



**ENFERMAGEM GAÚCHA:
PRODUÇÃO CIENTÍFICA DOS MELHORES
TRABALHOS DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**Dagmar Elaine Kaiser, Janete de Souza Urbanetto,
Neila Santini de Souza, Rita Catalina Caregnato,
Dagma Gonçalves Rosa, Rosalia Figueiró Borges,
Leni Dias Weigelt (Organizadoras)**

**Associação Brasileira de Enfermagem
ABEn RS
2023**

Dagmar Elaine Kaiser, Janete de Souza Urbanetto, Neila Santini de Souza, Rita Catalina Caregnato, Dagma Gonçalves Rosa, Rosalia Figueiró Borges, Leni Dias Weigelt (Orgs.).

Enfermagem gaúcha: produção científica dos melhores trabalhos de conclusão de curso

DADOS TÉCNICOS

Diagramação: Mayara Cristina Bail
Capa e projeto gráfico: Thomas Falconi
Revisão técnica: Dagmar Elaine Kaiser
Revisão de Texto: Mayara Cristina Bail e Thomas Falconi

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM Seção Rio Grande do Sul Gestão 2022-2025

Presidente

Iride Cristófoli Caberlon

Vice-Presidente

Rosália Figueiró Borges

Secretária-Geral

Letice Dalla Lana

Diretor Financeiro

Alexander Quadros

Diretora de Educação em Enfermagem

Dagmar Elaine Kaiser

Presidente do Comitê Estudantil – COEST

Augusto Baisch de Souza

Diretora de Desenvolvimento e da Prática e do Trabalho em Enfermagem

Taline Bavaresco

Diretora do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem

Ana Karina Silva da Rocha Tanaka

Diretora de Comunicação Social e Publicações

Tiane Muriel Volpato Prado Farias

Conselho Fiscal

Regina Gema Santini Costenaro

Mariele Scortega

Matheus Souza Silva

Thamires Hilário

Conselho Editorial ABEn-RS

Adrize Rutz Porto

Ana Karina Silva da Rocha Tanaka

Claudia Capellari

Dagmar Elaine Kaiser

Denise Tolfo Silveira

Elizabeth Teixeira

Erica Rosalba Mallmann Duarte

Iride Cristofoli Caberlon

Jamila Geri Tomaschewski Barlem

Janete Urbanetto

Joel Rolim Mancia

Karen Weingaertner del Mauro

Letice Dalla Lana

Luciana Araujo Vieira

Marines Aires

Patricia Treviso

Regina Gema Santini Costenaro

Roberta Antunes Machado

Rosalia Figueiro Borges

Tiane Muriel Volpato Prado Farias

Yanka Eslabão Garcia

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Enfermagem gaúcha [livro eletrônico] : produção científica dos melhores trabalhos de conclusão de curso / organizadoras Dagmar Elaine Kaiser...[et al.]. -- Porto Alegre, RS : Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn RS, 2023.
PDF

Vários autores.

Outras organizadoras: Janete de Souza Urbanetto, Neila Santini de Souza, Rita Catalina Caregnato, Dagma Gonçalves Rosa, Rosalia Figueiró Borges, Leni Dias Weigelt.

Bibliografia.

ISBN 978-65-88379-09-7

1. Divulgação científica 2. Enfermagem
3. Enfermagem - Estudo e ensino 4. Enfermagem - Pesquisa 5. Trabalhos acadêmicos 6. Trabalhos de Conclusão de Cursos (TCC) - Coletâneas I. Kaiser, Dagmar Elaine. II. Urbanetto, Janete de Souza. III. Souza, Neila Santini de. IV. Caregnato, Rita Catalina. V. Rosa, Dagma Gonçalves. VI. Borges, Rosalia Figueiró. VII. Weigelt, Leni Dias.

23-180325

CDD-001.42

Índices para catálogo sistemático:

1. Trabalhos de Conclusão de Cursos : Coletâneas
001.42

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

EDITORIAL

Na graduação em Enfermagem, vivencia-se uma sucessiva preocupação com a qualidade da educação superior, sendo os docentes instigados invariavelmente à tomada de decisões eficientes, seguras e atualizadas, conjuntamente aos estudantes e equipes de Enfermagem e de saúde nos espaços educacionais, como salas de aula, cenários da prática em saúde, laboratórios e comunidades, locais onde ocorre o processo de emancipação do estudante.

Faz-se necessário, então, apreender e valer-se da investigação científica como atividade intelectual para incentivar o estudante, futuro enfermeiro, a desenvolver, por meio do raciocínio investigativo, o hábito de buscar respostas para o cuidar qualificado, embasado em evidências científicas e com resolutividade diante das necessidades das pessoas, coletivos e sociedade, para que ele atue como um pesquisador e multiplicador da ciência, e promova resultados diante das carências e/ou potencialidades presentes.

Ajustam a política e o planejamento educacional as Regulamentações da Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996, denominada Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) e, na Enfermagem, os princípios das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação (DCNs), de 7 de novembro de 2001. As DCNs estabelecem que o futuro enfermeiro inicie, ainda na graduação, o processo de ser pesquisador, de modo a desenvolver o pensamento crítico e reflexivo, e realize um trabalho de conclusão de curso (TCC) sob orientação docente.

O TCC se trata de um estudo de cunho científico que objetiva resultar na expressão do conhecimento adquirido pelo estudante acerca de um tema determinado e complementar à sua formação profissional, estando previsto como critério obrigatório de avaliação e integralização do curso de Enfermagem em seu projeto educacional.

O livro que ora tenho a honra de prefaciar traz como principal temática estudos decorrentes de TCCs elaborados por estudantes de graduação em Enfermagem, contemplando referenciais teórico-metodológicos aplicáveis aos diferentes contextos da Enfermagem e da saúde. Para difundir efetivamente esse contexto dinâmico e desafiador da graduação em Enfermagem, em que resultados de pesquisas são cada vez mais necessários para questionar, apoiar e modificar a maneira de ensinar, de cuidar, de agir politicamente e de gerenciar processos, a Diretoria de Educação da Associação Brasileira de Enfermagem do Rio Grande do Sul (ABEn-RS), apoiada pelo Conselho Consultivo das Escolas e Cursos de Enfermagem da ABEn-RS e pelo Comitê Estudantil – COEST ABEn - RS, envidou esforços no sentido de contribuir na divulgação da produção científica derivada dos TCCs de seus cursos de graduação em Enfermagem, convidando aos coordenadores dos cursos de Enfermagem do Rio Grande do Sul para comporem, com os seus estudantes e docentes, a iniciativa de obra pioneira

intitulada “Enfermagem gaúcha: produção científica dos melhores trabalhos de conclusão de curso”. E, assim, deu-se início à elaboração deste livro, que difunde a competência científica de estudantes e docentes da Enfermagem sul-rio-grandense.

São estudos que merecem atenta leitura por todos e lavram a produção científica gerada na graduação, constituindo-se como momento ímpar ao promover o reconhecimento do desenvