que proporciona possibilidades de leitura e descoberta de novos fenômenos. Constituem-se atributos essenciais da PCA (Trentini et al., 2017): imersibilidade; simultaneidade; expansibilidade; e, dialogicidade. Ainda, como fonte de transformação não imediata, busca a construção de conhecimento atribuídos à prática para resolução de problemas. A PCA deve ser desenvolvida considerando-se 4 Fases: 1ª) de Concepção; 2ª) de Instrumentalização; 3ª)Perscrutação; 4ª) Avaliação. (Trentini et al., 2014). As Oficinas constituíram-se veículos para a perscrutação, na qual o autor busca estratégias para levantar dados, mediante os registros, com objetivo de investigação (Trentini et al., 2014).

A intervenção, que abrangeu todas as etapas propostas pela PCA, envolveu a equipe multiprofissional que atua diretamente no cuidado de prematuros, em UTIN de um grande hospital público e de ensino, localizado na capital do estado do Paraná, Brasil. Instituição é referência para o atendimento de alto risco materno e infantil e, recebeu em 2014, do Ministério da Saúde, a certificação de Centro de Referência Estadual para Atenção Humanizada ao Recém-Nascido, o Método Canguru (Rede Neonatal, 2018). A UTIN conta com 126 profissionais de saúde dos quais foram alcançados 68 (cerca de 54%), na primeira abordagem em relato. A capacidade de atendimento é disponibilizada por 10 (dez) leitos de UTIN, 15 (quinze) leitos para Unidades de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e 5 (cinco) leitos para Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa), caracterizando-se como UTIN Tipo III, conforme Portaria nº 930, de 10 de maio, de 2012 (Ministério da Saúde [MS], 2012).

Para seleção dos interessados, adotaram-se os critérios de inclusão: ser profissional de saúde da UTIN do hospital em foco, independente da área formação; e, prestar cuidado direto ao RNPT. Não houve critério de exclusão, mesmo os afastados (saúde ou férias) puderam participar devido o processo ter sido remoto. A abordagem pedagógica interativa foi desenvolvida a partir de um projeto pedagógico, com cronograma das oficinas desenvolvidas em um Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), com apoio da Plataforma Moodle. Em fevereiro de 2020, o planejamento foi apresentado para análise e parecer do Centro de Estudos e Pesquisa em Enfermagem (CEPEn), setor responsável pelas capacitações na instituição. Frente a aprovação, foi implementado o programa que se desenvolveu com nove oficinas instrucionais, os profissionais foram orientados a cumprir com todas as oficinas no período entre 26 de junho a 12 agosto de 2020, cerca de 50 dias, considerando que estavam trabalhando normalmente e deveriam se organizar. A carga horária total das Oficinas foi de 20h e, os participantes receberam certificados.

A duração de cada oficina foi cerca de uma hora e, incluíram-se as atividades de: frequência às videoaula; resposta à pergunta disparadora registrada na plataforma; leitura dos artigos científicos disponibilizados; apreciação dos vídeos sugeridos como complementares; e, a participação em grupo de discussão, foi instituído um fórum virtual. Cada oficina apresentou um tema singular para reflexão do ambiente de trabalho, inserindo as práticas que buscam a garantia do cuidado, qualificado e seguro, para o desenvolvimento do RNPT. E, os dados foram coletados mediante os registros no fórum virtual, consolidando-se como produtos de discussão do grupo organizados de acordo com os temas abordados, sem codificação, como estratégia de coleta de dados, na Fase da Perscrutação da PCA.

A organização das oficinas no processo de ensino-aprendizagem orientou-se por Afonso (2013), como um encontro de indivíduos com o objetivo de promover o trabalho em grupo. No presente, foram encontros remotos, não síncronos, para a promoção de um trabalho coletivo de produção de uma tecnologia assistencial, à partir da Matriz de *Design* Instrucional.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.838-847

Para Afonso, uma oficina em saúde, devido sua relevância, deve ser aceita pelo grupo e seu desenvolvimento ocorrer em quatro etapas: 1. *Demanda*: aborda as necessidades a serem trabalhadas podendo, ao longo do processo, se diferenciar da proposta inicial. 2. *Pré-análise*: inclui o levantamento de dados e aspectos importantes da questão a ser trabalhada. 3. *Foco e enquadre*: o foco se refere ao trabalho que será desenvolvido, já o enquadre inclui o número e tipo de participantes, o contexto institucional, o local, os recursos disponíveis e o número de encontros. 4. *Planejamento flexível*: define como o coordenador da tarefa deve planejar cada encontro.

Ressalta-se ainda que as Oficinas se inserem na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como uma proposta de aprendizagem no trabalho, incorporada ao cotidiano das instituições para a transformação das práticas profissionais (Ministério da Saúde [MS], 2018).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa em Seres Humanos, conforme previsto na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (Torres, Mendes & de Souza, 2019), sob CAAEE n° 25514119.7.0000.0096.

3. Resultados

A construção das Oficinas visaram sobretudo a interatividade e inclusão multiprofissional e, para cada uma seguiram-se as etapas propostas por Afonso (2013) objetivando a construção das temáticas e o cronograma da Matriz de *Design* Instrucional (MDI), ressaltando-se que não necessariamente foram desenvolvidas em ordem sequencial. São apresentadas neste capítulo as Etapas para elaboração de cada Oficina e, na Discussão são descritas cada Oficina, com a sustentação teórica.

Na *1ª Etapa*, a *de Demanda*, direcionou-se uma pergunta disparadora, a saber: *Como podemos melhorar a nossa prática?* E, com esta, foi abordada a fisiologia do desenvolvimento cerebral do feto, seu processo de maturação, o desenvolvimento do aparelho psíquico-emocional, correlacionaram-se as intercorrências ao desenvolvimento do prematuro e, enfatizada a importância de um planejamento assistencial institucional.

Na *2ª Etapa*, de *Pré-análise,* os objetivos de cada oficina foram traçados, assim como definidos os conteúdos teóricos necessários para cada abordagem e, a organização didática da gravação das videoaulas para disponibilização na plataforma Moodle. A temática foi baseada no desenvolvimento prévio de uma *Scoping Review* (ScR), valendo-se do acrônimo PCC, a saber: *Quais os cuidados desenvolvimentais mais evidenciados aos neonatos prematuros assistidos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal?* Nesta revisão de escopo os artigos selecionados abordaram as seguintes categorias de cuidados: NIDCAP; uso de sacarose durante procedimentos dolorosos; Método Canguru; a música; protocolo de cuidado para exame de retinopatia; a voz materna; o desenvolvimento de protocolos de cuidado; e, o banho Swaddle.

A produção das videoaulas foi solicitada aos profissionais da própria instituição hospitalar e do cenário de cuidado em estudo, sobretudo os líderes das equipes assistenciais e dos turnos, que detinham *expertise* sobre cada enfoque a ser desenvolvido, nas nove Oficinas; e, ainda profissionais em curso de pós-graduação *Stricto Sensu*. Foram eles: médico neonatologista; enfermeiros; fisioterapeutas; fonoaudióloga; psicólogo e assistente social; e, uma enfermeira em programa de doutoramento em enfermagem. Ressalta-se que os profissionais receberam orientação quanto ao escopo das videoaulas e da MDI, para procederem à gravação.

Foi estabelecida assim uma MDI, intitulada "*Cuidar do Prematuro é Preservar o seu Cérebro em Desenvolvimento*", com criação de um logotipo que marcou todo o material, nele consta uma imagem que expressa o cuidado ao neonato preservando o seu desenvolvimento neurológico (Fig. 1).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.838-847



Fig. 1. Logotipo do material da Matriz de *Design* Instrucional. Curitiba, Brasil, 2020. Fonte: As autoras (2020).

Os objetos de aprendizagem interativos como os temas*,* foram operacionalizados com oficinas remotas assíncronas, focados na abordagem e estímulos para a discussão de questões centrais, aplicáveis à construção de novas práticas na área de saúde, mais especificamente no cuidado ao RNPT (Knak & Paz, 2016).

Na *3ª Etapa de Foco e Enquadre*, encaixaram-se os tópicos disparadores do desenvolvimento das oficinas, catalisando a reflexão da realidade do ambiente de trabalho e das possibilidades de mudanças das práticas assistenciais.

Por fim, como *4ª Etapa, a do Planejamento flexível*, ocorreram as Oficinas com reflexões provocadas por perguntas disparadoras, para as quais se receberam sugestões pelos profissionais participantes. Sendo que todas as sugestões foram lidas atentamente pela pesquisadora principal, para a realização da seleção e categorização dos relatos pertinentes aos temas e, relevantes para construção de uma tecnologia educacional., propósito maior do desenvolvimento da dissertação de mestrado.

As oficinas foram desenvolvidas em nove módulos, sendo oito tópicos com abordagens teórico-científicas e práticas específicas e, o nono dedicado ao fechamento e produção da tecnologia educacional. Foram as seguintes: *Oficina I:* abordagem da fisiologia do desenvolvimento cerebral do feto; *Oficina II:* análise do grupo dos contextos de vulnerabilidade familiar e seus respectivos fatores; *Oficina III:* reflexão dos desafios relacionados ao aleitamento materno do RNPT; *Oficina IV:* abordagem da fisioterapia aplicada aos cuidados neurodesenvolvimentais do prematuro; *Oficina V*: a importância da estabilidade térmica do RNPT; *Oficina VI:* princípios e fundamentos do cuidado desenvolvimental; *Oficina VII:* processo fisiológico da dor no recém-nascido prematuro, seus indicadores e suas consequências quando negligenciada; *Oficina VIII:* reconhecimento e avaliação da dor por meio de escalas validadas; *Oficina IX*: Análise das sugestões e dos produtos do *chat* (resultado da discussão do grupo), das respostas à pergunta disparadora, para o desenvolvimento do protocolo de manuseio mínimo ao recém-nascido em cuidados intensivos.

Contou-se com a participação de 68 profissionais da equipe multidisciplinar, contabilizando cerca de 54% de toda a equipe de profissionais atuantes na unidade responsável pela assistência direta aos prematuros no cenário da pesquisa, sendo: 31 (45,6%) técnicos/as de enfermagem; 25 (36,8%) enfermeiros/as; 5 (7,3%) médicos neonatologistas; 4 (5,9%) fisioterapeutas; 1 (1,5%) auxiliar de enfermagem; 1 (1,5%) fonoaudióloga; e, 1 (1,5%) profissional que era Assistente Social e Psicóloga, exercendo duas funções em regime de contratação distintos mas, coexistentes na instituição.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.838-847

A *Oficina IX*, foi planejada e organizada para categorização e desenvolvimento da tecnologia assistencial propriamente dita, ao término das oficinas educativas, valendo-se da ferramenta Wiki® de compartilhamento de informações em material online dentro da plataforma das oficinas. Após a estruturação da primeira versão do documento este foi disponibilizado na plataforma Moodle, como prévia dos principais cuidados desenvolvimentais descritos na literatura e, posteriormente, foi editado pelo grupo.

Em síntese, cada Oficina estabeleceu-se em dois ciclos entrelaçados com o objetivo de promover a difusão e o compartilhamento dos conhecimentos, científicos, pessoais e empíricos: 1º) difusão das informações; e 2º) incentivo ao debate e discussão da temática. Assim, os participantes puderam contribuir com a triangulação de informações procedentes das *videoaulas - pergunta-disparadora – chat – reflexão -sugestões*.

Ao final do processo das Oficinas foi disponibilizado um instrumento de avaliação sobre a abordagem utilizada e seu impacto, obteve-se retorno de 52 (76,47%) cursistas, os quais consideraram-na relevante para qualificação da prática assistencial na unidade pois, possibilitou a releitura da prática e agregação de conhecimentos científicos.

4. Discussão

Na *Oficina I* com a abordagem ao desenvolvimento cerebral fetal, a importância do cuidado protetor ao recém-nascido, e a necessidade crucial do cuidado com o desenvolvimento, foram apresentadas estratégias de prevenção da hemorragia intracraniana peri-intraventricular. Estas foram descritas pelas autoras Knak e Paz (2016) como o posicionamento mediano do prematuro, a diminuição de estressores ambientais – como a manipulação mínima com agrupamento de cuidados – e, o controle térmico. O grupo foi estimulado a refletir sobre a identificação das consequências da prematuridade no desenvolvimento do RNPT, de que maneira poder-se-ia ajustar o foco assistencial aos prematuros na sua unidade, às recomendações. Neste sentido, pesquisadores enfatizam a importância do planejamento institucional na UTIN, como o ambiente que acolhe o RNPT após o nascimento mas, que também exerce impactos deletérios ao seu organismo (Magalhães et al., 2011), que podem comprometer o desenvolvimento por toda a vida (Rabello & Barros, 2011; Sousa et al., 2008).

A *Oficina II*, com foco na estratégia do acolhimento familiar para a promoção do vínculo na Unidade de Terapia Intensiva , instigou o profissional para análise dos contextos de vulnerabilidade familiar e seus respectivos fatores e, apontou para a importância do reconhecimento de seu papel na promoção do acolhimento familiar. O grupo de discussão abordou metas de melhorias para promoção do acolhimento familiar e, posteriormente, foram descritas no *chat* as atitudes exitosas, presenciadas na unidade. Sabe-se que o ambiente não atua como estressor apenas para o RNPT, mas também para seus familiares, devido ser estranho e impessoal (Del'Angelo et al., 2010). Sendo assim, o cuidado prestado pelo enfermeiro deve ser estendido aos familiares, através de ações que incentivem a sua permanência ao lado do paciente, que promovam conforto, esclareçam dúvidas, incentivando uma assistência individualizada que atenda ao interesse de todos (Guimarães & Monticelli, 2007). Os pais podem apresentar problemas emocionais nesse período, em decorrência do medo ao enfrentamento das dificuldades e a fragilidade para a construção do apego (Cunha et al., 2020).

Atentando para a importância do aporte nutricional, desde o início do internamento do prematuro, e de suas dificuldades, a *Oficina III*, disponibilizou a reflexão e materiais relacionados aos desafios do aleitamento materno ao RNPT, estimulando a compreensão do processo anatômico e fisiológico relacionado à sucção nutritiva ou não. Lembrando ainda que, o domínio dos métodos de estímulo ao aleitamento materno do prematuro é indicativo da qualidade assistencial e, interfere positivamente no processo de oferta diária na unidade. Segundo pesquisadores, o tempo de internamento interfere negativamente no processo do aleitamento materno e, o gerenciamento dos momentos de ordenhas acabam sendo prejudicados durante as diárias estressantes das UTIN (Rolim et al., 2012).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.838-847

A *Oficina IV* foi desenvolvida com foco nos cuidados neurodesenvolvimentais do prematuro, como: aspiração segura; contenção facilitada; a importância do ninho para a posturação do RNPT; e, em especial sobre o posicionamento nas primeiras 72 horas de vida para a prevenção da hemorragia cerebral - esta como a lesão mais relevante no período neonatal-, devido à predisposição anatômica. De acordo com Knak & Paz (2016), o posicionamento mediano da cabeça em posição dorsal ou lateral, contribui para um fluxo cerebral de forma homogênea e contínua, evitando rupturas de capilares fragilizados.

A *Oficina V* abordou a importância da estabilidade térmica do RNPT, mostrando a fisiologia de perda e produção de calor do prematuro. Foi apresentando complementarmente, um relato do processo de construção de um protocolo de umidificação, já implementado na unidade em estudo. Os participantes foram incentivados à identificação de estratégias para manutenção do controle térmico. Sabe-se que a termorregulação é uma função de controle de temperatura corpórea intimamente relacionada com a transição e sobrevivência dos neonatos. A equipe deve estar atenta e apta para intervir sempre que houver alguma alteração térmica no RNPT, identificando sinais clínicos de hipotermia e hipertermia, participando do plano de cuidados, avaliando o conhecimento e as técnicas em busca de melhores resultados e, por fim, prevenindo a morbimortalidade no período neonatal (Ministério da Saúde [MS], 2014). A exposição a procedimentos prolongados e a não sistematização do cuidado eleva as aberturas das portinholas, gerando hipotermias. A redução da temperatura corporal gera diminuição da produção de surfactante e, aumento do consumo de oxigênio, culminando com o desenvolvimento ou a piora da insuficiência respiratória (Harillo Aceved, Ricco Becerra, & López Martíne, 2017).

Considerando a seriedade de cuidar do RNPT com foco no desenvolvimento futuro, a *Oficina VI* promoveu uma analogia acerca dos princípios e fundamentos do cuidado desenvolvimental, remetendo o grupo para o manuseio mínimo e, ao processo da construção da MDI. Ao final, foi solicitado aos profissionais que descrevessem quais os cuidados desenvolvimentais - que protegem o desenvolvimento neurológico do RNPT - poderiam ser implantados para o fortalecimento de uma tecnologia assistencial. A implementação do NIDCAP nas UTIN pode proporcionar efeitos positivos no crescimento e recuperação do RNPT, de modo a preconizar ações de acordo com a precisão clínica e desenvolvimental, minimizar o manuseio excessivo do bebê, adaptar o ambiente para proporcionar mais conforto e instituir medidas para inserir os pais no cuidado (Mirlashari et al., 2019). Entre os benefícios do NIDCAP, destaca-se o modelo específico a essa população descrita e, principalmente em proporcionar a segurança aos cuidadores na assistência ao prematuro (Andrade, 2019).

Na *Oficina VII* foi abordado o processo fisiológico da dor, seus indicadores e suas consequências, sobretudo quando negligenciada; foram descritos os principais fármacos utilizados na neonatologia, as principais escalas para avaliação do nível de dor e estresse, além abordagem às consequências no desenvolvimento do prematuro. Conforme Silva et al (2007), o “sentir a dor” está estabelecido por sensores corporais por volta da 20ª semana de gestação, com marcadores de estresse bem estabelecidos por volta da 30ª semana de gestação. No RNPT, a dor pode ser definida como uma experiência subjetiva que pode estar relacionada a lesões reais. Contudo, não são expressadas pela verbalização, com descrição ou queixa da dor sentida, o que repercute na dificuldade da identificação e localização da mesma (Moraes, 2017), na ausência de tempos/horários e escalas para aferi-la como o quinto sinal vital. Neste sentido, a construção de protocolos assistenciais, para diagnóstico e intervenção em processos álgicos, norteia e padroniza cuidados e meios avaliativos para a tomada de condutas clínicas para minimizá-la (Melo, 2010).

Devido às iatrogênias medicamentosas ao desenvolvimento cerebral do prematuro, em primeira escolha as ações de controle da dor são voltadas para os métodos não-farmacológicos. De maneira continuada, a *Oficina VIII* dispôs os conceitos para o reconhecimento e avaliação da dor, valendo-se de escalas validadas e, instigou os profissionais à reflexão das estratégias para prevenção e redução da dor no RNPT. As escalas são ferramentas relevantes de informações para identificação da dor e, podem ser utilizadas em prematuros, a *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS) - a Escala de Avaliação de Dor Neonatal-, é utilizada na unidade da pesquisa.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.838-847

Revisando todo o processo das oficinas anteriores, a *Oficina IX* foi destinada para a sistematização e a construção do protocolo assistencial, através da plataforma Wiki® com adesão às contribuições do grupo em cada categoria de cuidado, a saber: ambiente; cuidados de rotina; procedimentos terapêuticos; procedimentos de monitorização; e cuidado compartilhado familiar.

5. Considerações Finais

Considera-se respondida a pergunta de pesquisa e, alcançado o objetivo traçado para esta apresentação, foi descrito parte do processo de uma Pesquisa Convergente Assistencial, a qual foi ancorada pela Matriz de *Design* Instrucional, visando a intervenção nos cuidados aos recém-nascidos pré-termos em UTIN.

Este estudo teve como "limitação" a adaptação do modo presencial para o remoto, operacionalizada em curto espaço de tempo, devido às novas diretrizes institucionais necessárias ao cenário da pandemia do Covid-19. Contudo, este ajuste favoreceu a participação, inclusive, dos profissionais afastados temporariamente, por qualquer motivo, do serviço, podendo-se interpretá-lo como um processo interativo inclusivo.

Destaca-se que a Pesquisa Convergente Assistencial baseada em uma Matriz de *Design* Instrucional compreendendo as oficinas virtuais assíncronas, planejadas e sustentadas teoricamente, cumpriu com a difusão de informações científicas de maneira prática, possibilitando o ágil acesso do profissional ao conteúdo específico para o desenvolvimento da temática. Houve translação e atualização do conhecimento ao profissional, instrumentalizando-o à participação na construção de um cuidado qualificado, de acordo com as propostas instituídas nas videolaulas e nos debates, além de ter sido preservada a possibilidade de esclarecimento de dúvidas.

E, para além desta etapa de pesquisa apresentada, culminou-se com o desenvolvimento de um Protocolo de Manuseio Mínimo para Recém-nascidos Prematuros em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, de um grande hospital público de referência para o alto risco, desenvolvido com a participação multiprofissional da equipe atuante no cenário, o qual foi implantado e implementado. Atendendo-se assim à fragilidade de a UTIN ser um ambiente estressor e invasivo e requerer ferramentas que minimizem seus efeitos deletérios.

Neste sentido, para a sociedade contribuiu-se com a redução da morbidade, das sequelas do desenvolvimento em longo prazo e, da mortalidade dos prematuros com o avanço do conhecimento científico e técnico relevante para a qualificação assistencial.

Para as instituições de saúde, a pesquisa reafirmou a necessidade de abordagens inovadoras de educação permanente, com perspectiva de cuidado ampliada, centrada na promoção do desenvolvimento do prematuro, minimizando eventos adversos no período de internação. Acredita-se que assim, poder-se-á conquistar avanços no comportamento assistencial pela equipe multidisciplinar. Este estudo pode ser reproduzido em outros cenários, singularizando-se às necessidades emergentes.

Agradecimentos

Agradecemos à oportunidade oferecida pelos programas brasileiros de pós-graduação na modalidade profissional, de o profissional rever sua prática e nela intervir com criatividade e inovação.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.838-847

6. Referências

Abdeyazdan, Z., Ghasemi, S., Marofi, M., & Berjis, N. (2014). Motor responses and weight gaining in neonates through use of two methods of earmuff and receiving silence in NICU. *The Scientific World Journal*, 2014, 1-5. http://dx.doi.org/10.1155/2014/864780

Afonso, M. L. M. (2013). *Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde*. (1ªed.). Casa do psicólogo.

Andrade, L. M. M. (2019). *Exposição e manejo da dor em recém-nascidos prematuros durante o tempo de hospitalização na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal* [Masters dissertation, Universidade de Brasília]. Repositório Institucional da UNB. https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/37516/1/2019_LaryssaMarinnaMadeiradeAndrade.pdf

Costa, I. A., Kemczinski, A., Gasparini, I., & Souza, D. C. d. (2014). Matriz de design instrucional da metodologia para a construção de objetos de aprendizagem interativos. *Nuevas Ideas en Informática Educativa TISE*. http://www.tise.cl/volumen10/TISE2014/tise2014_submission_307.pdf

Cunha, G. M. d., Rodrigues, F. A., & Herber, S. (2020). Aleitamento materno do prematuro em um hospital amigo da criança. *Revista Recien, 10*(30), 168-178.

Del'Angelo, N., de Goes Fdos, S., Dalri, M., Leite, A. M., Furtado, M., & Scochi, C. (2010). Nursing diagnoses of premature infant under intermediary care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *63*(5), 755-761.

Gaspardo, C. M., Martinez, F. E., & Linhares, M. B. M. (2010). Cuidado ao desenvolvimento: intervenções de proteção ao desenvolvimento inicial de recém-nascidos pré-termo. *Revista Paulista de Pediatria*, *28*(1), 77-85.

Guimarães, G. P., & Monticelli, M. (2007). (Des) motivação da puérpera para praticar o método mãe-canguru. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, *28*(1), 11.

Harillo Acevedo, D., Rico Becerra, J. I., & López Martínez, Á. (2017). La filosofía de los cuidados centrados en el desarrollo del recién nacido prematuro (NIDCAP): una revisión de la literatura. *Enfermería Global*, *16*(48), 577-589.

Knak, D., & Paz, I. (2016). Cuidando do cerebro em desenvolvimento: estratégias de prevenção de hemorragia intraccraniana peri-intraventricularem UTI neonatal. *Anais do Salão de Ensino e de Extensão*, 144. https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/salao_ensino_extensao/article/view/15175

Magalhães, L. d. C., Fonseca, K., Martins, L., & Dornelas, L. d. F. (2011). The performance of pre-term children with very and extreme low weight according to the Denver-II test. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, *11*(4), 445-453.

Marski, B. d. S. L., Facio, B. C., Ichisato, S. M. T., Barba, P. C. d. S. D., & Wernet, M. (2018). Developmental Care: assistance of nurses from Neonatal Intensive Care Units. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *71*, 2758-2766.

Ministério da Saúde. (2018). *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?* https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf

Ministério da Saúde. (2014). *Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais da saúde.* http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf

Ministério da Saúde. (2012). *Portaria no 930, de 10 de maio de 2012.* http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html

Mirlashari, J., Fomani, F. K., Brown, H., & Tabarsy, B. (2019). Nurses' and Physicians' Experiences of the NIDCAP Model Implementation in Neonatal Intensive Care Units in Iran. *Journal of pediatric nursing*, *45*, e79-e88.

Moraes, E. L. L . d. (2017). *Protocolo multiprofissional para manejo da dor e do estresse em recém-nascidos: uma pesquisa-ação* [Martes's dissertation, Universidade Federal do Paraná]. Biblioteca digital. https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/53384

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.838-847

Rabello, M. S. d. C., & Barros, S. M. O. d. (2011). Clinical and epidemiological aspects of prematurity in a Normal Delivery Center, São Paulo, Brazil. *Einstein*, *9*(4), 483-488.

Rede Neonatal. (2012). Institucional. http://www.redeneonatal.com.br/index.php/institucional.

Rolim, K. M. C., Barbosa, R. d. M. A., Medeiros, R. M. G., Leite, M. L., & Gurgel, E. d. P. P. (2012). Permanence of the semipermeable membrane in the newborn skin: a differentiated care. *Revista Rene*, *11*(1).

Sousa, M., Silva, R., & Araújo, S. (2008). Quantification of manipulations in neonatal intensive care unit: proposal of protocol elaboration. *ConScient Saúde*, *7*(2), 269-274.

Torres, J., Mendes, A., & de Souza, M. V. (2019). Objetos de aprendizagem: uma proposta interativa de desenvolvimento. *Brazilian Journal of Development*, *5*(11), 23377-23398.

Trentini, M., Paim, L., & Silva, D. (2014). *Pesquisa convergente assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde*. Moriá Editora.

Trentini, M., Paim, L., & Silva, D. M. G. V. (2017). O método da pesquisa convergente assistencial e sua aplicação na prática de enfermagem. *Texto & Contexto-Enfermagem*, *26*(4).

Organização das Nações Unidas (2019). *OMS: cerca de 30 milhões de bebês nascem prematuros por ano no mundo.* https://nacoesunidas.org/oms-cerca-de-30-milhoes-de-bebes-nascem-prematuros-por-ano-no-mundo/

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.838-847

Relato de Experiência: Círculos de Construção de Paz em uma Penitenciária Feminina

Luiza Rodrigues dos Santos[1], Alcione Bastos Alves[1] e Marilda Castelar[1]

[1] Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Brasil | luizadossantos.pos@bahiana.edu.br; alcionealves.pos@bahiana.edu.br; marildacastelar@bahiana.edu.br | https://orcid.org/0000-0002-9564-7733; https://orcid.org/0000-0001-7306-0053; https://orcid.org/0000-0003-1628-6739

Resumo: Introdução: O texto **objetiva** conhecer o potencial dos Círculos de Construção de Paz para compreensão da importância da escuta na construção do lugar de fala de mulheres. **Metodologia** constitui-se em um relato de experiência partindo da vivência de uma das autoras, como facilitadora na condução de grupos com mulheres internas em uma penitenciária pública, utilizando a metodologia dos Círculos **Resultados:** revela-se a importância dessa experiência de trocas entre a facilitadora e as participantes da pesquisa para a construção e compreensão do lugar de fala a partir do lugar de escuta que a autora vivenciou, o que contribuiu para discussão do método dos círculos e o empoderamento de mulheres. **Considerações finais:** a dialogicidade que marca essa experiência de afetar e ser afetada pelo processo circular de contação de histórias entre mulheres com experiências de gênero diversas, motivou a busca de novas leituras críticas desencadeando processos de mudança das participantes.

Palavras-chave: Empoderamento; Mulheres; Círculos; Prisões.

The construction of the Place of Listening and Place of Speech by a Facilitator of Peacemaking Circles in a Women's Penitentiary

Abstract: Introduction: The text **aims** to understand the potential of the Peacebuilding Circle to understand the importance of listening in the construction of the place of speech of women. **Methodology** consists of an experience report based on the author's experience, as a facilitator in the conduct of groups with prisoner women in a public penitentiary, using the methodology of Circles. **Results:** this article demonstrates the importance of this experience of exchanges between the facilitator and the women, participants of the research, for the construction and understanding of the place of speech from the place of listening that the author experienced, which in the improvement and use of this helped for the empowerment of women. **Final considerations:** dialogicity marks this experience of affecting, but also be affected by the circular process of storytelling among women with diverse gender experiences, which contributed to the search for new critical readings triggering processes of change in the participants.

Keywords: Place of Speech; Listening Place; Qualified Listening; Coping Strategies; Empowerment; Women; Circular Technique.

1. Introdução

Para compreender o retrato do sistema carcerário feminino brasileiro, torna-se indispensável reconhecer os diversos lugares sociais das mulheres, como propõe a perspectiva crítico-política do feminismo negro. Esse posicionamento revela a compreensão da sobreposição de identidades sociais e como esta é elementar para a detecção das desigualdades provenientes de sistemas de opressão, os quais necessitam de atenção para o enfrentamento da violência no Brasil (Berth, 2019).

A autora Juliana Borges (2019) chama atenção para o fato de que, o encarceramento em massa da população negra representa muito mais que privação de liberdade. Em se tratando de mulheres negras, a autora reconhece a importância de debater a invisibilidade e a situação de extrema violência no cárcere, visto que as prisões dependem da violência para funcionarem, seja física, psicológica e simbólica, corroborados pelo ambiente perverso que nutre relacionamentos abusivos e opressões estruturais.

O encarceramento feminino revelou um aumento exponencial após o ano de 2006 quando inaugurada a Lei 13.343/2006 a qual institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.848-855

Drogas – Sisnad. Nessa ocasião, iniciou-se a chamada “guerras às drogas” no país. Esse marco destaca visivelmente o fenômeno do encarceramento feminino em massa.

Os dados estatísticos divulgados pelo Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias revelam que, entre os anos de 2000 à 2016, a taxa de aprisionamento de mulheres aumentou em 455% no país (Brasil, 2018).

Em relação às informações sobre a raça, cor ou etnia da população prisional feminina, o Relatório mencionado contemplou em sua pesquisa uma quantidade de 29.584 mulheres (o equivalente à 72% da população prisional feminina). A partir da análise dessa amostra, identificou-se que 62% da população prisional são mulheres negras (Brasil, 2018). Esse cenário destaca a necessidade de se pensar a política criminal a partir das vulnerabilidades de mulheres que, na grande maioria foram presas por tráfico. É inegável os impactos que essa política acarreta o aumento da população carcerária e, especificamente, de mulheres negras e pobres no país.

Dada essa realidade, os círculos realizados na unidade prisional feminina eram formados por grupos de mulheres, em sua maioria, negras (pretas e pardas), por isto o destaque para as epistemologias feministas para análise da experiência vivida, considerando o processo de reflexividade característico das pesquisas feministas. Esse relato de experiência contempla uma análise dos atravessamentos subjetivos frente a pesquisa e a prática da facilitadora, implicada no campo da pesquisa, a partir dos efeitos da escuta qualificada no seu processo de conscientização racial e a sua autopercepção identitária como mulher negra.

Diante de todas as contradições e desigualdades de gênero, raça e classe nesse contexto, percebeu-se a urgência de ampliação de espaços para promoção de escuta coletiva das internas sobre as suas necessidades. Assim, a experiência objeto de estudo deste relato configura-se no exercício de facilitação de Círculos de Construção de Paz com as mulheres condenadas ao regime fechado em uma Penitenciária Feminina, realizados ao longo dos anos de 2019 e 2020. Foram adotadas as modalidades de Círculo de Diálogo, Círculos de Apoio, Círculos de Reflexão que ocorreram presencial e virtualmente. Este artigo pretendeu conhecer o potencial dos Círculos de Construção de Paz para compreensão da importância da escuta na construção do lugar de fala de mulheres. Para assim impulsionar o empoderamento feminino a partir da troca de experiências entre mulheres.

Considerando o potencial transformador decorrentes das interações entre participantes e pesquisadora permitida pelo processo dialógico de investigação feminista. Essa postura crítica e reflexiva agrega-se também ao pensamento do advogado, filósofo e professor universitário, Silvio Luiz de Almeida (2019) acerca da necessidade do compromisso ético da academia e das instituições de um modo geral contra o racismo estrutural. Violência reproduzida pelas instituições e sociedade, de forma explícita ou de micro agressões, como piadas, silenciamento, isolamento, dentre outras formas.

A escritora e psicóloga Grada Kilomba (2019) ao tratar sobre o racismo genderizado, explica que as mulheres negras têm sido incluídas em discursos que não interpretam as suas realidades, pois suas experiências são invisibilizadas dentro dos debates sobre gênero. Estas adotam como referencial a experiência da mulher branca criada pela falsa ideia de sororidade universal. Nos debates sobre raça, as mulheres negras são também excluídas, pois referem-se à experiência exclusiva do homem negro, assim como dos debates sobre classe no qual raça se quer tem lugar. Logo, para o enfrentamento da violência é preciso que haja a articulação das diversas formas de racismos existentes.

Há nas pesquisas feministas, o enfoque na preocupação com o lugar que a pesquisadora ocupa na relação com as participantes da pesquisa, assim como o impacto do processo investigativo em suas vidas (Narvaz & Koller, 2006). Logo, a investigação busca articular-se ao movimento político feminista, a partir da perspectiva interseccional, de modo a reduzir os vieses sexistas, racistas e classistas das produções do saber, característico das metodologias tradicionais da ciência heteropatriarcal, as quais pressupõem a legitimação ou justificativa de situações de subalternidade de mulheres (Akotirene, 2019).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.848-855

Essa perspectiva visa amparar a análise crítica sobre as ideias e ações de mudança social, especialmente, no que se refere ao potencial dos círculos para a promoção da autonomia e a superação de desigualdade de poder em que as mulheres negras se encontram.

Em uma sociedade que não é nivelada na dimensão pragmática ou material e de condições direitos básicos, ela é sim excludente, pois o poder e o dinheiro, assim como o descaso e descompromisso ético fracassam constantemente a concretização do ideal de Justiça. Isto é, de garantia direitos no âmbito da manutenção da Norma, da Ordem social, do Estado Democrático de Direito (Pelizzoli, 2014). Desse modo, percebeu-se como as práticas restaurativas podem simbolizar a minimização do poder absoluto do Estado no exercício de punição ampla, durante a execução da pena privativa de liberdade, visando a construção de uma cultura antipunitivista.

A Justiça Restaurativa no Brasil não foi implementada como modelo substitutivo ao modelo tradicional de justiça punitivista, na prática, incorpora timidamente técnicas restaurativas em busca da promoção de uma cultura de paz (Miranda & Lopes, 2019). Por meio da reunião ordenada de princípios, procedimentos e ações da Justiça Restaurativa, os círculos realizados com mulheres em uma penitenciária feminina, convida à reflexão e à conscientização sobre os temas trabalhados. Assim, busca-se promover um espaço de diálogo para contribuir para o empoderamento das mulheres em face das violências sofridas e praticadas na prisão.

Essa vertente das práticas restaurativas tem origem ancestral e cultural inspirada nos povos originários norte americanos e canadenses. Essa prática foi sistematizada pela autora canadense Kay Pranis (2019) e baseia-se nos princípios da Resolução 225/2016 do Conselho Nacional de Justiça, que dispõe sobre a Política Nacional de Justiça Restaurativa no âmbito do Poder Judiciário. Essa método de diálogo se assemelha ao Círculo de Cultura de Paulo Freire (2013), considerando que ambos buscam a reelaboração do contexto social através do diálogo, em que os participantes expõem voluntariamente seus sentimentos e opiniões sobre si, sobre as suas vivências, sobre aquilo que lhe afeta e sobre o mundo. Assim, a contação de histórias possibilita a internalização do aprendizado a partir da escuta de si e do outro, mediada por um facilitador que conduz as dinâmicas entre os participantes (Dantas & Linhares, 2014).

2. Metodologia

Este artigo é um relato de experiência (RE) sobre o uso dos Círculos de Construção de Paz em uma unidade prisional feminina. Esta pesquisa originou-se de uma pesquisa maior intitulada Processos Psicossociais na Construção de Estratégias de Enfrentamento da Violência para Garantia de Direitos, aprovada pelo Comitê de Ética da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, em 05/05/2020, sob o número do CAAE: 28706920.1.0000.5544.

O método de relato de experiência foi escolhido por possibilitar a inclusão da subjetividade de quem escreve e refere-se a uma construção teórico-prática que possibilita, por meio de diferentes perspectivas epistemológicas, uma análise sobre a experiência em si, a partir do olhar da pesquisadora inserida em um determinado contexto cultural e histórico (Daltro & Faria, 2019). Para essa construção, utilizou-se métodos observacionais com o apoio do caderno de campo para o aprofundamento das reflexões da prática da facilitadora.

Assim, o RE é uma modalidade de cultivo de conhecimento que se insere no território da pesquisa qualitativa, através da memória, na qual a pesquisadora se encontra implicada (Daltro & Faria, 2019). A escolha deste método justifica-se em razão do RE permitir a apreensão das subjetividades femininas dos coletivos e do campo de pesquisa. Em paralelo, as leituras das epistemologias feministas impulsionaram a ruptura da neutralidade e isenção em face do processo de investigação e da análise dos resultados, pois esse campo epistêmico contribui para a defesa de formas inovadoras de ler e construir a realidade e discursos dos seus múltiplos agentes (Neves & Nogueira, 2005).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.848-855

Nesse sentido, considera-se o propósito questionador da investigação acerca da questão apresentada, o empoderamento feminino. Assim, busca-se analisar este relato de experiência a partir do referencial teórico epistemológico feminista, de modo a romper com a predominância do racionalismo científico na produção do conhecimento, que objetiva encontrar a verdade e o universalismo (Schimanski, et al., 2017).

A produção do conhecimento a partir deste método é relativo a um contexto social e histórico específico e revela-se como um conhecimento dialógico porque está permeado por múltiplas experiências, vozes e autorias de mulheres, em sua maioria negras.

Nota-se que tais pesquisas envolvem uma preocupação com todo o processo de condução da investigação, que se inicia com a escolha do delineamento do desenho de estudo a ser utilizado, uma vez que diferentes métodos conduzem a diferentes resultados. Dessa forma, os pressupostos epistemológicos, metodológicos, ontológicos e éticos, implícitos ou explícitos nos delineamentos de pesquisa, refletem implicações políticas, podendo estar a serviço de diferentes interesses, de forma direta ou indireta (Narvaz & Koller, 2006).

A autonomia de pesquisadoras feministas possibilita a experiência da reflexividade na pesquisa qualitativa (Neves & Nogueira, 2005) e representa, em si, um caminho para a reelaboração mental e reconstrução dos sentidos construídos ao longo da vida sobre os modos de viver e ser mulher. Desse modo, esse estudo visa compreender os processos de violências na vida de mulheres para a construção do pensamento crítico de práticas que não contribuam para o enfrentamento de opressões sistêmicas, institucionais e a garantia de direitos humanos.

Essa reflexão crítica durante o processo de construção do conhecimento acerca das próprias experiências da pesquisadora, das suas práticas profissionais como facilitadora e a sua influência na realização do estudo revela a importância de implicar-se no processo de escrita da pesquisa. Dessa forma, nega-se a neutralidade e objetividade proveniente do caráter androcêntrico das metodologias positivistas que, na maioria das vezes, reforçam teses e ideias que culpabilizam mulheres envolvidas em contextos de violência.

A prática da facilitadora articulou-se à construção do seu pensamento crítico científico, consolidado a partir da leitura do pensamento de autoras negras e, majoritariamente, afro-latino-americanas, que vêm trazendo a importância da consciência acerca do lugar de fala, de modo a contribuir com a luta antirracista, antissexista e anti-LGBTfóbica. Assim, a autora Djamila Ribeiro (2019, p.69), em sua obra *Lugar de Fala*, afirma que lugar social não determina uma consciência discursiva sobre esse lugar, contudo, as experiências diversas de gênero são demarcadas a partir do lugar que ocupamos socialmente. De acordo com a autora, ao promover uma multiplicidade de vozes o que se pretende, sobretudo, é quebrar com o discurso autorizado único e pretensamente universal. Portanto, busca-se lutar para romper com o regime de autorização discursiva.

Nesse sentido, somente após o processo de internalização da desconstrução de padrões que reforçam violências contra a mulher que se consolidou por meio desse lugar de escuta, é que se tornou possível escrever esse relato. Sobretudo porque ele também convoca a pesquisadora para olhar para a realidade dessa experiência interna e externa diante dos efeitos ressoados na facilitadora pela sua prática.

Os encontros ocorreram no período de 2019 presencialmente e foram organizados por volta de 5 grupos de 10 a 15 mulheres, no máximo, contemplando a maioria das mulheres da unidade. Em 2020, os círculos passaram a ocorrer na modalidade online e eram feitos em grupos de 5 mulheres, respeitando os protocolos de biossegurança, como o distanciamento mínimo entre as participantes e o uso obrigatório de máscaras. Ocorreram em média, 1 círculo por mês, totalizando 10 encontros.

Durante a coleta dos dados acerca da experiência vivida pela facilitadora, foi utilizado Diário de Campo como instrumento, para registrar as anotações pessoais da pesquisadora que contemplam as suas percepções sobre o desenvolvimento desse trabalho em relação ao lugar de escuta e lugar de fala da facilitadora, o seu processo de identificação racial e as dificuldades enfrentadas. Em relação às informações registradas, destaca-se que as mulheres em situação de privação de liberdade não foram abordadas diretamente nos

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.848-855

círculos sobre os efeitos da experiência da sua participação. Também não foram registrados os conteúdos abordados durante a realização desse trabalho, visto que os círculos não são métodos de investigação. Além disso, não foram evidenciados quaisquer dados que pudessem identificá-las.

Os registros compõem a documentação da memória do cotidiano e do processamento da experiência para a descrição dos atravessamentos subjetivos da facilitadora, da metodologia e recursos utilizados nos círculos para somar à análise dos dados

No que concerne a prática vivenciada dos círculos de construção de paz, já adotada pelo Poder Judiciário brasileiro, caracteriza-se por uma estrutura de diálogo em grupo que promove foco, responsabilidade, inclusão e conexão entre os participantes, ocorre por meio do processo da contação de histórias de experiências (Pranis, 2019). São conduzidos a partir de um roteiro elaborado previamente pelas facilitadoras que organizam as dinâmicas, a exposição de vídeos, a utilização de recursos musicais e artísticos que simbolizam aspectos profundos ligados aos princípios éticos da Justiça Restaurativa, como: corresponsabilidade, o empoderamento, a conexão e inclusão, dentre outros dispostos no artigo 2º da Resolução 225/2016 do Conselho Nacional de Justiça.

Para as autoras Carolyn Boyes-Watson e Kay Pranis (2011) as participantes em um círculo desempenham um papel principal na construção dos valores do grupo relativos às suas vidas pessoais, comunitárias, relacionais e simbólicas. Essa etapa é importante para estabelecer um espaço seguro para a fala e contribui para o fortalecimento da coesão entre as participantes (Pezzoli, 2014). Após essa etapa, inicia-se a construção das diretrizes que articulam os acordos entre as integrantes do grupo sobre o modo de condução do círculo, portanto, descrevem os comportamentos que deixarão o espaço seguro para que falem. A clareza das normas e combinados inibem a expressão de atitudes que venham a desrespeitar alguma participante (Pranis & Boyes, 2011).

3. Discussão dos Resultados

O Diário de Campo contém informações acerca do planejamento, das dificuldades de execução desse trabalho, considerando as limitações determinadas pelo funcionamento da instituição e o território para o estabelecimento das dinâmicas, as possibilidades e limites da prática, levando em conta os aspectos característicos do ambiente carcerário. Assim, tornou-se fundamental observar algumas peculiaridades locais para preservar a segurança dessas mulheres, criando grupos menores para não reforçar disputas, brigas ou discriminações entre as participantes, evitando não expor aquelas que sofrem violências dentro desse contexto e a potencialização dos conflitos deste ambiente.

Antes de iniciar o trabalho, estabeleceu-se um contrato tácito entre as participantes de cada grupo em relação a voluntariedade para participar do círculo e a confidencialidade no que tange às histórias compartilhadas. Ademais, combinou-se o horário de início, tempo de duração e esclareceu-se sobre a importância do cuidado com o julgamento pessoal das falas das outras participantes.

Nesse sentido, os círculos realizados foram da modalidade não-conflitivo, considerando as necessidades apresentadas pelas próprias internas. Os temas facilitados foram: autocuidado; a consciência negra; acolhimento em tempos de pandemia; o luto; a maternidade; saudade; cuidados com a saúde; responsabilidade pelos nossos direitos e direitos das outras; empoderamento feminino; liberdade e responsabilidade.

No início da atividade utilizou-se recursos de objetos que representavam elementos interculturais para compor os chamados “centros dos círculos”, que funcionam como estímulos disparadores para o início dos diálogos. Na modalidade virtual em 2020, estes recursos foram compostos por imagens impressas relacionadas aos temas trabalhados. Também foi utilizado o objeto da palavra, que simboliza o poder da fala e da escuta ativa no círculo (Boyes-Watson & Pranis, 2011), o qual era repassado entre as participantes no modo presencial durante a contação de histórias.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.848-855

Após o trabalho do grupo, as mulheres enfatizaram que se sentiram acolhidas e ouvidas nos círculos, todavia também revelaram que a atividade não era suficiente para superar a sua dor, o que evidencia a necessidade de mais atividades grupais e do acompanhamento psicossocial constante nesse ambiente para o cuidado da saúde mental dessas mulheres.

A experiência relatada apresentou-se como uma possível estratégia de enfrentamento das violências psicológica, institucional, física, dentre outras. Da mesma forma, funcionou como um espaço de garantia de direitos das mulheres encarceradas. Desse modo, foi observado que as práticas restaurativas podem contribuir para limitar o exercício do poder de punição absoluto do Estado, durante a execução da pena privativa de liberdade, para que não sejam cometidas arbitrariedades ilegais, tanto por omissões ou violações de direitos.

Percebeu-se que as perguntas elaboradas para trabalhar os temas específicos, muitas vezes, não conectava às reais necessidades das internas que utilizavam o espaço para buscar resolver questões imediatas relacionadas ao contexto vivenciado pela luta dos seus direitos. Isto denuncia a urgência de criação de novos espaços de diálogos coletivos para união dessas reivindicações por meio de uma escuta qualificada. Por essa limitação, os círculos acabaram sendo direcionados para outros fins, dificultando a promoção da reflexão e da responsabilização em razão da precarização estatal dos direitos demandados.

Como resultado dessa prática, utilizando a perspectiva da autora Joice Berth (2019, p.18), foi possível observar que o empoderamento feminino desenvolveu-se a partir do aspecto político, em razão da consciência do grupo das desigualdades de poder e pela mobilização e organização das mulheres para a luta coletiva pelos seus direitos. De acordo com a autora, o empoderamento é um instrumento de emancipação política e social que não deve servir para “viciar” ou criar relações paternalistas, assistencialistas ou de dependência entre indivíduos.

Considerando a importância do lugar de fala, de acordo com os registros de campo, percebeu-se que é essencial se manter um diálogo horizontalizado, sem a predominância do desequilíbrio das relações, em razão da hierarquia entre a facilitadora e as participantes, de modo que não haja constrangimento para responder as perguntas ou que as narrativas não se tornem enviesadas, desvirtuando, assim, a finalidade do círculo ou artificializado o processo circular.

De acordo com Pelizzoli (2014, p. 435) quando alguns militantes ou críticos de base social, marxista ou não, encontram propostas que operam com ações psicossociais, como aquelas que estabelecem o nível do diálogo, humanização, resgate de intersubjetividade, mudanças interpessoais e similares, há a tendência de encarar essas ações como menores, subjetivas, ou até mesmo espirituais, “apenas psicológicas”. As mudanças estruturais são fundamentais para uma sociedade mais justa e igualitária, no entanto, não é possível apenas esperar por condições econômicas ideais às classes desfavorecidas, para se buscar outras estratégias de enfrentamento às violências.

Muitos limites ainda devem ser superados no processo de transformação desse cenário, pois para que haja o empoderamento é preciso enfrentar opressões estruturais que são reproduzidas pela política de encarceramento em massa. Para haver mudança, é essencial a participação e a mobilização de todos na construção de novas estratégias e soluções. Mas, inegavelmente, a ampliação de espaços de diálogos coletivos configura dispositivos da produção do cuidado que não podem ser negados no cárcere.

Uma outra face do empoderamento feminino se revelou pelo processo de resgate da subjetividade por meio da contação da história de vida da facilitadora, proporcionada pela potência do encontro com mulheres nos círculos e articulada aos conhecimentos das epistemologias feministas negras. Esse processo impulsionou interpretações críticas da realidade vivida e contribuiu para a construção do lugar de fala da facilitadora. A autopercepção identitária, estimulada crítica e politicamente por essas vivências, passou pelo processo de identificação da sua negritude, a partir da consciência racial, a qual foi negada durante muito tempo em sua vida pelo processo histórico de miscigenação da população brasileira que lhe atravessou. Portanto, a transformação vivenciada apresenta

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.848-855

o potencial do uso da metodologia dos círculos para o empoderamento de mulheres envolvidas em processos de violências em suas vidas.

Esta discussão é importante para o tema pesquisado, o empoderamento feminino, pois os círculos de diálogo, ou círculos da Justiça Restaurativa atuam no sentido primeiro da Justiça, isto é, sob uma perspectiva cidadã, de inclusão dos sujeitos no sentido maior da sociabilidade, ou comunidade. Assim, as ferramentas sociais ou psicossociais circulares, sistêmicas, comunitárias, são instrumentos pedagógicos efetivos, capazes de promover a conscientização, a união de grupos, a formação para iniciativas sociais e a inclusão social (Pelizzoli, 2014). Todavia, não se ignora a importância das políticas públicas para a reformulação do atual modelo penal punitivista, que reforça o encarceramento em massa da população negra, pois essas políticas são essenciais para o enfrentamento da violência racial estrutural nesse contexto.

4. Conclusões

Ao colocar em diálogo essa vivência com as epistemologias feministas, foi possível ressignificar as práticas, para analisar a experiência de facilitação de afetar, mas também ser afetada pelo processo circular de contação de histórias entre mulheres com experiências de gênero diversas, em um processo dialético constante. A escuta qualificada com interação humanizada, cidadã e solidária vivenciada nos círculos contribuiu para a construção de um espaço de atenção às necessidades e aos direitos das participantes que eram demandados, seja de ordem jurídica, assistencial, de saúde psíquica ou física. Esta foi uma ferramenta valiosa para a atuação prática de facilitadoras nos presídios, bem como poderá ser utilizada por outros profissionais que promovem o cuidado no Judiciário.

Portanto, trata-se de mais uma forma de materialização do princípio constitucional de acesso à justiça previsto na constituição federal brasileira de 1988 (CRFB/88). Além disso, os círculos se configuram nesse ambiente como um espaço para garantia de direitos dispostos na lei 7.210, de 11 de julho de 1984 – Lei de Execução Penal, a saber: direito à saúde, proporcionalidade na distribuição do tempo para o trabalho, o descanso e a recreação, exercício das atividades intelectuais e artísticas.

Através de uma imersão no campo, foi possível analisar a influência dos processos circulares no empoderamento de mulheres. A observação se destacou, neste contexto, como um empreendimento dialógico que envolveu os conflitos, tensionamentos e as complexidades em relação às reflexões teóricas e práticas da facilitadora, principalmente em relação ao acolhimento, à escuta e mobilizações provocadas pela participação nos círculos. Essa experiência atravessou a facilitadora de forma relacional porque por meio da análise do RE foi possível compreender que é a partir da visão sobre si e sobre o mundo, que se relaciona com o outro. Conclui-se que a escuta qualificada, por meio da relação dialética, é ferramenta indispensável na construção de lugares de fala das mulheres dentro do círculo.

5. Referências

Associação dos Magistrados Brasileiros (AMB). (2015). *Justiça Restaurativa do Brasil: a paz pede a palavra. Cartilha*. https://www.amb.com.br/jr/docs/cartilha.pdf

Almeida, S. (2019). *Racismo Estrutural* (Feminismos Plurais). Pólen Livros.

Beth, J. (2019). *Empoderamento* (Feminismos Plurais). Pólen Livros.

Borges, J. (2019). *Encarceramento em massa* (Feminismos Plurais). Pólen Livros

Brasil, Conselho Nacional de Justiça. (2015). *Resolução nº 225*: dispõe sobre a Política. https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/2289

Brasil, Conselho Nacional de Justiça. (2019). Mapeamento dos Programas de Justiça Restaurativa. *Seminário de Justiça Restaurativa.* https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/2289

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.848-855

Brasil (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil* http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>

Brasil, (2006). *Lei Nº 11.343, de 23 de agosto- Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad*. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm

Brasil, Lei 7.210, de 11 de julho de (1984) – *Lei de Execução Penal.* http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm

Brasil, Ministério da Justiça e da Segurança Pública Departamento Penitenciário Nacional. (2018). *Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias INFOPEN Mulheres.* http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen-mulheres/infopen-mulheres

Daltro, M. R., & Faria, A. A. (2019). Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, *19*(1), 223-237. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812019000100013&lng=pt&tlng=pt.

Dantas, V. L. Linhares, A. M. B. (2014). Círculos de Cultura: problematização da realidade e protagonismo popular. *II Caderno de educação popular em saúde* / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, p.74-78http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2_caderno_educacao_popular_saude.pdf.

Freire, P. (2013) *Pedagogia do Oprimido*. 1º ed (*eBook*). São Paulo: Editora Paz e Terra, S/A.Harding, S. (1987). *Feminismo e Methodologia.* Indiana University Press.

Kilomba, G. (2019). *Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano.* Trad. Jess Oliveira. 1. Ed. Rio de Janeiro: COBOGÓ

Miranda, D. M., Lopes, D. F. (2019) Do ciclo do crime ao círculo de paz: a aplicabilidade dos círculos restaurativos em unidades prisionais. *Vertentes do Direito.* Vol. 06, n. 1. ISSN nº 2350106. https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/direito/article/view/6855/15299.

Narvaz, M. G., & Koller, S.H. (2006). Metodologias feministas e estudos de gênero: articulando pesquisa, clínica e política. *Psicologia em Estudo*, *11*(3), 647-654. https://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722006000300021. https://www.scielo.br/j/pe/a/NGxfm9MK4wBdpJ7twQzvfYM/abstract/?lang=pt >

Neves, S. & Nogueira, C. (2005). Metodologias feministas: a reflexividade ao serviço da investigação nas ciências sociais. Psicologia: Reflexão e Crítica, 18(3), 408-412. https://doi.org/10.1590/S0102-79722005000300015. https://www.scielo.br/j/prc/a/ZMkjGGcWRPMvKLFWZ94xfHf/?format=pdf&lang=pt.

Nogueira, I., P. (2017). Lugar de fala, lugar de escuta: criação sonora e performance em diálogo com a pesquisa artística e com as epistemologias feministas. *Revista Vórtex*, v.5, n.2. p.1-20.

Pelizzoli, M. L. (2014). Círculos de Diálogo: Base Restaurativa para a Justiça e os Direitos Humanos. Silva, Eduardo F., Gediel, José A. P. Trauczynski, Silvia C. (orgs) *Direitos humanos e políticas públicas.* Universidade Positivo. p. 432.

Pranis, K. (2017). *Processos Circulares de Construção de Paz*. Tradução Tônia Van. 1ª Ed. Palas Athenas.

Pranis, K. & Boyes-Watson, C. (2011) *No coração da esperança. Guia de práticas restaurativas*. TJE-RS/AJURIS. https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/tdhbrasil/

guia_de_praticas_circulares_no_coracao_da_esperanca.pdf.

Raimundo, Jader Sebastião, Cadete, Matilde Meire Miranda. (2012). Escuta qualificada e gestão social entre os profissionais de saúde. *Acta Paulista de Enfermagem*, *25*(spe2), 61-67. https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000900010

Ribeiro, D. (2019). *Lugar de Fala* (Feminismos Plurais). Pólen Livros.

Schimanski, E., Pereira, M. C & Paula E. F. (2017) Epistemologia Feminista e Ciências Sociais. Las encrucijadas abiertas de América Latina La Sociologia en tiempos de cambio. *XXXI Congresso Alas, Uruguay*. https://www.easyplanners.net/alas2017/opc/tl/5585_edina_schimanski.pdf

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.848-855

Atuação dos pais e responsáveis no cuidado da criança em Unidade de Terapia Intensiva

Claudirene Milagres Araújo[1], Isabela Mie Takeshita[1], Carolina Sant'Anna Gusmão[2], Letícia Fernandes de Oliveira[2], Carla de Paula Silveira[1], Alessandra Silva Lima Jardim[1]

[1]Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Brasil | claudirene_milagres@hotmail.com; isabelamie@gmail.com; carlapaulasilveira@gmail.com; aleenf@gmail.com | https://orcid.org/0000-0003-0241-4445; https://orcid.org/0000-0002-1710-7555; https://orcid.org/0000-0003-3092-5218; https://orcid.org/0000-0003-0108-5002

[2]Instituto Materno Infantil de Minas Gerias S/A, Brasil | carolinasgusmao@hotmail.com; leticiafernandes.lf281@gmail.com | https://orcid.org/0000-0002-8700-3292; https://orcid.org/0000-0002-9078-8799

Resumo: A família é o primeiro alicerce de uma criança, imprescindível para seu crescimento e desenvolvimento adequados. Em diversos contextos a criança passa por momentos de estresse, como na doença e na hospitalização. Essa última pode levar à instabilidade emocional e trauma. Logo, neste processo, é normal a criança sentir medo e outros sentimentos desagradáveis, devido à falta de maturidade para assimilar seu estado de saúde e por estar em um ambiente desconhecido e afastado de seus familiares. É imprescindível que a equipe multidisciplinar desenvolva um cuidado baseado no compartilhamento efetivo de informações, no acesso irrestrito ao filho, na participação efetiva dos pais na tomada de decisões e no respeito mútuo. **Objetivo:** Compreender a percepção do enfermeiro acerca da atuação dos pais ou responsáveis da criança internada em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. **Métodos:** Estudo descritivo de abordagem qualitativa, por meio de entrevistas online guiadas por roteiro semiestruturado. Foi utilizada a estratégia bola de neve, a amostragem por saturação teórica e os depoimentos foram analisados pelo referencial de Bardin. **Resultados:** Participaram 13 profissionais enfermeiros. As categorias temáticas elaboradas foram: Atuação dos pais ou responsáveis no apoio emocional e melhora clínica; Execução e restrição do cuidado realizado pelos pais ou responsáveis. **Conclusão:** O enfermeiro entende como positiva a permanência e a realização de cuidados pelos pais ou responsáveis dentro da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, pois auxilia na melhora clínica e no apoio psicológico, além de reaproximar a família do cuidado do filho.

Palavras-chave: Cuidados Críticos; Cuidados de Enfermagem; Família.

Parental or responsible operations in childcare in intensive care unit

Abstract: The family is a child's first foundation, essential for proper growth and development. In different contexts, the child goes through moments of stress, such as illness and hospitalization, which can lead to emotional instability and trauma. Therefore, in this process, it's normal for children to feel fear and other unpleasant feelings, due to the lack of maturity to assimilate their health status and for being in an unknown environment and away from their family members. It's essential that the multidisciplinary team develop care based on the effective sharing of information, unrestricted access to the child, the effective participation of parents in decision-making and mutual respect. **Objective**: To understand the perception of nurses about the performance of the parents or guardians of the child hospitalized in Pediatric Intensive Care Unit. **Methods**: Descriptive study with a qualitative approach, through online interviews guided by a semi-structured script. The snowball strategy was used, sampling by theoretical saturation and the testimonies were analyzed using the Bardin framework. **Results**: 13 nurses participated. The thematic categories elaborated were: Performance of parents or guardians in emotional support and clinical improvement; Execution and restriction of care provided by parents or guardians. **Conclusion**: The nurses understand as positive the permanence and the performance of care by parents or guardians within the Pediatric Intensive Care Unit, as it helps in clinical improvement and psychological support, in addition to bringing the family closer to the care of the child.

Keywords: Critical Care; Nursing Care; Family.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.856-863

1. Introdução

A família é o primeiro alicerce da criança, imprescindível para seu crescimento físico e desenvolvimento psíquico adequados. Como primeira unidade do cuidado, os pais ou responsáveis atuam no aprendizado, estimulam sua educação cognitiva, social e emocional (Ramos, Lima, Leal, Prado, Oliveira, Souza, Figueiredo, & Leite, 2016).

A criança passa por momentos de estresse no decorrer do seu desenvolvimento, como a doença e a hospitalização. Esta última pode levar à instabilidade emocional e trauma, levando a criança sentir medo e outros sentimentos desagradáveis que ocorrem pela falta de maturidade para assimilar seu estado de saúde, inserida em um ambiente desconhecido e afastado dos familiares (Farias, BärtschiGabatz, Milbrath, Schwartz, & Freitag, 2018).

A internação da criança em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) configura um momento crítico para a família. A presença dos pais ou responsáveis junto à criança, legalizada pela Lei nº13.257, garante permanência em acomodações em tempo integral em terapia intensiva neonatal e cuidados intermediários (Brasil, 2016).

A hospitalização pediátrica demanda afeto, respeito e discussão de cada procedimento a ser realizado. O acolhimento e o diálogo favorecem o vínculo entre a equipe de enfermagem, criança e pais, (Farias, BärtschiGabatz, Milbrath, Schwartz, & Freitag, 2018; Fayed, Cameron, Fraser, Cameron, Al-Harbi, Simpson, Wakim, Chiu, & Choong, 2020) propiciando um cuidado humanizado e integral (Camponogara, Pinno, Dias, Bonfada, Belmonte, & Loiola, 2018).

Crianças com acometimentos crônicos, condição funcional deficitária ou necessidade de aparato tecnológico sofrem mais reinternações (da Silva, & Fonseca, 2019), sendo válido que profissionais de UTIP tenham sensibilidade e atuem proporcionando acolhimento e proteção, isto deixará memórias que facilitarão cada internação (Guerra, Chesani, & Bossardi, 2019).

A equipe multidisciplinar deve ainda desenvolver cuidado baseado no compartilhamento de informações e participação efetiva dos pais na tomada de decisões. A abordagem fisiológica com análise de desfechos clínicos tais como diagnóstico, prognóstico e mortalidade, têm sido utilizada amplamente nas UTIPs há anos. Entretanto, não cobre adequadamente as nuances de um cuidado centrado na família e na criança que possui aspectos funcionais e emocionais que permeiam a qualidade de vida e reabilitação (Denis-Larocque, Williams, ST-Sauveur, Ruddy, & Rennick, 2017). Complementando, Sampaio, Zonta, Ferreira & Okido (2017) reforçam que o cuidado centrado exige instrumentalização e empoderamento da família.

Os benefícios da presença familiar durante a internação da criança são relatados por profissionais de saúde que atuam em UTIPs, porém não destacam o valor da presença da família para a equipe assistencial (Silva, Souza, Cabeça, & Melo, 2020).

Este estudo é relevante pois busca compreender a interação dos pais ou responsáveis junto à equipe de enfermagem. Tal compreensão poderá enriquecer as reflexões das equipes assistenciais no sentido da valorização da família e, mais importante, do convívio conjunto durante a internação.

Diante do exposto, este estudo foi direcionado pelo seguinte questionamento: qual a percepção do enfermeiro em relação à atuação dos pais ou responsáveis no cuidado do filho durante a internação hospitalar em UTIP? O enfermeiro percebe essa atuação como positiva ou negativa?

2. Objetivo

Compreender a percepção do enfermeiro acerca da atuação dos pais e responsáveis no cuidado do filho durante a internação hospitalar em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.856-863

3. Métodos

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa realizada entre dezessete de agosto e cinco de setembro de 2020, com treze enfermeiros que atuam em UTIP. O estudo qualitativo o objetivo de interpretar o fenômeno em observação, baseia-se na percepção e compreensão humana, compreendendo e descrevendo um fenômeno (Brandão, Ribeiro, & Costa, 2018).

O estudo não foi vinculado a nenhuma instituição, os sujeitos participaram da pesquisa, independente da instituição ao qual estavam vinculados. Foram capturados pela técnica da Bola de Neve que consiste em uma amostragem não probabilística que utiliza cadeias de referência para localizar possíveis participantes (Naderifar, Goli, & Ghaljaie, 2017; Kirchherr, & Charles, 2018). Um entrevistado indica a participação de outro até o momento que o estudo atinge o "ponto de saturação", ou seja, os interrogados passam a repetir os mesmos conteúdos já relatados pelos entrevistados anteriores.

A primeira entrevista foi no centro de especialização em Terapia Intensiva Pediátrica de Belo Horizonte, que forneceu o contato de um dos seus alunos enfermeiros.

Os critérios de inclusão foram o tempo de atuação em UTIP de três anos e vinculação à instituição do momento da coleta por no mínimo dois anos. O entrevistado tinha um conhecimento da rotina do serviço, práticas assistenciais relacionadas à criança e permanência da família na unidade. Como critério de exclusão: profissionais com tempo de formação inferior a três anos e vínculo no atual local de trabalho menor que dois anos.

O roteiro de entrevista possuía perguntas semiestruturadas como: Fale sobre a permanência dos pais ou responsáveis dentro da UTIP que você trabalha. Quais orientações são repassadas aos pais ou responsáveis em relação ao cuidado que eles podem executar em suas crianças? Você considera importante a participação dos pais ou familiares no cuidado da sua criança internada na UTIP? Você percebe alguma mudança na recuperação das crianças quando a família atua junto com a enfermagem no cuidado?

As entrevistas foram agendadas individualmente de acordo com a disponibilidade dos profissionais, por vídeo chamada, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O participante fornecia um contato telefônico de outro possível entrevistado. Os pesquisadores realizavam a transcrição literal dos dados, atentando para a saturação que foi determinada por todos os pesquisadores em conjunto ao identificar a repetição dos dados.

Os pesquisadores responsáveis foram dois acadêmicos do curso de graduação em Enfermagem. O pré-teste foi aplicado em três indivíduos, verificando adequação do instrumento. Como não houve alterações no instrumento de coleta de dados, os depoimentos do pré-teste foram mantidos como parte do estudo. A privacidade e o anonimato dos participantes foram garantidos por meio da utilização de código alfanumérico, dessa maneira, cada enfermeiro participante era identificado pelas letras "ENF", seguido do número que especifica a ordem dos depoimentos, por exemplo; ENF1, ENF2 etc.

Foi utilizada a análise de conteúdo de Bardin que aplica um conjunto de técnicas que decompõem as comunicações, utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos para descrever o conteúdo das informações e conhecer aquilo que está por trás das palavras. As etapas percorridas na análise de dados, incluíram a pré-análise, com organização do material e a sistematização de ideias por meio da leitura flutuante, seleção das falas, levantamento de hipóteses e construção de indicadores, foram respeitados os critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Durante a exploração do material ocorreu a codificação, categorização e identificação das unidades de registro e de contexto, respeitando-se o critério de exclusividade. Por fim, o tratamento dos resultados, inferência e interpretação, etapa que demanda intuição, análise reflexiva e crítica (Bardin, 2011).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.856-863

O estudo seguiu orientações da Resolução nº 510/2016 (Brasil, 2016) de pesquisas com seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, sob parecer nº4.190.114. As limitações do estudo dizem respeito à sua natureza qualitativa, uma vez que não são permitidas generalizações e transferência de resultados relativos à atuação de enfermeiros em UTIPs em cenários com características diversas. Torna-se muito desejável que outras dimensões, a partir dos resultados apresentados, possam ser consideradas como, por exemplo, a percepção dos pais quanto ao cuidado prestado, das demais categorias profissionais e, mesmo, da família.

4. Resultados

Participaram da pesquisa 13 enfermeiros que atuam em terapia intensiva pediátrica e neonatal em Belo Horizonte e região metropolitana. O processo de análise de conteúdo latente resultou em duas categorias: "Atuação dos pais ou responsáveis no apoio emocional e na melhora clínica"; "Execução e restrição do cuidado realizado pelos pais ou responsáveis".

4.1 Atuação dos Pais e Responsáveis no Apoio Emocional e na Melhora Clínica

Ao serem questionados sobre a permanência dos pais ou responsáveis dentro da UTIP, os enfermeiros afirmaram que tal prática é positiva, pois eles atuam no apoio emocional e no melhor enfrentamento da doença pela criança.

> *"É importante quando os pais estão presentes durante a internação, eles dão apoio emocional, por causa do vínculo e da confiança existente entre eles. A criança se sente mais segura e corajosa e enfrenta melhor o processo da doença [...]" (ENF7).*

> *"Quando os pais ficam junto durante internação, a criança fica mais calma e chora menos [...]. Os pequenos se deparam com um ambiente novo e diferente, ficam estressados. A presença da família traz mais tranquilidade, noto que com o passar dos dias a internação fortalece o vínculo da família" (ENF 2).*

> *"A interação da família no cuidado do filho possibilita uma recuperação mais rápida, eles evoluem melhor [...], recebem alta hospitalar mais rápido" (ENF8).*

Foi mencionado por uma enfermeira a importância dos pais ou familiares no estímulo da criança para que ela possa ter um desenvolvimento neuropsicomotor adequado a sua idade, quando esta fica internada por um grande período na UTIP.

> *"Quando a criança pequena fica internada por um longo período sem a presença contínua dos pais ou responsáveis, percebo que fica com o desenvolvimento mais lento e menos interativa, por mais que a equipe manipule, brinque e estimule [...], é diferente da mãe ou do pai que estimula a criança a maior parte do tempo" (ENF9).*

A presença e participação dos pais ou responsáveis nos procedimentos faz com que as crianças se sintam mais seguras e abertas para os procedimentos realizados pela equipe de enfermagem.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.856-863

> *"Quando os pais ajudam nos procedimentos que a enfermagem realiza, as crianças ficam mais tranquilas e quietinhas. Os pais colocam gorro, máscara e luva, ajudam a acalmar o filho, assim consigo fazer mais rápido e melhor" (ENF9).*

> *"A criança se sente mais corajosa em relação aos procedimentos e mais aberta com a aproximação da enfermagem, assim fica mais fácil fazer punções, sondagens e administrar medicação" (ENF7).*

4.2 Execução e Restrição do Cuidado Realizado pelos Pais ou Responsáveis

Os pais ou responsáveis são orientados na admissão dos seus filhos na UTIP, quanto às rotinas do setor, com vistas à gestão de riscos de queda e infecções.

> *"Sempre orientamos sobre o risco de queda [...], falamos para o acompanhante sempre subir a grade da cama ao sair de perto da criança. Sobre o risco de infecção, [...] a lavagem das mãos a todo momento, não manipular os dispositivos invasivos da criança, ao utilizar o celular passar álcool nas mãos antes e depois e não encostar em outros leitos [...]." (ENF9)*

> *"Os pais participam da administração de medicamentos, não podem fazer sozinhos, a criança tem dispositivos venosos [...], falo também do risco de infecção, sobre não pegarem nos dispositivos, oriento tudo na admissão do paciente e reforço a todo momento" (ENF2).*

Os pais e responsáveis podem realizar cuidados básicos, corriqueiros em casa.

> *"Nas crianças estáveis em ar ambiente, os pais podem realizar troca de fralda, auxiliar no banho, dar a mamadeira e passar a dieta por sonda, a criança ficará mais tranquila" (ENF3).*

> *"Os pais realizam os cuidados de higiene, amamentam no seio ou mamadeira, observam e comunicam os diferentes tipos de choro, observa a respiração [...]" (ENF12).*

Os enfermeiros enfatizam que os pais de crianças com doenças crônicas e de internação prolongada são mais aptos e habilidosos para realizar cuidados mais complexos.

> *"A família de crianças com gastrostomia e traqueostomia que retornam à internação na UTIP, podem manipular e administrar medicação pela sonda, aspirar secreção, pois são cuidados que eles já estão treinados em casa [...]" (ENF5).*

> *"[...] pacientes com sondas entéricas ou gástricas que estão há muito tempo internados podem ter suas medicações e dieta administradas pelos pais com o acompanhamento da enfermagem" (ENF 6).*

> *"Onde trabalho realizamos uma dupla checagem com os pais, de todas as medicações, exames e coletas de exames" (ENF 2).*

Entretanto, em crianças graves e hemodinamicamente instáveis, os cuidados são realizados pela equipe de enfermagem.

> *"Se a criança estiver muito crítica, grave, os pais não poderão prestar quase nenhum cuidado, vai ficar sobre a nossa responsabilidade tudo, porque é manipulação mínima para manter a estabilidade da criança [...]" (ENF3).*

> *"Nas crianças intubadas, sedadas, em suporte ventilatório, o pai apenas observa os cuidados da enfermagem, eles não executam" (ENF8).*

Ademais, os enfermeiros revelam a importância da capacitação dos pais ou responsáveis durante a internação e no preparo para a alta hospitalar, principalmente quando esta criança portará dispositivos assistenciais.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.856-863

> *"Os pais precisam se apropriar do cuidado principalmente quando o filho recebe alta e vai para casa com dispositivos de assistência, com várias demandas. Eles devem estar treinados para conseguir lidar com a situação [...]" (ENF9).*
>
> *"Quando a alta da criança é programada pelo médico, reforçamos a capacitação dos pais, que já é feita durante a internação, a família tem que ter tranquilidade em lidar com os dispositivos: sondas, traqueostomia e aspiração" (ENF2).*

5. Discussão

Por Os cuidados realizados por pais e responsáveis na UTIP são percebidos como positivos e importantes no apoio emocional e na melhora clínica da criança. O acolhimento da criança e sua família se materializa por meio de um plano de cuidados individualizado que atenda valores e expectativas destes, resultando em uma assistência humanizada (Farias, BärtschiGabatz, Milbrath, Schwartz, & Freitag, 2018; Valderrama Sanabria, & Muñoz de Rodriguez, 2016).

Os depoimentos, em consonância com a Lei Federal n°13.257, reforçam a permanência dos pais ou responsáveis junto a suas crianças durante a internação em UTIP (Brasil, 2016). Apresença e participação contribui para que as crianças se sintam mais seguras e abertas para o cuidado. A equipe de enfermagem deve demonstrar empatia pelos pais ou responsáveis, considerando sua presença como um direito, visto que traz como benefício a diminuição do estresse e propicia a colaboração da criança na internação (Junqueira, Leôncio, Vaz, Santos, Collet, & Reichert, 2020).

O tratamento perpassa pelo estímulo diário da criança para que o seu desenvolvimento neuropsicomotor não seja interrompido na internação. A prática colaborativa de estímulos diários da criança deve ser realizada pela equipe multiprofissional e família, minimizando atrasos no desenvolvimento (Ribeiro, Borges, Balduino, Silva, & Ramos, 2017).

Em relação à execução de cuidados, os pais são orientados sobre o que podem realizar junto aos seus filhos. O cuidado pode ser compartilhado entre a família e a equipe de enfermagem, desde que a criança apresente estabilidade hemodinâmica, respiratória e não esteja em uso de dispositivos invasivos. A família pode realizar cuidados básicos, tais como amamentação, troca de fraldas e acompanhamento da administração de medicações (Ramos, Lima, Leal, Prado, Oliveira, Souza, Figueiredo, & Leite, 2016; Junqueira, Leôncio, Vaz, Santos, Collet, & Reichert, 2020).

Em crianças com quadro clínico agudo, dependentes de dispositivos invasivos assistenciais, os cuidados realizados pelos pais devem ficar restritos, uma vez que o uso dessas tecnologias pode causar desconforto para o familiar. Em casos de hospitalização por doença crônica, os pais se sentem mais seguros, uma vez que essa manipulação de dispositivos é parte da rotina diária da família (Ramos, Lima, Leal, Prado, Oliveira, Souza, Figueiredo, & Leite, 2016; Macedo, Cibreiros, Morais & Vieira, 2017). Neste contexto, é comum haver insegurança e medo pelo futuro do filho doente, mas o enfrentamento pode melhorar mediante a inclusão efetiva do familiar no processo assistencial, até mesmo promover a redução de erros e a segurança do paciente (Cieslak, Martins, Berté, & Makuch, 2021).

Ressalta-se que a participação da mãe no cuidado do filho minimiza o sentimento de culpa pelo seu adoecimento. Os pais mantêm o vínculo afetivo com a criança, se sentem ativos e participantes no tratamento. A autonomia conquistada gera empoderamento, aptidão e confiança para cuidar de seus filhos após a alta da UTIP (Sampaio, Zonta, Ferreira & Okido; 2017).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.856-863

A equipe multiprofissional tem um papel importante no apoio e capacitação dos pais, sendo fundamental o fortalecimento dessa relação, por meio de comunicação efetiva, considerando aspectos emocionais e fisiológicos. Como resultado, um atendimento efetivo, seguro e de qualidade será alcançado (Richards, Starks, Connor, & Doorenbos, 2018; Azevedo, Hemesayh, & Oliveira, 2019).

6.Conclusões

O período de internação da criança é um processo complexo, ela é retirada do lar e inserida em local diferente. A abordagem qualitativa permitiu uma aproximação da experiência do enfermeiro com os pais de crianças internadas em UTIP, possibilitou concluir que o enfermeiro entende como positiva a permanência e a realização de cuidados pelos pais ou responsáveis dentro da UTIP, pois auxilia na melhora clínica, no apoio psicológico e reaproxima a família do cuidado do filho.

O enfermeiro acredita que o vínculo entre a equipe e pais ou responsáveis deve ser fortalecido. O acolhimento dos acompanhantes melhora o relacionamento e torna o cuidado compartilhado entre enfermagem e a família mais seguro e assertivo, contribuindo de forma significativa para a qualidade da prática assistencial.

Ademais, desperta novos caminhos para qualificar o cuidado intensivo pediátrico, contribuindo para a construção de outros estudos qualitativos que explorem outras facetas assistenciais, como a própria visão da criança, ou mesmo, dos pais, no desempenho dos cuidados dentro da UTIP.

7.Referências

Azevedo, E. C., Hemesayh, T. P., & Oliveira, V. Z. (2019). A internação de um filho em unidade de terapia intensiva pediátrica: narrativas maternas. *Revista da SBPH*, 22 (1), 172-194. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1516-08582019000100010

Brandão C., Ribeiro A., 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. (2016). Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Lei/L13257.htm

Brasil. (2016). Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em ciências humanas e sociais. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília. https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22917581

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011

Camponogara, S., Pinno, C., Dias, G. L., Bonfada, M. S., Belmonte, T. D. J., & Loiola, C. N. (2018). Feelings paid by parents of children hospitalized in intensive neonatal and pediatric therapy units/Sentimentos vivenciados por pais de crianças hospitalizadas em unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica/Sentimientos vivenciados por padres de niños. *Revista de* Enfermagem da UFPI, 7(4), 43-47. https://revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/7109/pdf

Cieslak, G., de Lima Martins, T. C., Berté, M. Â., & Makuch, D. M. V. (2021). Interfaces da presença familiar no tratamento da criança gravemente enferma. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 13(2), e6314-e6314. https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/6314/4131

Denis-Larocque, G., Williams, K., ST-Sauveur, I., Ruddy, M., & Rennick, J. (2017). Nurses' perceptions of caring for parents of children with chronic medical complexity in the pediatric intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing Journal*, 43(1), 149-155. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.01.010

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.856-863

Farias, D., BärtschiGabatz, R. I., Milbrath, V. M., Schwartz, E., & Freitag, V. L. (2019). Percepção infantil sobre a necessidade de hospitalização para o reestabelecimento da saúde. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 87(25), 1-7. https://doi.org/10.31011/reaid-2019-v.87-n.25-art.186

Fayed, N., Cameron, S., Fraser, D., Cameron, J. I., Al-Harbi, S., Simpson, R., Wakim, M., Chiu, L., & Choong, K. (2020). Priority Outcomes in Critically Ill Children: A Patient and Parent Perspective. *American Journal of Critical Care*, 29 (5), e94–e103. https://doi.org/10.4037/ajcc2020188

Guerra, C. M., Chesani, F. H., & Bossardi, C. N. (2019). UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA: VISÃO DA CRIANÇA SOBRE O PROCESSO DE INTERNAÇÃO. *Revista Univap*, *25*(48), 176-188. https://revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/view/2205/1545

Junqueira, C. C. S., Leôncio, A. B. A., Vaz, E. M. C., Santos, N. C. C. B., Collet, N., & Reichert, A. P. (2020). Estimulação de crianças com síndrome congênita pelo zika vírus no domicílio: desafios do cuidador. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41(1), 1-9. https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190247

Kirchherr, J., & Charles, K. (2018). Enhancing the sample diversity of snowball samples: Recommendations from a research project on anti-dam movements in Southeast Asia. *PloS one*, *13*(8), e0201710. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201710

Macedo, I. F., Souza, T. V., Oliveira, I. C. S., Cibreiros, A. S., Morais, R. C. M., & Vieira, R. F. C. (2017). Nursing team's conceptions about the families of hospitalized children. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5), 904-911. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0233

Martins, P. L., Azevedo, C. S., & Afonso, S. B.C. (2018). O papel da família nos planos de tratamento e no cuidado pediátrico hospitalar em condições crônicas complexas de saúde. *Revista Saúde e Sociedade*, 27(4), 1218-1229. https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170402

Naderifar, M., Goli, H., & Ghaljaie F. (2017). Snowball Sampling: A Purposeful Method of Sampling in Qualitative. *Strides in Development of Medical Education Journal*, 14(3), e67670. http://dx.doi.org/10.5812/sdme.67670

Ramos, D. Z., Lima, C. Z., Leal, A. L., Prado, P. F., Oliveira, V. V., Souza, A. A. M., Figueiredo, M. l., & Leite, M. T. S. (2016). A participação da família no cuidado às crianças internadas em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 29(2), 189-196. https://doi.org/10.5020/18061230.2016.p189

Richards, C. A., Starks, H., Connor, M. R., & Doorenbos, A. Z. (2018). Elements of Family-Centered Care in the Pediatric Intensive Care Unit: An Integrative Review. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 19(3), 238-246. https://dx.doi.org/10.1097%2FNJH.0000000000000335

Ribeiro, K. R. A., Borges, S. P., Balduino, J. A. S., Silva, F. A., & Ramos, T. M. S. T. (2017). Dificuldades encontradas pela enfermagem para implementar a humanização na unidade de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí*, 6(2), 51-56. https://doi.org/10.26694/reufpi.v6i2.5777

Sampaio, A. A., Zonta, J. B., Ferreira, F. Y., & Okido, A. C. C. (2017). Family-centered care in a pediatric intensive care unit: professionals' perceptions. *Rene*, 18(4), 515-520. https://doi.org/10.15253/2175-6783.2017000400013

da Silva, P. S. L., & Fonseca, M. C. M. (2019). Which children account for repeated admissions within 1 year in a Brazilian pediatric intensive care unit? Jornal de Pediatria, 95(5), 559–566. https://doi.org/10.1016/j.jped.2018.04.009

Silva, C. C. D., Souza, M. A. D., Cabeça, L. P. F., & Melo, L. D. L. (2020). Modos de ser de profissionais de enfermagem em terapia intensiva pediátrica: vivências com famílias. Revista Mineira de Enfermagem, 24, 1-8.

Valderrama Sanabria, M. L., & Muñoz de Rodriguez, L. (2016). Needs of parents in caring for their children in a Pediatric Intensive Care Unit. *Investigación y Educación en Enfermería*, 34(1), 29-37. https://doi.org/10.17533/udea.iee.v34n1a04

Vaz, J. C., Milbrath, V. M., Gabatz, R. I. B., Krug, F. R., Hirschmann, B., & Oliveira, M. M. (2018). Cuidado à família da criança com doença crônica. *Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco*, 12(5), 1397-1408. https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i5a230852p1397-1408-2018

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.856-863

Desenvolvimento de competências emocionais dos profissionais de saúde em contexto de uma Unidade de Cuidados Coronários

Ana Paula Macedo [1,2], Lisa Gomes [1,2], Rui Pereira[1,2], João Cainé[2] e Silvana Martins[1]

[1] Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA: E), Nursing School of Coimbra (ESEnfC), Portugal | amacedo@ese.uminho.pt; lgomes@ese.uminho.pt; ruipereira@ese.uminho.pt; silvana.martins12@gmail.com | https://orcid.org/0000-0003-3791-3236; http://orcid.org/0000-0002-1064-3523; https://orcid.org/0000-0003-2154-3461; http://orcid.org/0000-0002-4811-6753

[2] Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, Portugal| jcaine@ese.uminho.pt | https://orcid.org/0000-0001-8591-6760

Resumo: Ambientes complexos como é o contexto de atuação dos profissionais de saúde exigem destes uma articulação conhecimentos e competências, sendo certo que uma forte componente de construção de competências emocionais implica maiores conhecimentos da parte destes. Significa que para além da necessidade de cada profissional possuir conhecimentos técnicos em domínios especializados, tem também de reunir um conjunto de competências essenciais de carácter pessoal e interpessoal. Neste sentido as competências emocionais encontram-se positivamente associadas a um conjunto de características pessoais que promovem o recurso a boas práticas e servem de fator de proteção ao bem-estar dos indivíduos. Esta investigação pretende estudar o impacte de uma intervenção psicoeducativa e formativa no desenvolvimento de competências emocionais dos profissionais de saúde, que trabalham numa unidade de cuidados coronários. A opção por este tipo de unidade cuidados justifica-se pela dimensão prioritária e permanente de intervenção na área da saúde, que a pessoa, com doença crónica, do foro cardíaco exige. Para responder a este objetivo optou-se pelo recurso a uma metodologia de investigação baseada nos métodos mistos. Os dados foram recolhidos junto de seis profissionais de saúde, recorrendo-se ao método de *Focus Group* e aos questionários validados para a população que integra a amostra. A análise conjugada de dados qualitativos e quantitativos permitiu uma melhor compreensão da realidade e uma análise mais rigorosa da intervenção junto dos profissionais de saúde. Os discursos dos participantes revelaram que a intervenção psicoeducativa e formativa permitiu a introspeção e reflexão dos sentimentos face aos procedimentos implementados por estes profissionais à pessoa do foro cardíaco, num período de pandemia causada pelo SARS-COV2. A continuidade de ações formativas para o domínio das competências emocionais é salientada por todos os profissionais, permitindo o confronto mais eficaz de uma realidade que é complexa.

Palavras-chave: Competência Emocional; Profissionais de Cuidados Coronários; Gestão Emocional; Intervenção Psicoeducativa e Formativa.

Emotional Skills Development of Health Professionals a Coronary Care Unit

Abstract. Complex work environments, such as the context in which health professionals operate, include an articulation of knowledge and skills, and it is true that a strong demand for the construction of emotional skills also implies a greater use of knowledge. It means that, in addition to the need for each professional to have technical knowledge in specialised domains, they also need to bring together a set of essential personal and interpersonal skills. In this sense, emotional competencies are positively associated with a set of personal characteristics that promote the use of good professional practices and serve as a protective factor for the well-being of individuals. This research aims to study the impact of a psychoeducational and training intervention on the development of emotional competencies of health care professionals working in a coronary care unit. The choice of this type of care unit is justified by the priority and permanent dimension of intervention in the health area required by chronic heart disease. To answer this objective, a mixed-methods research methodology was used. Data were collected from six health professionals, using the focus group method and questionnaires validated for the sample population. The combined analysis of qualitative and quantitative data allowed for a better understanding of reality and a more rigorous analysis of the intervention with health professionals. The participants' speeches revealed that the psychoeducational and formative intervention allowed for the introspection and reflection of feelings regarding the procedures implemented by these professionals for cardiac patients in a period of pandemic caused by SARS-COV2. The continuity of training actions for the mastery of emotional skills is highlighted by all professionals, allowing a more effective confrontation of a complex reality.

Keywords: Emotional Competence; Coronary Care Professionals; Emotional Management; Intervention; Psycho-educational and Formative Intervention.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.864-870

1. Introdução

Entende-se como Competência emocional (CE) a capacidade de cada sujeito mobilizar, integrar e aplicar na sua vida quotidiana e profissional os conhecimentos e capacidades que possui sobre emoções; aspetos estes que podem ser adquiridos através de intervenções psicoeducativas e formativas específicas, adaptadas a um determinado público-alvo (Karimi et al., 2020; Kasler et al., 2013; Teskereci et al., 2020).

A literatura científica sugere que uma elevada Inteligência emocional (IE) se reflete numa boa CE, interferindo significativamente na forma como as pessoas vivem e estabelecem relações interpessoais positivas e satisfatórias (Goleman, 2005). Devido ao impacte que a CE tem na vida das pessoas, vários investigadores têm-se dedicado a estudar a influência do trabalho no desenvolvimento das CE e da IE em aspetos relacionados com o bem-estar (Elias, 2013), a autoestima (Pérez-Fuentes et al., 2019) e no desempenho profissional (Alonazi, 2020; Bas-Sarmiento et al., 2020; Değerli & Odacı, 2020), de diferentes grupos profissionais.

A CE possui dimensões que se encontram positivamente associadas a fatores como a empatia, a resiliência, o suporte social, a satisfação laboral e o cuidar. Estes elementos podem ser diferenciadores no desempenho profissional, uma vez que possibilitam uma melhor capacidade de gerir emoções pessoais e as dos outros (Nightingale et al., 2018).

A situação pandémica causada pelo SARS-COV2 transformou-se num problema de saúde pública, onde os profissionais de saúde foram confrontados com uma experiência traumática que interferiu no seu desempenho profissional e na sua saúde mental (Soto-Rubio et al., 2020). Conscientes dos desafios profissionais e considerando os estudos que reforça a importância das CE no bom desempenho profissional, na satisfação do trabalho e no esgotamento causado pela pandemia (Alonazi, 2020), é essencial investir na educação/formação dos profissionais de saúde, contribuindo para um desenvolvimento eficaz da sua CE (Macedo, et al., 2019a).

Baseados neste conhecimento empírico sobre CE e na importância que a supervisão clínica assume na implementação de estratégias para o desenvolvimento de CE dos profissionais de saúde, nomeadamente: i) na partilha de experiências; ii) na existência de momentos de reflexão; iii) nas ações informativas no contexto de trabalho, promovidas pela organização, e iv) nas metodologias de trabalho, que valorizem as oportunidades de encontros de equipas multiprofissionais e estudantes no ensino clínico/estágio (Macedo, et al., 2019b); foi estruturada e desenvolvida uma intervenção promotora de CE junto de um grupo de enfermeiros(as) de uma Unidade de Cuidados Coronários.

2. Metodologia

Este estudo obedece aos pressupostos de uma metodologia mista, onde se procurou articular dados quantitativos e qualitativos. A realização de uma investigação com recurso aos métodos mistos possibilita complementar os dados de classificação dos participantes sobre as dimensões avaliadas, através de questionários (competências emocionais e bem-estar psicológico), com os testemunhos dos participantes sobre a experiência profissional e o papel das emoções no exercício profissional. Neste sentido a combinação de dados quantitativos e qualitativos representa um avanço metodológico para uma melhor compreensão da realidade que pretendemos intervir. De acordo com o amplo consenso sobre métodos mistos, que enfatiza o seu poder explicativo (Doyle et al., 2009; Wisdom et al., 2012), espera-se que a potencialidade desta combinação permita compreender de forma mais precisa o impacte das sessões de intervenção, desenvolvidas para estes profissionais, no âmbito da promoção e desenvolvimento de competências emocionais. No fundo, o recurso a esta metodologia de investigação reunirá, num mesmo estudo, dados quantitativos e qualitativos recolhidos pelo investigador de forma a colmatar as limitações de investigação inerentes a desenhos de investigação exclusivos de uma única abordagem (Caruth, 2013; Creswell, 2012).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.864-870

Neste sentido, esta articulação de métodos permitirá responder à seguinte questão de investigação: **Qual o impacte do programa de intervenção psicoeducativa e formativa na aquisição e desenvolvimento de competências emocionais dos profissionais de saúde?**

2.1. Participantes

Participaram neste estudo seis (6) profissionais que exercem prática Clínica numa unidade de Cuidados Coronários (4 do sexo feminino e 2 do sexo masculino), com idades compreendias entre os 27 e os 45 anos (M = 34.5) e com uma experiência profissional que varia entre os 4 e os 23 anos (M = 12.7). Relativamente ao estado civil, 3 profissionais são casados, 2 solteiros e 1 divorciado. Todos são detentores de título de licenciatura e três possuem mestrado.

2.2. Intervenção Psicoeducativa e Formativa

Após a aprovação do estudo por parte da Subcomissão de Ética para as Ciências da Vida e da Saúde da Universidade do Minho e da Comissão de Proteção de dados no Hospital onde foi realizado o estudo, os profissionais interessados em participar no estudo, que exercem a prática clínica, foram informados relativamente aos objetivos e *design* do estudo, de forma a obter a sua colaboração livre, esclarecida e voluntária, disponibilizada em formato eletrónico. De forma a garantir o anonimato dos participantes e possibilitar ao investigador o emparelhamento dos dados foi criado um sistema de codificação que cada participante usou nos diferentes momentos de avaliação. Assim, a identificação nominal do participante não se verificou, sendo substituída pelo código previamente estabelecido. A informação recolhida foi única e exclusivamente utilizada para a concretização deste projeto, com a garantia da confidencialidade de forma a não causar qualquer tipo de transtorno, risco ou prejuízo aos participantes. As sessões foram gravadas com o devido consentimento dos participantes.

A intervenção constituiu-se por quatro (4) sessões, realizadas quinzenalmente através da plataforma zoom, com uma duração de 90 minutos. Estas foram delineadas considerando os aspetos teóricos relativos à IE e conjugados com atividades promotoras do desenvolvimento da CE.

As sessões foram estruturadas e implicaram a realização de algumas atividades que potenciaram a reflexão individual e a partilha entre profissionais. No final de cada sessão foi apresentado um desafio quinzenal que visava a consolidação dos conteúdos trabalhados durante a sessão.

2.3. Técnicas de Recolha de Dados

Tendo como linha orientadora os métodos mistos, foi necessário delinear um plano de recolha de dados que nos permitisse obter informação quantitativa e qualitativa.

A informação quantitativa recolhida através de questionários, preenchidos antes e depois da intervenção, permitiu medir algumas dimensões. Estes questionários procuraram recolher a informação sociodemográfica, e avaliar a competência emocional e o bem-estar psicológico. Para avaliar estas duas dimensões foram escolhidas a Escala veiga de competência emocional (ECAV, Veiga, 2010) e a Escala de bem-estar psicológico – versão reduzida (Ryffs & Keyes, versão portuguesa de Duarte-Silva & Peralta, 1997). A ECAV é uma escala constituída por 86 itens, estruturada em duas partes. A primeira parte destina-se à caracterização da população em estudo e a segunda reúne um conjunto de afirmações, que permite descodificar comportamento e atitudes relacionadas com as cinco habilidades de Competência Emocional. A Escala de bem-estar psicológica comporta 18 itens que permite avaliar seis domínios de bem-estar: Aceitação de Si, Crescimento Pessoal, Objetivos na Vida, Relações Positivas com os Outros, Domínio do Meio e Autonomia.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.864-870

No pós-intervenção, o questionário incluiu questões de resposta aberta focadas na experiência de cada participante na intervenção e nas potencialidade e utilidade da intervenção para as boas práticas profissionais.

Para complementar esta informação realizou-se uma sessão de *Focus Group*. Esta metodologia de recolha de dados permitiu a discussão em grupo, o feedback mais aberto, e a possibilidade da expressão de ideias e sentimentos, sendo que obedeceu ao número recomendável de participantes (Wilkinson, 1998). Esta sessão permitiu um conhecimento mais profundo da realidade onde pretendemos intervir, funcionando como um estudo da população-alvo e das suas necessidades. Assim, a sessão de *Focus Group* organizou-se de modo a que os profissionais refletissem sobre a sua experiência profissional, o seu contexto de trabalho, as relações com os elementos da equipa e as emoções associadas às exigências diárias. Previamente foi delineado um conjunto de questões orientadoras para promover a recolha de dados. Esta sessão promoveu a recolha de narrativas que espelharam as perspetivas e os significados atribuídos pelos participantes às suas vivências no contexto de trabalho na Unidade de Cuidados Coronários.

2.4. Técnica de Análise de Informação

Finalizada a recolha de informação seguiu-se a sua análise, onde o investigador pode retirar as conclusões do estudo e analisar a eficácia da intervenção no desenvolvimento da competência emocional dos profissionais de saúde. No que respeita aos dados qualitativos, o processo de análise teve início com a transcrição da sessão de *Focus Group*, das sessões de intervenção e das respostas às perguntas abertas do questionário final. Seguiu-se a revisão da informação transcrita para verificar a possível existência de erros e se foram considerados todos os detalhes (Flick, 2005). Após a transcrição, os dados foram sujeitos a uma análise de conteúdo temática (Bardin, 2016) com recurso ao software WebQDA. O *corpus* de análise (Bardin, 2016) foi composto pela totalidade das transcrições da sessão de *Focus Group*, pelas sessões de intervenção e pelas respostas dadas às questões abertas do questionário. Assim, as narrativas dos participantes foram analisadas quanto ao seu conteúdo, de acordo com os pressupostos de Laurence Bardin (2016). Para esta autora, a análise de conteúdo consiste numa técnica de decomposição das comunicações, sistematização do seu conteúdo e da categorização dos dados examinados pelo investigador. Ou seja, de acordo com Bardin (2016), a análise de conteúdo organiza-se em diferentes fases: a pré-análise, a exploração do material e o seu tratamento, a inferência e a interpretação dos resultados. O primeiro sistema de categorias foi elaborado considerando os dados e a literatura, resultando num sistema de codificação que incluiu as categorias dedutivas e categorias indutivas (Brandão, 2010). Esse sistema de categorias foi analisado por um investigador externo (Bardin, 2010), de forma a observar a consistência da codificação, a garantir-se a qualidade do estudo e o rigor na análise de dados.

Os dados quantitativos foram analisados com recurso ao software *IBMSPSS,* recorrendo-se a técnicas de estatística descritiva e inferencial não paramétrica. A opção por testes não paramétricos justificou-se pelo reduzido tamanho da amostra.

Nesta fase da investigação, o recurso à estratégia de triangulação simultânea (Creswell, 2012), para comparar os resultados quantitativos (escalas e respetivas dimensões) e os resultados qualitativos (categorias), ainda não aconteceu. A triangulação desses mesmos dados trará contributos ao nível do investimento por parte dos profissionais que exercem prática clínica em contextos de trabalho complexos.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.864-870

3. Resultados

Os resultados são, ainda, preliminares. No entanto da análise lato senso é possível destacar que do *focus group* emergiram conteúdos que para além de terem revelado a necessidade de frequentar ações formativas, para que as suas práticas sejam, cada vez mais, baseadas em evidência científica, revelaram também a necessidade em saber lidar com a complexidade do contexto de trabalho. As sessões constituíram momentos formativos valiosos onde os profissionais puderam discutir aspetos relativos à sua atividade profissional, tal como referem estes participantes:

> "Sabe bem... falar, partilhar experiências" (689CE25).

> "Acho que isso faz falta, estes momentos são importantes para se desenvolverem estas competências emocionas e que também vão ajudar depois também no desenvolvimento das competências também a nível profissional, não é? (…) . E, portanto, estas dinâmicas, estes jogos, estas estratégias de desenvolvimento da equipa e de desenvolvimento destas competências comunicacionais, comportamentais, emocionais são importantes. E melhora bastante este... este desenvolvimento... o nosso trabalho do dia a dia" (941CE01).

> "Quando queremos desenvolver competências seja ela de que ordem for, seja prática, seja emocional, seja... é importante termos formações e aprendermos com quem tem conhecimento demonstrado sobre tal" (689CE25).

Na avaliação pós-intervenção destaca-se a avaliação positiva que os profissionais fizeram às sessões de intervenção e da relevância das mesmas para a sua evolução pessoal e profissional. Estes resultados reforçam a importância de se desenvolverem ações de carácter formativo e psicoeducativo junto dos profissionais de saúde.

Os dados recolhidos no momento de pós-intervenção demonstram o interesse nas sessões desenvolvidas e na utilidade que as mesmas tiveram para a sua prática profissional. Os participantes foram destacando alguns aspetos que revelaram a sua satisfação com o conteúdo das sessões e a forma como elas foram desenvolvidas, são alguns exemplos:

> "Poder refletir sobre o assunto. Enquanto profissionais que trabalhamos com outros (profissionais ou não) precisamos perceber que estas competências também podem ser trabalhadas e desenvolvidas. A introspeção. Parar para pensar no assunto e perceber de que forma podemos desenvolver algumas competências, permitindo uma gestão mais eficaz do nosso trabalho" (092CE07).

> "A forma como somos incentivados a exprimir os sentimentos e a não ter vergonha/medo de os exprimir na vida" (592CE23).

4. Discussão

A opção por desenvolver a intervenção junto de profissionais de uma unidade de cuidados coronários justifica-se pela dimensão prioritária, e permanente de intervenção na área da saúde, que a doença crónica do foro cardíaco exige. As Doenças Cardiovasculares são as que apresentam maior taxa de morbilidade e mortalidade mundial. O elevado número de internamentos por Enfarte Agudo do Miocárdio, em muitos casos, pela baixa adesão dos doentes aos Programas de Reabilitação Cardíaca, faz com que estas unidades sejam consideradas complexas e exigentes para os profissionais que lá trabalham. Para além do domínio tecnológico que este contexto requer, coloca à prova as capacidades destes profissionais de se autorreconhecerem e de autocontrolarem as suas emoções.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.864-870

Esta exigência acaba por se refletir na necessidade destes profissionais em ter momentos de partilha e de discussão sobre as pressões diárias que enfrentam, tal como é visível pelos relatos no *focus group* e na avaliação que eles fazem das sessões frequentadas.

5. Conclusões

A CE assume-se como uma característica pessoal que contribui significativamente para o bem-estar pessoal e para um melhor desempenho profissional (Alonazi, 2020; Bas-Sarmiento et al., 2020).

Atualmente, os profissionais de saúde veem-se confrontados com uma exigência adicional em consequência da crise pandémica. Os dias de trabalho tornam-se mais exigentes, obrigando-os a recorrer às competências que facilitem a comunicação com a pessoa do foro cardíaco, com os elementos de equipa de trabalho, exigindo-lhes o desenvolvimento de estratégias de controlo emocional que possibilitem uma melhor adaptação à imprevisibilidade dos dias.

Considerando estes aspetos tornou-se essencial oferecer aos profissionais momentos que lhes possibilitassem o desenvolvimento das suas CE, de forma a capacitá-los para as exigências quotidianas. Assim, este estudo pretendeu, através de uma intervenção estruturada, promover o desenvolvimento de CE num grupo de profissionais que trabalham numa Unidade de Cuidados Coronários.

Para melhor avaliar a eficácia da intervenção, optou-se por uma metodologia mista, conjugando análises de dados qualitativos e quantitativos. Se por um lado os dados qualitativos ofereceram-nos uma melhor compreensão do fenómeno, permitindo que os problemas fossem analisados de forma mais profunda e detalhada (Patton, 1990). Por outro, os dados quantitativos permitiram-nos medir áreas para as quais a intervenção foi desenhada. A continuidade do estudo, com a triangulação e sistematização mais profunda dos dados, deixará certamente, muitos caminhos para explorar e desenvolver no campo do desenvolvimento profissional.

6. Referências

Alonazi, W. B. (2020). The impact of emotional intelligence on job performance during covid-19 crisis: A cross-sectional analysis. *Psychology Research and Behavior Management*, *13*, 749–757. https://doi.org/10.2147/PRBM.S263656

Bas-Sarmiento, P., Fernández-Gutiérrez, M., Baena-Baños, M., Correro-Bermejo, A., Soler-Martins, P. S., & de la Torre-Moyano, S. (2020). Empathy training in health sciences: A systematic review. *Nurse Education in Practice*, *44*(September 2019), 102739. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102739

Caruth, G. (2013). Demystifying Mixed Methods Research Design: A Review of the Literature Article. *Mevlana International Journal of Education (MIJE)*, *3*(2), 112–122. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.13054/mije.13.35.3.2

Creswell, J. (2012). *Educational research: Planning, conducting and evaluating quantitative and qualitative research*. Pearson Education.

Değerli, F. İ., & Odacı, H. (2020). Effect of an Emotional Intelligence Training Program Developed for Prospective Psychological Counselors on Psychological Counseling Skill Levels. *Journal of Rational - Emotive and Cognitive - Behavior Therapy*, *0123456789*. https://doi.org/10.1007/s10942-020-00352-5

Elias, E. (2013). *Avaliação do impacto de um programa de promoção de competências sócio-emocionais no bem-estar dos professores* [Universidade de Lisboa]. https://repositorio.ul.pt/handle/10451/10552

Goleman, D. (2005). *Emotional Inteligence: Why it can matter more than IQ*. Bantam Books.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.864-870

Karimi, L., Leggat, S. G., Bartram, T., & Rada, J. (2020). The effects of emotional intelligence training on the job performance of Australian aged care workers. *Health Care Management Review*, *45*(1), 41–51. https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000200

Kasler, J., Hen, M., & Nov, A. (2013). Building Emotional Competence in Educators. *International Journal of Higher Education*, *2*(4), 31–41. https://doi.org/10.5430/ijhe.v2n4p31

Nightingale, S., Spiby, H., Sheen, K., & Slade, P. (2018). The impact of emotional intelligence in health care professionals on caring behaviour towards patients in clinical and long-term care settings: Findings from an integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, *80*(October 2017), 106–117. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.01.006

Patton, M. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (2nd ed.). Sage Publications.

Pérez-Fuentes, M. del C., Molero Jurado, M. del M., del Pino, R. M., & Gázquez Linares, J. J. (2019). Emotional Intelligence, Self-Efficacy and Empathy as Predictors of Overall Self-Esteem in Nursing by Years of Experience. *Frontiers in Psychology*, *10*(September). https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02035

Soto-Rubio, A., Giménez-Espert, M. D. C., & Prado-Gascó, V. (2020). Effect of emotional intelligence and psychosocial risks on burnout, job satisfaction, and nurses' health during the covid-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(21), 1–14. https://doi.org/10.3390/ijerph17217998

Teskereci, G., Öncel, S., & Özer Arslan, Ü. (2020). Developing compassion and emotional intelligence in nursing students: A quasi-experimental study. *Perspectives in Psychiatric Care*, *56*(4), 797–803. https://doi.org/10.1111/ppc.12494

Wilkinson, S. (1998). Focus group methodology: a review. *International Journal of Social Research Methodology*, *1*(3), 181-203.

Wisdom, J., Cavaleri, M., Onwuegbuzzie, A., & Green, C. (2012). Methodological reporting in qualitative, quantitative, and mixed methods health services research articles. *Health Services Research*, *47*(2), 721-745, DOI: 10.1111/j.1475-6773.2011.01344.x.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.864-870

Construção do conhecimento entre preceptores da Residência Médica em Pediatria

Jeannette Barros Ribeiro Costa[1], Lenilda Austrilino[1] e Mércia Lamenha Medeiros[1]

[1] Faculdade de Medicina Universidade Federal de Alagoas, Brasil | jeannettebrc@gmail.com, lenildaaustrilino@gmail.com; mercialamenha@hotmail.com | https://orcid.org/0000-00031152-243X; http://orcid.org/0000-0002-9305-3720; http://orcid.org/0000-0002-1776-3181

Resumo: A Residência Médica é uma forma de treinamento sob orientação de preceptoria, visa formar profissionais tecnicamente qualificados, com elevado padrão ético e humanista. Os programas de residencia médica estão em processo de reestruturação, visam principalmente, inserir os residentes em diversos cenários de saúde e redes de cuidado. Este trabalho de natureza qualitativa tem como objetivo relatar os desdobramentos resultante do planejamento estratégico, elaborado como produto de uma pesquisa que identificou a necessidade de um programa de educação permanente para os preceptores da Residência Médica de um hospital universitário público do nordeste brasileiro. A oficina visou responder a questão: quais as habilidades e competências a serem desenvolvidas no programa de Residência Médica em pediatria, que favorecem a aquisição de autonomia progressiva para o médico residente atingir a formação profissional? Seguindo as etapas da estratégia de ensino "preceptoria minuto", as informações produzidas sobre as habilidades e competências, mencionadas pelos preceptores foram tratadas a partir da análise de conteúdo e sistematizadas por ano de residência. Em conclusão, os preceptores concordaram com a proposta advinda do planejamento participativo, visando a realização de um programa de educação permanente, que se iniciou com a oficina voltada ao uso das metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Os preceptores mencionaram que a oficina proporcionou meios para a mudança na prática pedagógica, se comprometeram com o uso de metodologias ativas, avaliaram que ao vivenciarem o exercício da elaboração coletiva das habilidades e competências a serem desenvolvidas nos residentes, criaram condições de melhoria do processo de formação do médico pediatra e maior integração entre ensino e serviço.

Palavras-chave: Residência Médica; Ensino-aprendizagem; Hospitais de Ensino.

Construction of Knowledge among Preceptors of Medical Residency in Pediatrics

Abstract: The Medical Residency is a form of training under the guidance of preceptors, it aims to train technically qualified professionals, with a high ethical and humanistic standard. The medical residency programs are in the process of restructuring, aiming mainly at inserting residents in different health scenarios and care networks. This qualitative study aims to report the developments resulting from the strategic planning developed as a product of research that identified the need for a permanent education program for the preceptors of the medical residency of a public university hospital in northeastern Brazil. The workshop aimed to answer the question: what are the skills and competences to be developed in the pediatric medical residency program, which favor the acquisition of progressive autonomy for the resident physician to achieve professional training? Following the steps of the minute preceptorship teaching strategy, the information produced on the skills and competences mentioned by the preceptors were treated, based on content analysis, and systematized by year of residence. In conclusion, the preceptors agreed with the proposal arising from the participatory planning aiming at the realization of a permanent education program that started with the workshop focused on the use of active methodologies. The preceptors mentioned that the workshop provided means for changing pedagogical practice, committed themselves to the use of active methodologies, evaluated that when they experienced the exercise of the collective elaboration of the skills and competences to be developed in the residents, they created conditions for the improvement of the teaching process. training of pediatric doctors and greater integration between teaching and service.

Keywords: Medical residency; Teaching-Learning; Teaching Hospitals.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.871-879

1. Introdução

A Residência Médica, caracterizada como uma especialização *latu senso*, é uma forma de treinamento em serviço a partir do atendimento supervisionado ao paciente. No Brasil, essa modalidade de ensino foi regulamentada nacionalmente em 5 de setembro de 1977, pelo Decreto n° 80.281, o mesmo que criou a Comissão Nacional de Residência Médica (Koch, 2011).

Os programas de Residência Médica são compostos por atividades teórico-práticas, e têm sua carga horária, mínima e máxima, estabelecida segundo a lei nº 6.932 de 07 de julho de 1981, artigo 5º e parágrafo 2º. A finalidade da residência se constitui no treinamento em serviço do profissional médico, agregando experiências práticas às atividades teóricas, contribuindo para aquisição crescente de autonomia profissional pelo médico pediatra. Compõe parte fundamental da formação médica, tem como cenário de aprendizagem os serviços de saúde do SUS (Sistema Único de Saúde) no Brasil e consequentemente, responde por grande número de atendimentos na área pública de saúde (Skare, 2012).

O processo de ensino-aprendizagem na Residência Médica é complexo, dinâmico e não ocorre de forma linear (Mitre, 2008). Portanto, demanda que o residente aprofunde e amplie os significados elaborados, mediante sua participação, enquanto requer do preceptor o exercício permanente do trabalho reflexivo, além de disponibilidade para o acompanhamento, realização de pesquisas e práticas do cuidado (Sawatsky, 2014).

O papel de preceptor é reconhecido desde os primórdios das civilizações, quando a arte de curar era aprendida pelos mais jovens, através de conhecimentos transmitidos pelos mais velhos e com maior experiência, chamados, à época, de práticos (Skare, 2012).

A responsabilidade de preceptores envolvidos na Residência Médica, em comparação com a graduação, aumenta, o que o torna ainda mais relevante discutir como se dá o processo ensino-aprendizagem nessa modalidade de pós-graduação (Botti, 2010). O preceptor médico introduz na prática profissional, estudantes e médicos recém-formados, compartilhando conhecimento, dando suporte e acompanhamento, que os auxiliem e estimulem no exercício da profissão, de forma ética e compatível com os princípios do SUS.

Para Botti e Rego (2009) o preceptor se preocupa principalmente com a competência clínica, com os aspectos de ensino-aprendizagem do desenvolvimento profissional, favorecendo a aquisição de habilidades e competências pelos recém-graduados, em situações clínicas reais, no próprio ambiente de trabalho (Botti & Rego, 2009). Nesse sentido, o preceptor deve estar capacitado para desenvolver uma pluralidade de competências (Bentes, 2013) que respondam às necessidades de saúde atuais.

1.1 Processo Ensino Aprendizagem na Residência Médica

O ensino e a aprendizagem na Residência Médica devem ser embasados no modelo Andragógico, que contempla quatro princípios: necessidade de os adultos saberem a finalidade; facilidade dos adultos em aprender pela experiência; aprendizagem como resolução de problemas; motivação para aprender através de uma aplicação imediata (Moura, 2013).

O processo de ensino aprendizagem envolve, segundo Santos (2005, p.19), “ensinar, que exprime uma atividade, e aprender, que envolve certo grau de realização de uma determinada tarefa com êxito”. Entretanto, tal processo deve atentar para o desenvolvimento de um relacionamento interpessoal comprometido e atencioso (Jug, et. al, 2018).

As atividades de ensino aprendizagem na Residência Médica devem gerar autonomia, na medida em que proporcionam envolvimento pessoal, ambiente contextualizado com a prática profissional, alta flexibilidade em sua execução, percepção de liberdade psicológica e de escolha. Ao mesmo tempo, faz-se necessário aliar isso a algum tipo de regulação externa, na figura do professor ou preceptor (Berbel, 2011).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.871-879

Há necessidade de romper com a postura de transmissão de informações, na qual os residentes assumem o papel de indivíduos passivos na aprendizagem (Al-Azrih, 2014; Cyrino, 2004; Gomes, 2011).

No atual momento do processo ensino-aprendizagem na Residência Médica, a avaliação por competências é uma realidade em muitos países (Bastos, 2019). Essa perspectiva engloba o desenvolvimento de competências pelo residente, ao longo do tempo, retomando pontos de aprendizagem que ficaram deficientes, precisam ser corrigidos e identificando os próximos passos na sua aprendizagem (Hauer, 2015).

Diante da modificação das tendências do ensino em saúde e da educação médica no Brasil nos últimos 30 anos, percebe-se uma articulação para promover mudanças no processo ensino-aprendizagem na Residência Médica, que é entendida como uma forma específica para ingressar no mercado de trabalho.

Nesse âmbito, a Residência Médica merece melhor discussão, a respeito de como vem sendo organizado seu plano prático e científico, uma vez que o preceptor tem importante papel nessa construção, poderá conferir uma boa avaliação ao programa de Residência Médica (Dallegrave & Ceccim, 2013). Segundo (Wuillaume & Batista, 2000) a preceptoria requer capacitação para o desempenho da função.

1.2 Metodologia de Ensino, Habilidades e Competências

Muito vem sendo falado sobre o uso de metodologias ativas no processo ensino aprendizagem na Residência Médica, visando a promoção de competências e autonomia durante a formação dos profissionais, para que atuem no mercado de trabalho com capacidade de autogerenciamento (Pinto, 2012).

A metodologia de ensino deve fornecer uma estrutura na qual, conversas sobre o processo ensino aprendizagem podem ser construídas entre residente e preceptor. O modelo tem maior resultado quando não é visto como estático e rígido, mas como um conjunto flexível de diretrizes que podem ser alteradas conforme, demandas das situações de ensino-aprendizagem.

As metodologias ativas mostram resultados positivos para a aprendizagem, que incluem a intervenção em casos clínicos contextualizados, por onde os alunos apoiam o seu desenvolvimento através da estruturação de conhecimentos e habilidades especializadas, tornando o pensamento disciplinar e as estratégias explícitas (Jin, 2014). Para isso a escolha do método de ensino precisa corresponder com os objetivos de aprendizagem (Sawatsky, 2014).

Entre as metodologias ativas usadas na área da saúde, Skare (2012) sugere que cada programa de Residência Médica tente implantar, como uma ferramenta, que denominam de “Preceptoria Minuto”, que permite aprendizado em um tempo limitado e em meio as várias demandas do serviço. Para estabelecer este método são sugeridos cinco passos: permitir que o residente demonstre sua interpretação acerca do caso; questionar o residente quanto ao seu raciocínio acerca do processo e grau de conhecimento dele; sedimentar aspectos básicos em detrimento de informações detalhadas; corrigir o que está errado de maneira construtiva e, por último, realizar um *feedback* (Chemello, et. al, 2009).

Entretanto, a Residência Médica deve desenvolver estratégias que otimizem o processo formativo (Souza & Ferreira, 2019) através da implantação de metodologias pedagógicas diversas para a melhoria da formação.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.871-879

1.3 Programa de Residência Médica

Os Programas de Residência Médica em pediatria no Brasil são estruturados obedecendo às normas estabelecidas pela Instituição e pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Atualmente, encontram-se em transição, passando a ter formação em três anos, conforme determinação do MEC, publicado no Diário Oficial da União pela CNRM, através da Resolução Nº1 de 29 de dezembro de 2016. Este documento, mantém o percentual entre 10 a 20% da carga horária total, destinada a reuniões clínicas, seminários, cursos de atualização e discussões clínicas.

O momento atual, para os programas de Residência Médica é de reestruturação, situação ideal para implantação de mudanças, ampliação de novos cenários que levem os residentes para ambientes extra-hospitalares, fazendo com que eles adquiram maior experiência, preparando-os para atuarem desde o ambiente hospitalar até a atenção básica.

As mudanças propostas para a formação do Pediatra são: acréscimo para três anos, com o intuito de ampliar a concepção sobre o sistema público de saúde; identificar os recursos assistenciais; reconhecer as necessidades de saúde da população e inseri-lo no cenário de saúde e redes de cuidados. Segundo a Resolução nº1 (CNRM, 2016) acima mencionada, o médico especialista não deve ter formação exclusiva no ambiente hospitalar. Nesta mesma resolução, ficam estabelecidas as habilidades e competências mínimas, a serem adquiridas em cada ano de formação.

A pesquisa “Percepção de médicos residentes sobre o processo ensino aprendizagem do programa de Residência Médica em pediatria em um Hospital Universitário (HU)”, – desenvolvida como exigência do Programa de Mestrado Profissional Ensino na Saúde (MPES-UFAL) – Identificou pontos fortes e frágeis do referido programa de residência. Tais resultados motivaram a construção de um plano de ação, junto à gestão do programa de residência, fundamentado no planejamento estratégico, com a elaboração de uma matriz de SWOT (Forças (**S**trengths), Fraquezas (**W**eaknesses), Oportunidades (**O**pportunities) e Ameaças (**T**hreats)]. Que apontou a necessidade de um programa de formação permanente para os preceptores, teve como ação mais premente, a realização de oficinas com os preceptores do programa de residência em pediatria, para sensibilização quanto ao uso de metodologias ativas.

Neste contexto, o objetivo deste trabalho foi relatar os resultados da oficina denominada: “Oficina sobre Preceptoria Minuto”, realizada como desdobramentos da pesquisa, na perspectiva de consolidar o produto educacional – exigência do Programa de Mestrado Profissional Ensino na Saúde (MPES) – e de atender ao calendário estabelecido para o programa de formação de preceptores, elaborado a partir do planejamento estratégico participativo.

2. Metodologia

Esta pesquisa qualitativa de abordagem fenomenológica permitiu uma contextualização intersubjetiva, viabilizando a sistematização e aprofundamento sobre a Residência Médica em pediatria, ao passo que as informações foram sendo colhidas. Ratifica Minayo (2012, p.626) “a análise qualitativa de um objeto de investigação, concretiza a possibilidade de construção de conhecimento e possui todos os requisitos e instrumentos para ser considerada e valorizada como um constructo científico”.

O campo de estudo compreendeu o programa de Residência em Pediatria de um Hospital Universitário público. Restringir o estudo a um hospital de ensino teve o propósito de aprofundar a compreensão do grupo social em questão, ou seja, o grupo de preceptores da Pediatria do referido hospital.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.871-879

A oficina para os preceptores da residência em pediatria, intitulada “Oficina Preceptoria Minuto” teve como objetivo, apresentar a estratégia de ensino chamada preceptoria minuto, com o intuito de qualificar os preceptores para a utilização dessa estratégia de ensino na prática. Nesse caso, na perspectiva de elaborar um quadro de competências e habilidades a serem desenvolvidas pelos residentes, a partir da resposta a questão:

Quais as habilidades e competências a serem desenvolvidas no programa de Residência Médica em pediatria, que favorecem a aquisição de autonomia progressiva para sua formação profissional?

Promovida via remota (meet) para evitar a aglomeração, por estarmos no período da pandemia Covid-19. A estratégia de ensino utilizada seguiu as etapas da preceptoria minuto, que se desenvolve nas seguintes etapas: permitir que o participante demonstre sua interpretação acerca de um caso; questioná-lo quanto ao seu raciocínio acerca do processo e grau de conhecimento sobre ele; sedimentar aspectos básicos em detrimento de informações detalhadas; corrigir o que está errado, de maneira construtiva e, por último, realizar um *feedback*.

Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE 23416719.0.0000.5013 parecer nº3.663.681, de 26/10/2019.

3. Resultados e Discussão

Participaram desta oficina 14 médicos, que corresponde a 70% dos médicos-preceptores da Unidade de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, sendo 13 médicos ligados a assistência e 1 responsável pela gestão (Coordenadora da Unidade de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente) todos do Hospital Universitário pesquisado. Adesão muito satisfatória tendo em vista eventos anteriores. A oficina foi conduzida por 3 facilitadoras, 1 preceptora médica (mestranda) e 2 docentes do Mestrado Profissional Ensino na Saúde (orientadoras da pesquisa).

Para atender a demanda por um programa de educação permanente, os resultados desta pesquisa foram apresentados aos preceptores e gestores, ficando evidente o comprometimento destes, para criar espaços de discussão sobre as demandas pedagógicas da Residência Médica, no âmbito dos aspectos da aprendizagem, do ensino de habilidades, da utilização de casos clínicos e da aquisição de competências inerentes à formação dos residentes.

> O primeiro passo para provocar mudanças nos processos de formação é entender que, as propostas não podem ser construídas isoladamente e nem de cima para baixo, hierarquizadas. Elas devem fazer parte de uma grande estratégia, estar articuladas entre si e serem criadas a partir da problematização das realidades locais, envolvendo os diversos segmentos (Miccas & Batista, 2014, p. 171).

O conjunto de percepções, dos residentes e preceptores, resultou como proposta de intervenção**,** a realização de planejamento participativo visando a elaboração de um programa de educação permanente para os preceptores, tendo como escolha a construção de oficinas voltadas ao uso das metodologias ativas de ensino-aprendizagem.

3.1 Programa de Educação Permanente

Em Dicionário da educação profissional em saúde, Ceccim e Ferla (2008) explicitam que a educação permanente em saúde precisa ser entendida como prática de ensino aprendizagem, vivenciada a partir da realidade dos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no dia a dia do trabalho e as experiências desses atores como base de interrogação e mudança.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.871-879

Assim a educação permanente, dentro das unidades hospitalares e nos serviços de saúde, é uma estratégia que visa a atualização dos trabalhadores e mudanças nos processos de trabalho, para a qualificação da formação profissional e da assistência em saúde.

Entre as ações do planejamento estratégico elaborado, a mais imediata foi a realização de oficina para preceptores da residência em pediatria, com o objetivo de estimulá-los para o uso com os residentes, de metodologias ativas e ao mesmo tempo, elencar as habilidades e competências a serem trabalhadas com os residentes R1, R2 e R3 do 1º, 2º e 3º ano, respectivamente.

Para o melhor desenvolvimento foi realizado o acolhimento, apresentação dos objetivos e explanação da metodologia que seria utilizada. Um caso clínico foi apresentado para promover a interação entre os participantes, estes puderam pontuar os problemas e identificar os pontos positivos da prática pedagógica na Residência Médica de Pediatria. Ao organizar a oficina foi elaborado um manual técnico, para auxiliar sua condução, instrumentalizando o preceptor para o uso desta estratégia.

Durante a interação, os participantes (preceptores da residência) procuraram dialogar entre eles, para responder à pergunta motivadora: O que esperar do residente em seu primeiro, segundo e terceiro ano de formação na especialidade, em relação ao caso clínico apresentado?

O resultado apresentamos, resumidamente, no quadro 1 - matriz de competências em pediatria, elaborada de acordo com o grau de complexidade, compatível com o nível de autonomia requerido pelo processo de formação profissional.

Quadro 1. Matriz de competências em pediatria.

Residência/Ano	Que Competências Esperar?
R1	Coletar história clínica e Fazer exame clínico Saber classificar: precoce ou tardia Coletar de exames laboratoriais Identificar a relação familiar Orientar a mãe Informar procedimentos
R 2	Avaliar os exames laboratoriais Saber fazer Cateterismo umbilical Participar da Exsanguinetransfusão (ESX) Melhorar a comunicação com familiares Associar clínico-laboratorial
R 3	Coordenar e orientar equipe de saúde Saber as etapas da ESX Comunicação com a família e também ensinar como fazer a equipe de saúde Ter conhecimento dos Procedimentos Operacionais Padrões Habilidades em resolver complicações dos procedimentos Participar da elaboração dos protocolos Co-participação na elaboração de normas

Autoria: própria

O caso norteador introduziu a discussão, favoreceu ao levantamento dos conhecimentos prévios, sobre como deveria se pautar os residentes frente aos problemas apresentados no caso. Em seguida, foram estimulados a realizarem feedback, cotejando entre o que foi registrado, o proposto pela legislação e pelos documentos do serviço.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.871-879

As competências e habilidades, trazidas pelos preceptores, revelaram o crescente nas aquisições, saindo de procedimentos mais simples aos mais complexos. Também estavam de acordo, com o preconizado pelas DCNs para a residência médica: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento, por fim, educação permanente. Além disso, estão em conformidade com a Resolução 01/2016 de 29 de dezembro de 2016 e com as habilidades e competências estabelecidas pela Comissão Nacional de Residência Médica.

Foi notório o ganho de conhecimento ao final da oficina, percebido pelo nível de discussão e pelas respostas dadas pelos participantes, quando questionados sobre o nível de aprendizado com a oficina.

Ao final foi solicitado preenchimento de questionário on-line de avaliação, no qual, 12 participantes responderam e apontaram a importância do processo formativo, “a oportunidade de expor nossa vivência”, “estímulo para fazer mestrado” “aplicação prática no serviço”, “estímulo à docência”. A oficina provocou entusiasmo nos preceptores, para continuarem participando de outros momentos de capacitação.

Essa atividade conseguiu atender ao objetivo proposto, que era sensibilizar o preceptor para o uso de metodologias ativas. Favoreceu a continuidade das atividades de educação permanente, ao propor que “gostariam de mais oportunidades semelhantes”, “mais encontros”. Sugestões de melhorias apontadas por eles, que poderão ser implementadas foram: “maior tempo para os participantes interagirem”; “trabalhar outras estratégias de ensino-aprendizagem utilizando metodologias ativas” e manter as reuniões remotas.

Identificadas as competências e habilidades para cada ano de residência, o próximo passo do planejamento estratégico, para formação dos preceptores é a realização de outras oficinas sobre as outras estratégias de ensino-aprendizagem que podem ser utilizadas para promover uma aprendizagem significativa.

4. Conclusões

Os desdobramentos da pesquisa Percepção dos médicos residentes sobre o programa de Residência Médica em pediatria de um hospital universitário, permitiram reconhecer as limitações do programa e traçar uma proposta de intervenção, a partir dos resultados encontrados nas categorias estabelecidas.

O programa de educação permanente traçado de forma participativa, teve entre suas ações, a realização de oficinas visando superar as limitações dos preceptores para o uso de metodologias ativas. A realização de oficina utilizando a estratégia de ensino “preceptoria minuto”, favoreceu ao fortalecimento do grupo de preceptores que se sensibilizaram para a continuidade das ações de formação, propostas pelo planejamento participativo elaborado.

A oficina proporcionou meios para a mudança na prática pedagógica dos preceptores. Ao vivenciarem o exercício da elaboração coletiva das habilidades e competências a serem desenvolvidas nos residentes, os preceptores criaram condições de melhoria do processo de formação do médico pediatra, e maior integração entre ensino e serviço.

Iniciar o programa de educação permanente por uma oficina sobre o uso de metodologias ativas, foi acertada, uma vez que criou a expectativa de continuidade da formação. Favoreceu a interação entre os preceptores, foi relevante para avaliação conjunta do grupo e no compartilhamento de experiências pelos profissionais, que estão há muitos anos formando Pediatras. Nos pareceu, que o uso da via remota facilitou a participação dos médicos.

Por ser um produto educacional, resultante de uma pesquisa sua divulgação é importante, tanto por meio da vinculação a sistemas de informações em âmbito local (site do Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) como nacional (Portal EduCAPES). Compartilhar os resultados obtidos poderá estimular ações correlatas, contribuindo assim, para a melhoria do processo de ensino-aprendizagem e das práticas de saúde.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.871-879

5. Referências

Al-Azri, H.; Ratnapalan, S. Problem-based learning in continuing medical education: Review of randomized controlled trials. *Canadian Family Physician*. Vol 60: February, 2014. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3922562.

Bastos, C. A. H.; Botelho, N. M.; Portella M. B.; Nascimento, C. C. L. (2020) Aplicação do Método de Avaliação 360º em Residentes Médicos de Ginecologia e Obstetrícia. *Rev. Eletrônica Acervo Saúde*. Sup.34. https://doi.org/10.25248/reas.e1423.2019.

Bentes, A. et.al. Preceptor de residência médica: funções, competências e desafios: a contribuição de quem valoriza porque percebe a impotância: nós mesmos*! Cad. ABEM*, Rio de Janeiro, v.9, p.32-39, 2013.6.

Berbel, N. A. N. (2011) As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*, Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, jan./jun. http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/10326. Acesso em: 06 de

Botti, S. H. O.; Rego, S. (2010) Processo ensino-aprendizagem na Residência médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*. v.34, n.1, p.132-140. https://www.scielo.br/pdf/rbem/v34n1/a16v34n1.pdf.

Botti, S. H. O.; Rego, S. (2010) Processo ensino-aprendizagem na Residência médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*. v.34, n.1, p.132-140. https://www.scielo.br/pdf/rbem/v34n1/a16v34n1.pdf.

Brasil. (2016) Resolução CNRM 01/2016 de 29 de dezembro de 2016. Dispõe sobre os requisitos mínimos do Programa de Residência Médica em Pediatria e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 30 de dezembro de. Seção 1. p.200.

Chemello, D.; Manfrói, W.C.; Machado, C.L.B. (2009) O papel do preceptor no ensino médico e o modelo Preceptoria em um Minuto. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.33, n.4, p.664-669.

Ceccim, R. B.; Ferla, A. A. (2006) Educação Permanente em Saúde. In: Escola Politécnica De Saúde Joaquim Venâncio (Org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz. p. 107-112.

Cyrino, E. G.; Toralles-Pereira, M. L. (2004) Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.780-788, mai-jun. https://www.scielo.br/pdf/csp/v20n3/15.pdf.

Dallegrave, D.; Ceccim, R. B. (2013) Healthcare residency: what has been produced in theses and dissertations? *Interface (Botucatu*), v.17, n.47, p.759-766, out/dez. https://www.scielo.br/pdf/icse/v17n47/en_aop4113.pdf.

Gomes A. P.; Regol, S. (2011) Transformação da Educação Médica: É Possível Formar um Novo Médico a partir de Mudanças no Método de Ensino-Aprendizagem? *Revista Brasileira de Educação Médica* [online]., v.35, n.4, p.557-566. http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022011000400016.

Hauer, K. E. *et al*. (2015) Reviewing resident's competence: a qualitative study of the role of clinical competence committees in performance assessment. *Academic medicine*, v. 90, n.8, p.1084-1092. https://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2015/08000/Reviewing_Residents__Competence__A_Qualitative.25.aspx.

Koch, V. H. K.; Dória Filho, U.; Bollela, V. R. Avaliação do Programa de Residência Médica do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. *Revista Brasileira de Educação Médica* [online]. v.35, n.4, pp.454-459, 2011. http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022011000400003.

Miccas, F. L., & Batista, S. H. S. D. S. (2014). Educação permanente em saúde: metassíntese. *Revista de Saúde Pública*, *48*, 170-185.

Minayo, M. C. S. (2012) Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.17, n.3, p.621-626. https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300007.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.871-879

Mitre, S. M., Siqueira-Batista, R., Girardi-de-Mendonça, J. M., Morais-Pinto, N. M. D., Meirelles, C. D. A. B., Pinto-Porto, C., ... & Hoffmann, L. M. A. (2008). Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência & saúde coletiva*, 13, 2133-2144.

Moura, A. J. C. M. *et al.* (2013) Motivação e Comprometimento: Fatores que contribuem para um Efetivo Processo Ensino-Aprendizagem na Residência Médica*. Cadernos ABEM*. Rio de Janeiro, v.9, p. 61-68. https://www.academia.edu/7477931/Motiva%C3%A7%C3%A3o_e_Comprometimento_Fatores_que_Contribuem_para_um_Efetivo_Processo_Ensino_Aprendizagem_na_Resid%C3%AAncia_M%C3%A9dica?auto=download.

Pinto, A.S.S. *et al.* (2012) Inovação didática – projeto de reflexão e aplicação de metodologias ativas de aprendizagem no Ensino-aprendizagem Superior: uma experiência com "perrinstruction". *Janus,* v.9, n.15. http://unifatea.com.br/seer3/index.php/Janus/article/view/289.

Pinto, H. A., Ferla, A. A., Ceccim, R. B., Florêncio, A. R., Barbosa, M. G., Stédile, N. L. R., ... & Matos, I. B. (2014). Atenção básica e educação permanente em saúde: cenário apontado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). *Divulg. saúde debate*, 145-160.

Santos, R. V. (2005) Abordagens do processo ensino e aprendizagem*. Integração*. v.11, n.40, p.19-31, Jan/Fev/Mai.

Sawatsky A. P.; Berlacher K.; Granieri R. (2014.) Using an ACTIVE teaching format versus a standard lecture format for increasing resident interaction and knowledge achieviemnt during noon conference: a prospective, controlled study. *BMC Medical Education*. v.14, p.14-29, https://bmcmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-14-129.

Skare, T. L. (2012) Metodologia do ensino na preceptoria da Residência médica. *Rev. Med. Res. Curitiba.* v.4, p.116-120, abr./jun.

Souza, S. V.; Ferreira, B. J. (2019) Preceptoria: perspectivas e desafios na Residência Multiprofissional em Saúde. *ABCS Health Sci.* v.44, n.1, p. 15-21. https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-995006.

Wuillaume, S. M.; Batista, N. A. (2000) O preceptor na residência médica em Pediatria: principais atributos. *Jornal de Pediatria*. v.76, n.5, p.333-338.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.871-879

O uso de psicofármacos e/ou psicotrópicos: Uma revisão integrativa

Beatriz Soto Boni[1], Kátia Terezinha Alves Rezende[2], Fernanda Moerbeck Cardoso Mazzetto[2], Sílvia Franco da Rocha Tonhom[2] e Milena Rezende[3]

[1] Egressa do curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília, Brasil | biasboni1806@gmail.com | https://orcid.org/0000-0002-0187-6747

[2] Enfermeira, docente da Faculdade de Medicina de Marília, Brasil | katialvesrezende@gmail.com; fernandamazzetto4@gmail.com; siltonhom@gmail.com | https://orcid.org/0000-0002-9022-2680; https://orcid.org/0000-0001-9276-219X; https://orcid.org/0000-0001-7522-2861

[3] Médica, Secretaria Municipal de Saúde de Marília, Brasil | milenarezende@hotmail.com | https://orcid.org/0000-0003-2185-1464

Resumo: A prescrição de psicofármacos e/ou psicotrópicos aumentou significativamente nos últimos anos, sendo essa classe de medicamento, uma das mais prescritas atualmente. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura em que a busca foi realizada no BVS, selecionado as bases de dados LILACS e BDENF. Foram analisados 20 artigos de periódicos publicados no período de 2009 a 2019, nos idiomas inglês, português e espanhol. Os resultados mostram que o país de maior produção dos artigos foi o Brasil e indicam que desde o adulto jovem até o idoso são os principais usuários desses medicamentos. Entre os psicofármacos e/ou psicotrópicos mais prescritos estão o Clonazepam, Diazepam e Fluoxetina e os principais prescritores são os clínicos gerais. As situações em que esses medicamentos são prescritos são queixas de ansiedade e insônia. Em relação ao tempo de uso dessas medicações, há prevalência do uso entre três a seis anos. Conclui-se que o uso dessa classe de medicamentos é altamente prevalente, demonstrando a necessidade de Educação Continuada e Permanente em Saúde Mental a esses profissionais, ressaltando o uso racional desses medicamentos.

Palavras-chaves: Psicotrópicos; Assistência à Saúde Mental; Prescrições de Medicamentos; Transtornos Mentais; Revisão.

The use of Psychiatric Drugs: An Integrative Review

Abstract: The prescription of psychotropic and / or psychotropic drugs has increased significantly in recent years, with this class of medication being one of the most prescribed today. It is an integrative review of the literature in which the search was carried out in the VHL, selecting the databases LILACS and BDENF. Twenty journal articles published from 2009 to 2019 were analyzed, in English, Portuguese and Spanish. The results show that the country with the greatest production of articles was Brazil and indicate that from young adults to the elderly, they are the main users of these drugs. Among the most prescribed psychotropic and / or psychotropic drugs are Clonazepam, Diazepam and Fluoxetine and the main prescribers are general practitioners. The situations in which these drugs are prescribed are complaints of anxiety and insomnia. Regarding the time of use of these medications, there is a prevalence of use between three to six years. It is concluded that the use of this class of drugs is highly prevalent, demonstrating the need for Continuing and Permanent Education in Mental Health to these professionals, emphasizing the rational use of these drugs.

Keywords: Psychotropics; Mental Health Assistance; Drug Prescriptions; Mental Disorders; Review.

1. Introdução

Atualmente a prescrição de psicofármacos e/ou psicotrópicos é questionada ao redor do mundo, sendo possível destacar que nos últimos anos, o uso desses medicamentos aumentou significativamente, sendo os ansiolíticos a droga mais prescrita mundialmente (Videbeck, 2012). Os psicofármacos são substâncias químicas, naturais ou sintéticas, que quando incluídos no organismo podem causar mudanças de várias maneiras no comportamento mental, excitando, deprimindo ou ocasionando perturbações (Fontana, 2005).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.880-889

São indicados para o tratamento de diversos agravos e podem acarretar em dependência física e/ou psíquica, além de contribuírem para a ocorrência de situações adversas aos usuários. Nos últimos anos, observa-se aumento no consumo desses medicamentos, o que pôde ser declarado na Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM), que explicitou que dentre os 20 subgrupos farmacológicos mais utilizados pelos usuários da rede básica de saúde estão os antidepressivos (Fluoxetina), antiepiléticos e ansiolíticos (Clonazepam), ficando atrás apenas dos fármacos das classes de anti-inflamatórios não esteroidais, anti-hipertensivos e antidiabéticos (SCTIE, 2017).

Em seu estudo, Borges, et al. (2015) concluem que a prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) foi de 44,1%. O uso de psicofármacos e/ou psicotrópicos é de 27,1%. Dentro desses 27,1% do uso desses medicamentos, 30,3% tem prescrição para uso de 2 ou mais, com prevalência de uso de antidepressivos (45,5%). Outras patologias associadas: hipertensão 28,5%, diabetes e dislipidemias: 29,3%.

Os estudos mostram maior prevalência de uso de psicofármacos e/ou psicotrópicos por mulheres, tanto na população geral, quanto nos atendimentos na atenção básica. Os transtornos mentais comuns são preditores de pior qualidade de vida em todos os domínios. Destaca-se ainda, alta prevalência de mulheres que reportaram sintomas de ansiedade e depressão. Embora o uso desses medicamentos é altamente prevalente, não foram encontradas evidências documentadas que justifiquem sua prescrição (Borges, Hegadoren e Miasso, 2015).

Braga, et al. (2016). destacam que 52,89% da amostra fazia uso de benzodiazepínicos isoladamente ou em associação com antidepressivos, em caráter contínuo, ao longo do período de seleção para a coleta dos dados, ou seja, durante seis meses. Desta forma, eles inferem que se trata de uma população com alta probabilidade de dependência provocada por estes fármacos. Schallemberger e Colet (2016) referem que em relação ao grau de ansiedade e dependência, destacam que 47.6% dos entrevistados são classificados com grau de ansiedade severa, e em relação à dependência, 61.9% são classificados como potencialmente dependentes. O estudo evidencia que o uso prolongado e inadequado de BZD está se tornando um problema de saúde pública. Destacam ainda, que o crescimento no consumo desses medicamentos demonstra a necessidade de conscientização do uso racional dos mesmos entre os usuários e os profissionais de saúde envolvidos.

O estudo de Rocha e Werlang (2012) destaca uma maior prevalência de uso de psicofármacos e/ou psicotrópicos por mulheres, principalmente antidepressivos, fazendo-se necessário investigar as razões dessa situação, bem como o planejamento de intervenções na comunidade voltadas a elas. Investigar o perfil de uso desses medicamentos na Atenção Primária a Saúde (APS) faz-se necessário para planejar estratégias de intervenções em saúde mental, relacionadas com a promoção do uso racional dos medicamentos.

O perfil encontrado no estudo e a utilização crônica dos benzodiazepínicos direciona para a necessidade de promover mudanças nas condutas de prevenção, dispensação e utilização desses medicamentos nas unidades da APS, justificado pelo risco de maior tolerância, dependência e efeitos colaterais desses medicamentos na população em estudo (Silva, et al., 2015).

Identifica-se a necessidade de mudar o paradigma dos serviços de saúde para que comunidade, profissionais de saúde e gestores reconheçam que os TMC representam parte significativa da APS. As unidades desse nível de atenção são essenciais para avaliar a saúde mental de seus usuários, e esses profissionais devem ser capacitados para desenvolver o cuidado na perspectiva da integralidade às pessoas que possuem TMC (Borges, et al. 2015).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.880-889

Para Rocha e Werlang (2012) a seleção dos psicofármacos e/ou psicotrópicos nas relações de medicamentos essenciais, baseada em critérios epidemiológicos, a elaboração de protocolos clínicos para a utilização dos mesmos e a capacitação em saúde mental para os profissionais que atuam na APS, são imprescindíveis para a promoção do cuidado na direção da integralidade.

Sabe-se que o uso prolongado dos psicotrópicos, mesmo em doses adequadas, pode causar dependência psíquica e física, tolerância e síndrome de abstinência. Assim, recomenda-se aos médicos, boas práticas de atenção à saúde, evitando o uso indiscriminado ou impreciso destes fármacos, bem como divulguem a vasta gama de efeitos colaterais aos seus pacientes, de modo a melhorar a sua qualidade de vida (Braga et al., 2016).

Esses autores apontam que há necessidade de programar ações nos três níveis de atenção à saúde, com o intuito de melhorar a qualidade de vida das pessoas e, consequentemente diminuir o consumo indiscriminado destas classes de medicamentos.

Enquanto a atividade de prática profissional e estudante do 2º ano de enfermagem experiencia-se, na Unidade Educacional Eletiva (UEE) em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de um município de pequeno porte, localizado no estado de São Paulo. Durante o desenvolvimento dessa Unidade se observa grande parcela da população utilizando psicofármacos e/ou psicotrópicos. Destaca-se que durante as pós consultas de enfermagem evidencia-se que de 20 pacientes atendidos por período, pelo menos 50% deles saiam da consulta médica com prescrição desses medicamentos.

Diante desse cenário, questiona-se qual o perfil dos usuários no contexto da atenção primária, que utilizam psicofármacos e/ou psicotrópicos, encontrados na literatura, em língua inglesa, espanhola e brasileira?

Assim, essa pesquisa objetiva analisar o perfil do uso de psicofármacos e/ou psicotrópicos, no contexto da atenção básica, reportados na literatura mundial.

2. Metodologia

O presente estudo trata-se de uma Revisão Integrativa de Literatura (RIL). A RIL é um método que tem como função sintetizar os resultados obtidos em pesquisas sobre um tema, de maneira sistemática, ordenada e abrangente. É denominada integrativa pois fornece informações amplas sobre um assunto/problema, constituindo, assim, um corpo de conhecimento (Ercole, et al., 2014).

Buscando seguir o rigor metodológico da RIL, conforme Ganong (1987) e Whittemore e Knafl (2005), seguiu-se as seguintes etapas:

A primeira etapa é a identificação do problema e a seleção da questão de pesquisa. Nesse sentido, diante da vivência nos cenários de formação acadêmica, identificou-se que grande parte da população faz uso de psicofármacos e/ou psicotrópicos, sendo assim, questionou-se qual o perfil dos usuários que utilizam esses medicamentos, em quais situações e problemas de saúde são prescritos, quais são os mais prescritos, tempo de uso e quem é o principal prescritor?

Na segunda etapa, a seleção dos artigos foi por meio dos seguintes descritores: antidepressivos, ansiolíticos, psicofármacos, psicotrópicos, psicoativos, consumo indevido, indiscriminado, inadequado e abusivo, medicamentos, remédios, atenção primária, estratégia de saúde da família e unidade básica de saúde; nas bases de dados BDENF e LILACS, nos idiomas português, inglês e espanhol, no período de 2009 até 2019.

Na terceira etapa, identificou-se 54 artigos que após leitura dos títulos e resumos, foram excluídos 34, considerando como critérios de exclusão: artigos que não se enquadraram na temática em questão, como por exemplo, artigos que trazem opções de terapêuticas naturais ou que trazem pesquisas de um medicamento específico, artigos que estavam sendo repetidos, além de teses, dissertações e artigos de revisão integrativa.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.880-889

Como critérios de inclusão: artigos que respondem à pergunta de pesquisa, publicados em português, inglês e espanhol em um período de 10 anos. Sendo assim, finalizou-se com 20 artigos para compor o corpus da análise.

Para finalizar, na quarta etapa decorreu-se a análise dos resultados, partindo da identificação de convergências e divergências entre eles. Assim, obteve-se as seguintes temáticas que serão abordadas a seguir: perfil dos usuários que utilizam psicofármacos e/ou psicotrópicos; situações/problemas de saúde em que os psicofármacos e/ou psicotrópicos são prescritos; os psicofármacos e/ou psicotrópicos mais utilizados; tempo de uso de psicofármacos e/ou psicotrópicos e formação profissional dos prescritores.

3. Resultados

A partir da busca realizada, considerando os objetivos propostos, apresenta-se o perfil dos usuários que utilizam psicofármacos e/ou psicotrópicos, as situações e problemas de saúde em que são prescritos, os mais prescritos, o tempo de uso desses medicamentos e a especialidade médica que os prescreveu.

3.1 Perfil dos Usuários que Utilizam Psicofármacos e/ou Psicotrópicos

Dentre os artigos analisados, identifica-se que todos os autores trazem o perfil dos usuários de psicofármacos e/ou psicotrópicos, indicando que a maioria são mulheres.

Ramon et al. (2019), Medeiros Filho et al., (2018), Silva et al. (2016), Schenkel e Colet (2016), Schallemberger e Colet (2016), Borges et al. (2015), Silva et al. (2015), Telles Filho et al. (2011) revelam que os pacientes em estudo possuem baixa escolaridade.

Em relação à ocupação, Ramon et al. (2019) relatam que a maior parte são desempregados. Medeiros Filho, Azevedo, Pinto e Silva (2018). evidenciam que a maioria são trabalhadores do lar. Schenkel e Colet (2016), Mezzari e Iser (2015), Baldoni et al. (2013), Telles Filho et al. (2011) referem porcentagem maior de aposentados. Borges, Hegadoren e Miasso (2015) e Borges et al. (2015) indicam, apenas, a prevalência dos entrevistados que trabalham com inserção formal e/ou informal.

Quanto ao número de pessoas com quem os usuários de psicofármacos e/ou psicotrópicos residem, Ramon et al. (2019) mencionam até três moradores; Borges, Hegadoren e Miasso (2015) declaram com até quatro; e Medeiros Filho et al. (2018) relatam que os usuários residem com cônjuge e filhos.

Medeiros Filho et al. (2018), Silva et al. (2016), Schenkel e Colet (2016), Schallemberger e Colet (2016), Borges, Hegadoren e Miasso (2015), Mezzari e Iser (2015), Borges et al. (2015), SILVA et al. 2015 e Nordon, Akamine, Novo e Hübner (2009) evidenciam que os usuários são em sua maioria casados e Telles Filho et al. (2011) identificam que em sua pesquisa uma grande porcentagem dos usuários são solteiros.

Bueno, Almeida e Rocha, (2016), Schenkel e Colet (2016), Schallemberger e Colet (2016), Mezzari e Iser (2015) relatam que os usuários são idosos. Os demais autores apontam que os usuários desses medicamentos pertencem aos diferentes ciclos de vida, adulto jovem, adulto e idoso.

3.2 Situações/Problemas de Saúde em que os Psicofármacos e/ou Psicotrópicos são Prescritos

Dentre os artigos analisados, identifica-se que Medeiros Filho et al. (2018), Bueno, Almeida e Rocha (2016), Braga et al. (2016), Schallemberger e Colet (2016), Borges et al. (2015), Rocha e Werlang (2013), Baldoni et al. (2013) e Telles Filho et al. (2011) não apresentam as situações em que os psicofármacos e/ou psicotrópicos foram indicados.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.880-889

Ramon et al. 2019, Silva et al. (2016), Silva et al. (2015), Sánchez Ricardo e Hérnandez Gárciga (2010), Nordon et al. (2009), Mezzari e Iser (2015) apontam que as queixas mais referidas que levaram ao uso dos psicofármacos e/ou psicotrópicos foram ansiedade (42,10%) e insônia (35,08%). Ramon et al. (2019) também indica a dor como situação em que são prescritos e Nordon et al. (2009) cita a depressão, convulsões/epilepsia e luto.

Para Pereira et al. (2012) os transtornos neuróticos relacionados ao estresse totalizaram 16,4% dos diagnósticos no Ambulatório de Saúde Mental e transtornos mentais e comportamentais em razão do uso de substâncias psicoativas (25,8%), seguidos de diagnósticos de Esquizofrenia e Transtornos Delirantes (21,7%) no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Yoneyama, Maruiti e Esteves (2016), Lima e Fleck (2011) e Mezzari e Iser (2015) evidenciam que dentre os diagnósticos, o mais comum está a Depressão. Para além dessa, Yoneyama, Maruiti e Esteves (2016) menciona a insônia não orgânica.

Segundo Olivera (2009) os psicofármacos foram empregados em casos de Demência, Distúrbio do Sono, Dependência de Álcool, Distúrbio do Pânico e Transtorno de Ansiedade Generalizada; Transtorno de Humor, dos quais correspondem a Depressão Crônica, episódio Depressivo Grave e a Transtorno Afetivo Bipolar.

Mezzari e Iser (2015) indicam ainda outras situações em que os psicofármacos são empregados, como Esquizofrenia, Epilepsia e Transtorno de Pânico.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) também foi mencionada como situação em que se prescreveu os psicofármacos e/ou psicotrópicos segundo Sánchez Ricardo e Hérnandez Gárciga (2010). Esses autores também citam outros motivos, mas não os explicitam.

3.3 Os Psicofármacos e/ou Psicotrópicos Mais Utilizados

Dentre os artigos analisados, identifica-se que Medeiros Filho et al. (2018), Yoneyama et al. (2016), Borges et al. (2015), Baldoni et al. (2013), Pereira et al. (2012), Lima e Fleck (2011) e Olivera V (2009) não apresentam os psicofármacos e/ou psicotrópicos mais utilizados.

Ramon et al. (2019), Silva et al. (2016), Braga et al. (2016), Schallemberger e Colet (2016), Mezzari e Iser (2015), Borges et al. (2015), Silva et al. (2015), Rocha e Werlang (2013), Telles Filho et al. (2011) e Nordon et al. (2009) relatam que o Clonazepam está entre os benzodiazepínicos mais utilizados.

Ramon et al. (2019), Bueno, Almeida e Rocha (2016), Rocha e Werlang (2013) e Borges et al. (2015) identificam ainda o uso da Amitriptilina. Schenkel e Colet (2016) e Ramon et al. (2019) relatam o uso do Citalopram.

Silva et al. (2016), Bueno, Almeida e Rocha (2016), Schallemberger e Colet (2016), Mezzari e Iser (2015), Borges et al. (2015), Silva et al. (2015), Telles Filho et al. (2011), Rocha e Werlang (2013), Nordon et al. (2009) e Sánchez Ricardo e Hérnandez Gárciga (2010) relatam o uso do Diazepam.

Bueno, Almeida e Rocha, 2016, Schenkel e Colet (2016), Borges et al. (2015), Rocha e Werlang (2013) e Braga et al. (2016) ainda mencionam que a Fluoxetina é um dos psicofármacos com maior prevalência de prescrição. Schenkel e Colet (2016) indicam a Sertralina. Mezzari e Iser (2015) e Telles Filho et al. (2011) relatam o uso de bromazepam. Sánchez Ricardo e Hérnandez Gárciga (2010) mencionam o uso do Clorodiazepóxido. Borges et al. (2015) indicam o Escitalopram.

Telles Filho et al. (2011) e Rocha e Werlang (2013) relatam o uso de Alprazolam. Telles Filho et al. (2011) apresenta o uso de Lorazepam e Midazolam. Rocha e Werlang (2013) menciona ainda o uso de Carbamazepina. Silva et al. (2015) refere o uso de Nitrazepam.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.880-889

3.4 Tempo de Uso de Psicofármacos e/ou Psicotrópicos

Dentre os artigos analisados, identifica-se que Bueno et al. (2016), Schenkel e Colet (2016), Yoneyama, et al. (2016), Borges et al., (2015), Borges et al. (2015), Rocha e Werlang (2013), Baldoni et al. (2013), Pereira et al. (2012), Telles Filho et al. (2011), Lima e Fleck (2011), Sánchez Ricardo e Hérnandez Gárciga (2010) e Olivera V (2009) não apresentam o tempo de uso dos psicofármacos.

Ramon et al. (2019), Braga et al. (2016) e Nordon et al. (2009) apontam que a maioria dos pacientes utilizam os medicamentos há menos de um ano. Schallemberger e Colet (2016) relatam que o uso desses medicamentos é maior do que um ano, não delimitando o tempo.

Medeiros Filho et al. (2018), Silva et al. (2016), Silva et al. (2015), Mezzari e Iser (2015) apontam média de três a seis anos.

3.5 Formação Profissional dos Prescritores

Dentre os artigos analisados, identifica-se que Bueno et al., (2016), Schenkel e Colet (2016), Braga et al. (2016), Schallemberger e Colet (2016), Yoneyama, Maruiti e Esteves (2016), Borges et al. (2015), Borges et al. (2015), Rocha e Werlang (2013), Baldoni et al. 2013, Pereira et al. (2012), Telles Filho et al. (2011), Lima e Fleck (2011), Sánchez Ricardo e Hérnandez Gárciga (2010) e Olivera V (2009) não apresentam a especialidade do médico que prescreveu esses medicamentos.

Ramon et al. (2019) e Medeiros Filho et al. (2018) apontam que o principal prescritor dos psicofármacos são os psiquiatras.

Silva et al. (2016), Mezzari e Iser (2015), Silva et al. (2015) e Nordon et al. (2009) apontam que o principal prescritor dos psicofármacos são os clínicos gerais.

Mezzari e Iser (2015) e Nordon et al. (2009) mencionam que além dos clínicos gerais, a segunda especialidade médica que mais prescreve psicofármacos e/ou psicotrópicos são os psiquiatras e em terceiro lugar outras especialidades, não mencionando quais.

Ramon et al. (2019) indica que além dos psiquiatras, a segunda especialidade médica que mais prescreve os psicofármacos e/ou psicotrópicos são os neurologistas e em terceiro lugar os clínicos gerais, seguido por outras especialidades, não mencionando quais.

4. Discussão

Passos Neto et al. (2020) também identificaram as mulheres como principais usuárias dos psicotrópicos, a maioria eram casadas, predomínio de aposentadas e a maior parte residiam com até quatro moradores na mesma residência. Similarmente, Prado, Francisco e Barros (2017) observaram que a maioria das pessoas que utilizavam esses medicamentos era casada.

A investigação de Rodrigues et al (2020) evidenciaram que 55% dos adultos e 50% dos idosos referiram fazer uso de antidepressivos. Os ansiolíticos também apresentaram uma elevada taxa de uso, principalmente em idosos. No que tange à idade, a média encontrada foi de 39,6 anos nos adultos e de 70,2 nos idosos e a prevalência do uso de psicotrópicos observada na população adulta e idosa brasileira residente na Zona Urbana foi de 8,7%.

A maior utilização dos psicotrópicos foi observada em mulheres e com os que referiram maior número de doenças crônicas. As regiões com menor prevalência de utilização desses medicamentos foram a região Norte e Nordeste, enquanto as que apresentaram maior prevalência de uso foram as regiões Sudeste e Sul (Rodrigues et al., 2020)

Oliveira et al. (2021) apontaram que um em cada cinco pacientes que retiraram medicamentos do componente básico do município utilizava psicofármacos, sendo em sua maioria mulheres.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.880-889

Em relação à escolaridade, Rodrigues et al. (2020) concluem que há prevalência de usuários com zero a oito anos de estudos.

Passos Neto et al. (2020) referem a prevalência de usuários que não informaram o principal motivo para o uso desses medicamentos, seguidos pelo uso por motivos de insônia e nervosismo, sendo os motivos menos prevalentes, como: agitação, taquicardia, entre outros.

A justificativa do uso do psicotrópico, começou centrada no corpo, com ênfase para dor ou necessidade fisiológica como choro, nervosismo, impossibilidade de fazer coisas que antes fazia, pensamentos ruins, preocupações, dificuldade/impossibilidade de dormir, dores, isolamento, angústia e dores de cabeça (Molck, Barbosa e Domingos, 2021).

A investigação de Filardi, Mendonça e Oliveira (2021) apontou que o psicotrópico tornou-se necessário quando os problemas vividos passaram a ser reconhecidos com um alto grau de dificuldade, que ultrapassava a capacidade pessoal para a sua resolução. Esses problemas enfrentados no cotidiano do trabalho, da família, das relações amorosas e dos estudos, desencadearam sentimentos de raiva, ansiedade, estresse, tristeza e angústia, os quais foram atravessados pela proximidade e a vivência de situações muito graves como a pobreza e a violência. A percepção, quando se está vivendo essas emoções, é que a vida está fora de controle, há o medo subliminar de enlouquecer ou de que as reações frente ao problema não sejam normais.

Destacou-se uma prevalência no uso dos benzodiazepínicos, sendo os mais prescritos: o Clonazepam e o Diazepam e um predomínio do uso psicofármacos e psicotrópicos entre três a seis anos, sendo prescritos, em sua maioria, por clínicos gerais, corroborando com a investigação de Passos Neto et al. (2020).

Oliveira et al. (2021) explicitaram que apesar de ter havido aumento no consumo geral de medicamentos sujeitos a controle especial, constatou-se que a taxa de crescimento no uso de Sertralina, Risperidona e Clonazepam superou a taxa de crescimento populacional. E, mais, o Fenobarbital, Sertralina, Fluoxetina e Diazepam foram os medicamentos mais utilizados no município do estudo.

Molck et al. (2021) concluíram que a medicação é a resposta a priori e praticamente exclusiva aos diferentes impasses subjetivos e ao sofrimento psíquico, sem alternativas anteriores à sua prescrição. Em alguns casos foram oferecidos grupos terapêuticos ou psicólogos, como um auxílio ao medicamento.

Identificou-se a medicação como a única forma de produção de cuidado permanente, assinalando que a intervenção de Saúde Mental na APS ficou restrita à prescrição farmacológica, centralizada na figura do médico. As causas psicossociais, experiências de vida e singularidades não tiveram relevância ou foram encaminhadas para outros profissionais, revelando a necessidade de buscar outras formas de respostas à demanda sintomática (Molck, et al., 2021).

Para Rodrigues et al. (2020) a organização de um sistema de saúde capacitado no diagnóstico correto dos transtornos mentais comuns e opções terapêuticas podem impactar no uso e acesso aos psicotrópicos.

A medicalização excessiva dos transtornos de humor, não pode ser descartada e esses podem estar relacionados a problemas sociais e econômicos. Assim, estimar o consumo de antidepressivos e benzodiazepínicos pode ser considerado indicador do cuidado em saúde promovido na APS dos municípios brasileiros (Oliveira et al., 2021).

5. Conclusões

A revisão integrativa, realizada na perspectiva da abordagem qualitativa, revela que os artigos não identificam quais são as situações em que os psicofármacos e/ou psicotrópicos são prescritos, como também, não problematizam o perfil das pessoas que os utilizam. Acredita-se que a predominância da abordagem quantitativa dos artigos analisados determinou esse contexto.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.880-889

Tendo em vista que os principais prescritores desses medicamentos são clínicos gerais que geralmente atuam em Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS), aponta-se a necessidade de Educação Continuada e Permanente em Saúde Mental a esses profissionais.

E, mais, deve-se promover a educação em saúde a respeito do uso de psicofármacos e/ou psicotrópicos para usuários e população em geral, visando a compreensão acerca dos efeitos colaterais desses medicamentos como dependência e tolerância.

Sabe-se que os psicofármacos/psicotrópicos são considerados caminho para o enfrentamento dos problemas psíquicos enfrentados na vida. No entanto, considera-se que os profissionais de saúde ponderem o seu uso bem como identifiquem outras formas para as pessoas possam enfrentar sua realidade.

Dessa forma, ressalta-se o uso racional desses medicamentos por meio de políticas públicas que fomente um diagnóstico psiquiátrico preciso bem como uma prescrição e dispensação efetiva. Além da disponibilização de outras formas de tratamento e acompanhamento como terapia com psicólogos, grupos de apoio, entre outros.

6. Referências

Baldoni, A. O., Ayres, L. R., Martinez, E. Z., Dewulf, N. L. S., Santos, V, Obreli-Neto, P. R., Pereira, L. R. L. (2013). Pharmacoepidemiological profile and polypharmacy indicators in elderly outpatients. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, v. 49, n. 3, p. 443-452.

Bear, M. F., Connors, B. W., Paradiso, M. A. (2010*). Neurociências: desvendando o sistema nervoso*. 3. ed. Artmed.

Borges, T. L., Hegadoren, K. M., Miasso, A. I. (2015). Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres atendidas em unidades básicas de saúde em um centro urbano brasileiro. *Revista Pan-americana de Saúde Pública*, v. 38, n. 3, p. 195-201.

Borges, T. L., Miasso, A. I., Vedana, K. G. G., Telles Filho, P. C. P., Hegadoren, K. M. (2015). Prevalência do uso de psicotrópicos e fatores associados na atenção primária à saúde. *Revista Acta Paulista de Enfermagem*, v. 28, n. 4, p. 344-349.

Braga, D. C., Bortolini, S. M., Pereira, T. G., Hildebrando, R. B., Conte, T. A. (2016). Uso de psicotrópicos em um município no meio oeste de Santa Catarina. *Journal of the Health Sciences Institute*. v. 34, n. 2, p. 108-113.

Bueno, D., Almeida, T. T.,Rocha, B. S. (2017). Prevalência de prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos em uma Unidade de Saúde de Porto Alegre RS. *Revista de APS*, v. 19, n. 3, p. 370-375.

Ercole, F. F., Melo, S. M., Alcoforado, C. L. G. C. (2014). Revisão Integrativa versus Revisão Sistemática. *REME: Revista Mineira de Enfermagem*, v. 18, n. 1, p. 9-11.

Filardi, A. F. R., Mendonça, S. A. M., Oliveira, D. R. (2021). O ser humano é assim, sofre, mas alguns dias são piores: A percepção dos pacientes para o início do uso dos medicamentos psicotrópicos. *Revista Psicologia em Estudo.*

Fontana, A. M. (2005) *Manual de clínica em psiquiatria.* Editora Atheneu

Ganong, L. H. (1987) Integrative reviews of nursing research. *Res. Nurs. Health,* v. 10, n. 1, p. 1-11.

Guerra, C. S., Herculano, M. M., Ferreira Filha, M. O., Dias, M. D., Cordeiro, R. C., Araújo, V. S. (2013). Perfil epidemiológico e prevalência do uso de psicofármacos em uma unidade de referência para saúde mental. *Revista de Enfermagem UFPE online*, v. 7. n. 6, p. 4444-4451.

Katzung, B. G. (2010). *Farmacologia básica e clínica*. 10. ed. AMGH.

Lima, A. F. B. S., Fleck, M. P. A. (2011). Qualidade de vida, diagnóstico e tratamento de pacientes com depressão maior: uma coorte prospectiva em cuidados primários. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 33, n. 3, p. 245-251.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.880-889

Medeiros Filho, J. S. A., Azevedo, D. M., Pinto, T. R., Silva, G. W. S. (2018). Uso de psicofármacos na atenção primária à saúde. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 31, n. 3, p. 1-12.

Mezzari, R., Iser, B. P. M. (2015). Desafios na prescrição de benzodiazepínicos em unidades básicas de saúde. *Revista AMRIGS,* v. 59, n. 3, p.198-203.

Molck, B. V., Barbosa, G. C., Domingos, T. S. (2021). Psicotrópicos e Atenção Primária à Saúde: a subordinação da produção de cuidado à medicalização no contexto da Saúde da Família. *Revista Interface: comunicação, saúde e educação.*

Nordon, D. G., Akamine, K., Novo, N. F., Hübner, C. K. (2009). Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 31, n. 3, p. 152-158.

Oliveira V, M. (2009). Dependencia a benzodiazepinas en un centro de atención primaria de salud: Magnitud del problema y orientaciones para el manejo integral. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria,* v. 47, n. 2, p. 132-137.

Oliveira, J. R. F., Varallo, F. R., Jirón, M., Ferreira, I. M. L., Siani-Morello, M. R., Lopes, V. D., Pereira, L. R. L. (2021). Descrição do consumo de psicofármacos na atenção primária à saúde de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Revista Caderno de Saúde Pública*. v.37(1).

Organização Mundial da Saúde. (2006). *Neurociência do uso e da dependência de substâncias psicoativas*. Roca, p.18-30.

Passos Neto, C. D., Leite, E. S., Martins, A. K. L., Oliveira, F. B., Castro, A. P., Pimenta, C. J. L. (2020). Consumo de benzodiazepínicos por idosos usuários da Estratégia de Saúde da Família. *Revista de Pesquisa, Cuidado é Fundamental,* v. 12, p. 883-889.

Pereira, M. O., Souza, J. M., Costa, A. M., Vargas, D., Oliveira, M. A. F., Moura, W. N. (2012). Perfil dos usuários de serviços de Saúde Mental no município de Lorena - São Paulo. *Acta Paulista de Enfermagem,* v. 25, n. 1, p. 48-54.

Prado, M. A. M. B., Francisco, P. M. S. B., Barros, M. B. A. (2017). Uso de medicamentos psicotrópicos em adultos e idosos residentes em Campinas, São Paulo: um estudo transversal de base populacional. *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 26, n. 4, p. 747-758.

Ramon, J. L., Santos, D. A. S., Beltrão, B. L. A., Goulart, L. S., Ribeiro, L. A., Faria, F. R., Olinda, R. A. (2019). Uso de psicotrópicos em uma unidade de Estratégia de Saúde da Família. *Revista Enfermagem Atual in Derme*, v. 87, n. 25.

Rocha, B. S., Werlang, M. C. (2012). Psicofármacos na Estratégia de Saúde da Família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. *Ciências & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 1, p. 3291-3300.

Rodrigues, P. S., Francisco, P. M. S. B., Fontanella, A. T., Borges, R. B., Costa, K. S. (2020). Uso e fontes de obtenção de psicotrópicos em adultos e idosos brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(11): p. 4601-4614.

Sadock, B. J.; Sadock, V. A., Sussman, N. (2015). *Manual de farmacologia psiquiátrica de Kaplan & Sadock*. 6. ed. Artmed.

Sánchez Ricardo, L. I., Hérnandez Gárciga, F. F. (2010). Consumo de benzodiazepinas en pacientes geriátricos del Consultorio 12, Policlínico "Campo Florido". *Revista Cubana de Farmácia*, v. 44, n. 3, p. 346-353.

Schallemberger, J. B., Colet, C. F. (2016). Assessment of dependence and anxiety among benzodiazepine users in a provincial municipality in Rio Grande do Sul, Brazil. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, v. 38, n. 2, p. 63-70.

Schellack, G. (2006). *Farmacologia: uma abordagem didática.* Fundamento Educacional.

Schenkel, M., Colet, C. F. (2016). Uso de antidepressivos em um município do Rio Grande do Sul. *Arquivos de Ciências da Saúde UNIPAR,* v. 20, n. 1, p. 33-42.

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde (2017). Componente avaliação dos serviços de assistência farmacêutica básica: resultados. Ministério da Saúde.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.880-889

Silva, V. P., Botti, N. C. L., Oliveira, V. C., Guimarães, E. A. A. (2016). Características do uso e da dependência de benzodiazepínicos entre usuários: atenção primária à *saúde. Revista Enfermagem UERJ*, v. 24, n. 6.

Silva, V. P., Botti, N. C. L., Oliveira, V. C., Guimarães, E. A. A. (2015). Perfil epidemiológico dos usuários de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, v. 5, n. 1, p. 1393-1400.

Telles Filho, P. C. P., Chagas, A. R., Pinheiro, M. L. P., Lima, A. M. J., Durão, A. M. S. (2011). Utilização de benzodiazepínicos por idosos de uma Estratégia de Saúde da Família: implicações para enfermagem. *Escola Anna Nery*, v.15, n. 3, p. 581-586.

Videbeck, S. L. (2012). *Enfermagem em saúde mental e psiquiatria*. 5. ed. Artmed.

Whittemore, R., Knafl, K. (2005) The integrative review: updated methodology. *J. Adv. Nurs.,* v. 52, n. 5, p. 546-553.

Yoneyama, B. C., Maruiti, A. M. P., Esteves, R. Z. (2016). Um olhar sobre os usuários de medicamentos psicoativos acompanhados na Atenção Primária em Saúde em Maringá - Paraná. *Revista de Saúde Pública do Paraná Online*, v. 17, n. 1, p. 114-120.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.880-889

Guia norteador para condução de grupo focal na identificação de competências gerenciais: Relato de experiência

Laura Andrian Leal[1] e Silvia Helena Henriques[2]

[1] Enfermeira, Doutoranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Brasil | laura.andrian.leal@usp.br | https://orcid.org/0000-0002-8563-8980

[2] Professora Associada do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da , Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Brasil | shcamelo@eerp.usp.br | http://orcid.org/0000-0003-2089-3304

Resumo: Introdução: A utilização da técnica de Grupos Focais na enfermagem estão presentes na literatura, entretanto, ressaltam-se lacunas com relação a guias ou roteiros que podem nortear sua condução. **Objetivos**: Apresentar a experiência dos pesquisadores na elaboração de um guia para nortear a condução de grupos focais relacionados a identificação de competências gerenciais prioritárias ao desenvolvimento de discentes de enfermagem. **Métodos:** Relato de experiência realizado em uma universidade brasileira. O guia foi construído tendo por base artigos disponíveis da literatura, referencial proposto e a experiência das autoras em um curso da Espanha. Este guia foi validado e testado por quatro especialistas de gestão em enfermagem, nível doutorado. Após construção e validação, foram realizados três grupos focais com docentes da área de gerenciamento da IES selecionada. A coleta ocorreu no período de março a abril de 2020 e foi realizada análise temática indutiva. **Resultados:** A construção de um guia norteador demonstrou ser estratégia capaz de identificar aspectos relevantes para a formação do enfermeiro no que diz respeito a identificação das competências gerenciais. Essa construção pôde servir de base para condução de demais grupos. Ademais, a partir do guia construído e sua implementação identificou-se competências gerenciais prioritárias, tais como: liderança, comunicação, relacionamento interpessoal e tomada de decisão gerencial. **Conclusões**: A estratégia de grupos focais com docentes de enfermagem acompanhadas por um guia norteador demonstrou ser positiva na identificação de competências gerenciais prioritárias ao ensino de enfermagem, favorecendo a elaboração de estratégias para o desenvolvimento destas competências e consequentemente contribuir para a inserção deste profissional no mercado de trabalho.

Palavras-chave: Grupos Focais; Competência Profissional; Pesquisa Qualitativa; Enfermagem.

Guiding Guide for Conducting a Focus Group in Identifying Managerial Skills: Experience Report

Abstract: Introduction: The use of the Focus Groups technique in nursing is present in the literature, however, gaps are highlighted in relation to guides or scripts that can guide their conduct in the area of identifying managerial competences. **Objectives:** To present the researchers' experience with the elaboration of a guide to guide the conduct of FG related to the identification of management skills that are priority to the development of nursing students. **Methods:** Experience report carried out in a Brazilian Public Higher Education Institution. The guide was built based on articles available in the literature, reference proposed and the experience of the authors in a course offered by Spain. This guide has been validated and tested by four PhD specialists. After construction and validation, three focus groups were held with professors from the management area of the selected institution, who had worked for more than two years in the function. The collection took place from March to April 2020. The groups were had an average duration of 55 minutes. An inductive thematic analysis was performed. **Results:** The construction of a guiding guide for driving must follow rigorous steps evidenced by the referential, and proved to be a strategy capable of identifying relevant aspects for the training of nurses with regard to the identification of managerial skills. Also can serve as a basis for conducting other groups. In addition, from the guide built and its implementation, priority managerial competencies were identified: leadership, communication, interpersonal relationships and managerial decision making. **Conclusions:** The strategy of focus groups with nursing professors accompanied by a guiding guide proved to be positive in identifying managerial competencies that are a priority in nursing education, enabling the formation of a better prepared professional to face the job market.

Keywords: Focus Groups; Professional Competence; Qualitative Research; Nursing.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.890-897

1. Introdução

Este artigo é parte da tese intitulada “Competências gerenciais para discentes de enfermagem: implementando metodologia ativa de ensino” que será apresentada futuramente na Universidade de São Paulo. O referido estudo teve como um dos objetivos a identificação das competências gerenciais prioritárias ao desenvolvimento do discente de enfermagem para atuação hospitalar e, para esta identificação foi necessária ampla discussão entre os docentes da área gerencial, o que ocorreu por meio da utilização da técnica de Grupo Focal (GF).

As competências gerenciais estão relacionadas aos conhecimentos, habilidades e atitudes da área de gestão, abrangendo liderança; tomada de decisão; comunicação; relacionamento interpessoal, custos, entre outros (Ferracioli et al., 2020).

O GF pode se constituir como método efetivo para discussões neste âmbito, podendo contribuir para o preparo e formação do profissional. Além disso, tem sido aplicado como técnica com objetivo de coletar informações sobre determinado tema específico por meio da discussão participativa entre os seus integrantes, reunidos em um mesmo local e durante certo período de tempo. Isso proporciona a troca de experiências, conceitos e opiniões entre os participantes. Origina discussões e elabora táticas grupais para solucionar problemas e transformar realidades, pautando-se na aprendizagem e na troca de experiências sobre a questão em estudo (Dall'agnol et al., 2012).

Na enfermagem a realização desta técnica já vem sendo descrita em outros relatos de experiências, como técnica exitosa, entretanto, não é tarefa simples, uma vez que exige dos pesquisadores atitudes adequadas para o aprofundamento acerca dos significados e subjetividade dos participantes a respeito dos aspectos que envolvem seu processo de trabalho (Soares et al., 2016; Santos et al., 2019).

Para realização dos grupos é necessário dispor a condução de algumas etapas, como: o período de sensibilização dos participantes, desenvolvimento do GF com organização do ambiente e condução do grupo propriamente dita. Destaca-se que para concretização destas etapas é preciso dispor de um temário ou guia, que serve como um auxílio para a memorização de questões importantes a serem tratadas e permite melhor compreensão dos objetivos de pesquisa para o GF (Gatti, 2012).

Contudo, a este respeito, cabe destacar a baixa produção de estudos na literatura que focalizam guias para auxiliar o desenvolvimento de GF. Para tanto, realizou-se uma consulta na literatura a fim de aprofundar na compreensão sobre a temática nas bases de dados eletrônicas, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online - MEDLINE, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde–LILACS, e Web of Science, utilizando os descritores em ciências da saúde (DeCS): Guia; Grupos Focais, Pesquisa Qualitativa e Competência Profissional; e com Medical Subject Headings (MeSH): Guideline; Focus Groups; Qualitative Research; e Professional Competence; combinados com o operador booleano AND. Foram considerados artigos disponíveis de forma completa, publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, no período de 2000 a 2019. A busca constatou a carência de produção atualizada acerca de guias para nortear a realização de GF.

Foi utilizado como questão norteadora: A elaboração de um guia ou roteiro pode auxiliar a condução de um GF na identificação de competências gerenciais prioritárias ao desenvolvimento de discentes de enfermagem?

Acredita-se na aplicabilidade dos grupos focais em pesquisas qualitativas, e assim faz-se necessário aprofundar no conhecimento de pesquisas que utilizam métodos e/ou estratégias que possam auxiliar na sua condução, com consequências positivas para investigações na área da saúde.

Deste modo, este artigo teve o objetivo de apresentar a experiência dos pesquisadores na elaboração de um guia para nortear a condução de GF relacionado a identificação de competências gerenciais prioritárias ao desenvolvimento de discentes de enfermagem.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.890-897

2. Metodologia

Trata-se de um relato de experiência sobre a construção de um guia norteador para condução de GF. Foi realizado em uma Instituição de Ensino Superior (IES) pública brasileira do interior paulista. A fim de nortear as discussões nos grupos focais, inicialmente foi construído um guia que teve como base uma consulta na literatura realizada de setembro a outubro de 2019, o referencial proposto por Gatti (2012) e acresce-se a isso a experiência das autoras na implementação do método. A construção deste guia também foi pautada em um curso intitulado “Cómo realizar grupos focales”, disponibilizado pela FUNDACION INDEX, Espanha, de modo virtual, onde uma das autoras participou. Com relação a consulta na literatura inicialmente foram selecionadas oito publicações potenciais, que após a exclusão dos materiais que não respondiam à questão norteadora da introdução estudo, o resultado ficou constituído por duas publicações, as de Kinalski et al. (2017) e Gui (2003).

O guia foi validado e testado por quatro especialistas na área de gestão de enfermagem com nível doutorado e experiência em estudos qualitativos. Após esta etapa, foram realizados três GF(s) com os docentes do ultimo ano do ensino de graduação em enfermagem da referida instituição. Com relação aos critérios de seleção dos participantes, foram convidados docentes responsáveis por disciplinas da área de gerenciamento de enfermagem hospitalar. A escolha se deu pela temática a ser investigada. Foram selecionados os docentes que tinham mais de dois anos de experiência (por considerar que este profissional tinha maior experiência educacional e prática), totalizando 23 docentes. Os docentes afastados ou de licença-saúde foram excluídos da pesquisa.

A implementação dos grupos ocorreu no período de março a abril de 2020. Para facilitar a compreensão da realização do GF, utilizou-se o referencial proposto por Gatti (2012) e optou-se por organizá-lo conforme as etapas propostas na sequência:

1º passo: Período de sensibilização, seleção e montagem dos GF

2 º passo: Desenvolvimento do GF: organização e composição do ambiente

3 º passo: A condução dos GF

2.1 Período de Sensibilização, Seleção e Montagem dos GFs

Na fase de seleção dos participantes para compor o GF, foram convidados de 4 a 10 docentes. A constituição do GF é feita de forma intencional e pretende-se que haja, pelo menos, um ponto de semelhança entre os participantes (Gatti, 2012). Assim, os GF(s) foram realizados em consonância com os períodos de trabalho e estudo dos docentes, ou seja, período da manhã e tarde, bem como de acordo com a disponibilidade de cada um para os encontros. Para registro das informações utilizou-se três gravadores digitais durante as sessões, com o intuito de registrar na íntegra os discursos; além disso, todas as observações e impressões foram registradas em um diário de campo.

2.2 Desenvolvimento do Grupo Focal: Organização e Composição do Ambiente

A escolha do local de realização das sessões do GF tem fundamental importância na adesão dos participantes; é preciso estabelecer um ambiente propício às interações. Diante disso, os participantes foram distribuídos em torno de uma mesa oval em salas próprias da IES selecionada. Ademais, os grupos foram realizados pelo pesquisador (moderador) e um auxiliar de pesquisa (observador) visando descrever as situações identificadas. O papel primordial do observador é facilitar a discussão com o moderador após o encontro com o GF, evitando conclusões precipitadas por parte do moderador, acerca de suas impressões e registros (Gatti, 2012).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.890-897

Ao moderador do trabalho cabe o importante papel de manter-se atento às discussões, intervindo sempre que há necessidade de esclarecimento das ideias (Dall'agnol et al., 2012).

2.3 A Condução dos GF

Todas as atividades tiveram tempo definido. Assim, foi realizado o encontro com os grupos para a discussão sobre o tema pesquisado. O moderador e o observador receberam cada participante de maneira cordial e confeccionaram de um crachá para melhor identificá-lo. O desenvolvimento do GF foi orientado pelas questões norteadoras do guia. Ademais, ressalta-se que o tempo de duração e o número de participantes de cada reunião grupal podem variar, mas não deve ultrapassar 1 hora, o que aconteceu em nossa investigação. No encerramento dos grupos dessa experiência, o coordenador realizou a síntese do trabalho do grupo. Assim os GFs tiveram duração média total de 55 minutos.

Após a construção e execução dos GF(s) com os docentes realizou-se a transcrição das gravações e foram acrescidas às anotações e reflexões do moderador e do observador. Utilizou-se a análise temática indutiva para interpretação dos dados provenientes das discussões do GF. Este tipo de análise é um método que identifica, analisa e relata os padrões (temas) dentro dos dados; organiza e descreve seu conjunto de dados em detalhes que por meio da sua liberdade teórica (Braun & Clarke, 2006).

Por se tratar de uma pesquisa desenvolvida com seres humanos, foi respeitado as determinações da Resolução de nº 466/2012 e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição proponente, sob aprovação CAAE número 21390619.1.0000.5393.

3. Resultados

Apresentam-se aqui os resultados da experiência em três capitulos. A princípio pretende-se mostrar o guia construído e validado para condução dos grupos focais, apresentar a realização dos GF(s) à partir do guia construído e finalmente as competências identificadas por meio destes grupos.

3.1 Guia Norteador para Condução

O guia construído para condução dos grupos focais seguiu as fases elencadas previamente no método, conforme nosso referencial teórico, evidenciado no Quadro 1:

Quadro 1. Guia norteador para GF com base na identificação das competências gerenciais prioritárias ao ensino do aluno de enfermagem. Brasil, 2021.

GUIA NORTEADOR GRUPO FOCAL:
Considera-se que o GF estará guiado pelos seguintes passos: 1º Período de sensibilização, seleção e montagem dos GF (onde será feito a seleção e convite aos docentes); 2º passo: Desenvolvimento do GF: organização e composição do ambiente (onde o ambiente e espaço físico serão organizados tendo preferência a um ambiente limpo, organizado e prazeroso. Dispor de gravadores digitais sobre a mesa e seguir as etapas de organização: preparação, apresentação desenvolvimento e encerramento) e o 3 º passo: A condução do GF (descrito abaixo):
A CONDUÇÃO DO GF
Início: Preparação (duração 05 min): • Receber os participantes de maneira cordial e solícita; • Confecção do crachá de identificação; • Acomodar os participantes (em uma disposição de círculo); • Observador e moderador entregam o TCLE e aguardam assinatura; • Entrega do questionário sociodemográfico aos participantes para autopreenchimento;

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.890-897

Apresentação (duração 10 min)

- Apresentação do coordenador (moderador) e observador:

Bom dia!/Boa tarde! Meu nome é ..... sou coordenadora da atividade e tenho o propósito de apresentar e estimular a participação e condução do grupo. Agradeço a presença de todos aqui reunidos, será um período para nos conhecermos melhor e trocar várias experiências.

Após o observador explica sua função. Meu nome é.....e durante o encontro vou acompanhando tudo que vai acontecendo e registrando anotações e as pessoas que quiserem falar, podem levantar a mão, pois assim ajudando organizar para que todos possam participar.

- Será feita uma breve introdução da temática com objetivo de situar o grupo no desenvolvimento das atividades: Considerando que no processo de formação de enfermeiros, segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), as Instituições de Ensino Superior (IES) devem promover o desenvolvimento das seguintes competências: Atenção á saúde; Tomada de decisão; Comunicação; Liderança; Administração e gerenciamento e Educação Permanente (BRASIL, 2001); queremos que vocês compartilhem suas experiências como docente refletindo algumas questões que iremos apresentar.
- Assegurar que não existem opiniões corretas e que opiniões contrárias são bem-vindas; e não existe uma ordem e/ou prioridade para início da participação de cada membro, deixando-os à vontade;
- Moderador faz alguns acordos: Consenso entre horário de início e término; Solicitando permissão para gravação. (*Se todos concordarem, iniciar a gravação neste momento*); Quando algum participante não quiser mais participar avisar à observadora; Acordo para que os participantes no desenvolvimento falem um de cada vez; Solicitar para que antes de cada um expor a sua opinião para dizer seu nome antes para poder identificar com maior clareza na gravação; Acordo do sigilo compartilhado sobre fatos que aconteceram ou coisas que outras pessoas falarem.
- Promover a apresentação dos participantes entre si.

Desenvolvimento (duração 30-40 min):

- Moderador inicia: Bom pessoal, então de acordo com as explicações anteriores iniciaremos as discussões. (Reforçar a questão do tempo máximo de discussão).
- Propor questões norteadoras para o debate:

1- Em se tratando de competências gerenciais para área hospitalar, quais vocês consideram emergentes para o ensino do graduando de enfermagem? (Pelo menos duas competências prioritárias que possam ser incorporadas no ensino e desenvolvidas pelo discente de enfermagem, ainda no contexto da graduação para atuação no hospital).

2- As competências podem ser desenvolvidas de diversas formas, ou seja, o docente pode utilizar estratégias de ensino que aprimorem conhecimentos, habilidades e atitudes dos graduandos. Pensando nisso, quais estratégias têm sido desenvolvidas para implementar as competências gerenciais aos graduandos e/ou que vocês consideram relevantes para o ensino na graduação dos enfermeiros?

Neste momento observador irá registrar os depoimentos advindos das discussões.

- Fazer uma breve pausa (05 min) para observador e moderador sintetizarem momentos anteriores. Enquanto isso é servido um café aos participantes.

Encerramento (duração: 10 min)

- Retomar e informar a síntese da discussão realizada pelo grupo: O objetivo é identificar temas principais das discussões. Deve-se conceder espaço para participantes manifestarem quando a veracidade da síntese ou para esclarecimentos se necessário.
- Agradecer novamente a participação.
- Encerrar a sessão.

Momento posterior ao término do grupo: nesse momento moderador e observador irão avaliar se a condução das discussões foi adequada e se as necessidades de informações foram satisfeitas, ou se o tema precisa ser revisto e se será necessário mais grupos.

3.2 Realização dos GF

Dos 23 docentes convidados, efetivamente participaram 12 (52,17%); 10 (43,47%) recusaram por questões de indisponibilidade de horário entre os encontros e um (4,34%) por não concordância em participar da pesquisa, sem um motivo aparente.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.890-897

Assim, foram realizados três GF(s), sendo quatro participantes em cada. Ainda, para realização dos mesmos, ressalta-se que foi solicitada a limpeza prévia dos ambientes e atenderam-se às necessidades de ventilação e de iluminação. Atentamos particularmente em garantir não só a privacidade dos envolvidos, mas também propiciar-lhes ambiente aconchegante, incluindo servir-lhes água mineral, música ambiente e guloseimas. A cordialidade no acolhimento dos participantes desde sua chegada ao local foi uma preocupação constante. Essas características permitiram acesso facilitado aos participantes por estarem localizadas na própria instituição

Ademais, o coordenador foi representado pela primeira pesquisadora, sendo que esta coordenou os grupos com o guia e a observadora foi representada por um aluno de pós-graduação (nível doutorado, com experiência em GF), auxiliando em todos os momentos do seu desenvolvimento, porém, sem interferir na moderação.

3.3 Competências Gerenciais

A partir da realização dos GF(s) foi possível identificar competências gerenciais prioritárias para o ensino do discente de enfermagem como: Tomada de decisão gerencial; Liderança; Relacionamento Interpessoal e Comunicação.

4. Discussão

Um dos desafios vivenciados pelas pesquisadoras ao aplicar a técnica de grupo focal foi a dificuldade encontrada na literatura sobre pesquisas que tivessem publicado um guia norteador para o desenvolvimento desta técnica.

Ademais, é relevante destacar que há dificuldade para a elaboração de um guia que responda especificadamente a determinada questão norteadora, ou seja, capaz de atingir o objetivo dos investigadores.

A princípio observou-se que realizar esta técnica de GF seria ideal pelo baixo custo e pela possibilidade de aprofundar discussões, entretanto, vale ressaltar que houve temor se iríamos conseguir concretizar o GF após a construção, pois exige disponibilidade e compreensão no objetivo da técnica que seria aplicada.

A utilização desta técnica auxilia como consulta em etapas de uma pesquisa exploratória qualitativa, quando se busca ampliar a compreensão e a avaliação a cerca de um projeto, programa ou serviço (Ressel et al., 2008), como o caso desta investigação que utilizou esta técnica.

O foco da construção de um guia norteador foi para auxiliar na identificação do objeto do estudo, no caso, as competências gerenciais prioritárias ao desenvolvimento de discentes de enfermagem, contribuindo para a precisão na coleta das informações e condução dos grupos.

A partir dessa premissa, a elaboração de um guia dá a oportunidade ao pesquisador de envolver os participantes da pesquisa, a fim de gerar uma contextualização acerca de uma temática, bem como a reflexão e análise sobre o que se procura investigar, por meio de um processo interativo entre os participantes que gera diferentes opiniões, considerações e sugestões, oriundas das discussões que emergem das questões norteadoras (Soares et al., 2016).

A construção de um guia deve seguir os preceitos ou temas relacionados a área que se almeja pesquisar, sempre em confronto com a literatura disponível e com a validação de especialistas. Nessa linha, pesquisadores evidenciaram diferentes formas de condução do GF na área de moléstias infecciosas com crianças e adolescentes, dos quais avaliaram aspectos positivos (Kinalski et al., 2017).

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.890-897

Ademais, um exemplo de roteiro apresentado em Gui (2003) estruturado, contém, ao lado de cada tópico, o tempo estimado para tratá-lo (dez minutos, cinco minutos, 15 minutos, etc.). Este não é um procedimento padrão na condução de GF em pesquisa, mas pode auxiliar o pesquisador pouco ambientado ao trabalho com grupos. A maioria dos autores propõe um roteiro curto, focalizado e de fácil uso (Barbour, 2009).

Assim, a construção do guia pode servir de base para condução de demais GF(s) relacionados a área de ensino e pesquisa em enfermagem. Ainda, ressalta-se que nessa experiência, uma vez que os objetivos foram alcançados com os participantes dos grupos, não houve necessidade de utilizar técnicas de apoio, como entrevistas. Esses grupos proporcionaram momentos únicos para o desenvolvimento profissional dos pesquisadores e professores, pois as informações coletadas estabeleceram as bases para uma base qualitativa relacionada ao tema em questão.

Corroborando com este fato, para as sessões grupais não é necessário estabelecer uma quantidade exata de reuniões, ou seja, vai depender se os participantes atingiram o assunto em pauta (Aschidamini & Saupe, 2004; Gatti, 2012). Assim, ao identificar que se esgotaram nos depoimentos dos docentes, a descrição das competências, encerrou-se os encontros. Ao atingir-se a fase de saturação iniciou-se a análise dos dados.

É notório enfatizar que durante a discussão em GF, além do roteiro com as questões de investigação que o estudo em pauta visa responder, outros temas podem emergir; assim, o moderador deve oferecer orientações para introduzir o assunto desde que não fuja dos objetivos. Nessa direção, o moderador pode exercer várias funções, como garantir a participação e harmonia, esclarecer ou aprofundar temas específicos, conduzir para o próximo tópico quando não houver mais nada a ser dito, estimular as pessoas mais inibidas, bem como desestimular os mais falantes e finalizar o grupo reiterando os principais pontos discutidos (Gatti, 2012; Soares et al., 2016).

O referencial teórico proposto por Gatti (2012) recomenda que as discussões grupais não ultrapassem de 15 pessoas, entretanto, não há um consenso na literatura sobre a quantidade ideal de pessoas, não obstante, quanto menor a participação de docentes, no caso desta investigação, em torno de 4-5, melhor, para potencializar a fala e troca de experiências de cada um dos participantes.

Com relação a implementação efetiva do GF a partir do guia construído, os docentes observaram que apesar de ser importante o ensino de todas as competências gerenciais, o desenvolvimento da liderança, tomada de decisão, comunicação e relacionamento interpessoal se faz prioritário ao ensino.

A liderança, comunicação e relacionamento interpessoal, são temas que nunca se esgotam durante o período de ensino (Reed et al., 2019), além de que, pela inexperiência do aluno, ou pela falta de padronização e/ou utilização de metodologias problematizadoras durante a formação, o aluno tem dificuldade de desenvolver essas competências e acaba por desenvolvê-las no mercado de trabalho. Ademais, as disciplinas dos cursos de enfermagem devem incluir nos seus programas a aprendizagem da tomada de decisão gerencial, comunicação, liderança e relações humanas (Johansen & O'brien, 2016).

Outrossim, os centros formadores de graduação devem se preocupar em elaborar metodologias ativas de aprendizagem para os futuros profissionais, assim, a técnica de grupo focal reponde com propriedade às exigências de uma formação adequada aos futuros enfermeiros.

Por fim, destaca-se que a experiência de construir um guia e utilizá-lo na condução de grupos focais teve resultados positivos, ao possibilitar identificar as competências gerenciais que devem ser desenvolvidas na graduação, além se provocar a reflexão crítica dos pesquisadores neste método de investigação.

Esta pesquisa apresenta a limitação de ter sido realizada unicamente em uma IES pública e para uma área específica de ensino na enfermagem, não abarcando a análise de demais profissionais e de outros conteúdos gerais para condução de GF. Assim, ressalta-se a importância da realização de outros estudos de forma a abranger outros participantes.

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.890-897

5. Conclusão

Foi possível disponibilizar um guia norteador para condução de GF voltado para área de ensino em enfermagem gerencial, utilizado para identificar as competências gerenciais que devem ser desenvolvidas ainda na graduação. O GF por sua fundamentação na discursividade e interação pressupõe a construção de conhecimento em espaços de intersubjetividade. Portanto, pressupõe-se que muitas vozes ouvidas no grupo contêm aspectos semelhantes e diferentes, de concepção e desconstrução, inerentes à intersubjetividade. É vital conhecer profundamente seus fundamentos e seu processo de desenvolvimento, pois seu sucesso se dará na medida em que os pesquisadores estiverem adequadamente incorporados na pesquisa elegida.

Ademais, a construção de um guia deve favorecer a condução de técnicas metodológicas como o grupo focal, propiciando a transformação dos sujeitos no que diz respeito ao seu conhecimento sobre alguma temática, neste caso, especificamente as competências gerenciais necessárias a formação do enfermeiro.

Agradecimentos

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

6. Referências

Aschidamini, I. M., & Saupe, R. (2004). Grupo Focal – estratégia metodológica qualitativa: um ensaio teórico. *Cogitare Enfermagem,* 9(1), 9-14. http://dx.doi.org/10.5380/ce.v9i1.1700

Barbour, R. (2009). *Grupos focais*. B.Tec Senac: Artmed.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology,* 3(2), 77-101. http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Dall'agnol, C. M., Magalhães, A. M. M., Mano, G. C. M., Olschowsky, A., & Silva, F. P. (2012). A noção de tarefa nos grupos focais. *Revista Gaúcha de Enfermagem,* 33(1), 186-90. http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000100024

Ferracioli, G. V., Oliveira, R. R., Souza, V. S., Teston, E. F., Varela, P. L. R., & Costa, M. A. R. (2020). Competências gerenciais na perspectiva de enfermeiros do contexto hospitalar. *Revista Enfermagem em Foco,* 11(1), 15-20. http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2254/696

Gatti, B. A. (2012). *Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas.* Autores-Associados: Liber Livro.

Gui, R. (2003). Grupo focal em pesquisa qualitative aplicada: intersubjetividade e construção de sentido. *Psicologia: Organizações & Trabalho, 3*(1), 135-160. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572003000100007

Johansen, M. L., & O'brien, J. L. (2016). Decision making in nursing practice: A concept analysis. *Nursing Forum,* 51(1), 40–48. http://dx.doi.org/10.1111/nuf.12119.

Kinalski, D. D. F., Paula, C.C., Padoin, S.M.M., Neves, E.T., Kleinubing, R.E., & Cortes, L. F. (2017). Grupo focal na pesquisa qualitativa: relato de experiência. *Revista Brasileira de Enfermagem,* 70(2), 424-429. http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0091

Reed, B. N., Klutts, A. M., & Mattingly, T. J. (2019). A Systematic Review of Leadership Definitions, Competencies, and Assessment Methods in Pharmacy Education. *American Journal of Pharmaceutical Education,* 83(9), 7520. http://dx.doi.org/10.5688/ajpe7520

Ressel, L. B., Gualda, D. M. R., & Gonzáles, R. M. B. (2008). Grupo focal como estratégia para coletar dados de pesquisa.O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. *Texto & Contexto Enfermagem,* 17(4), 779-86. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400021

Santos, A. A., Pedreira, L.C., Freitas, R.A, Gomes, N.P., Menezes, T.M.O., & Moura, L.V.C. (2019). Grupo focal como técnica de coleta de dados na pesquisa em enfermagem: Um relato de experiencia. *Revista Eletrônica Acervo Saúde,* 11(17), e1648. https://doi.org/10.25248/reas.e1648.2019

Soares, M. I., Camelo, S. H. H., & Resck, Z. M. R. (2016). Technique of focus group in qualitative data collection: experience report. *Revista Mineira de Enfermagem,* 20, 1-5. http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20160012

(cc) BY-NC-ND

DOI: https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.890-897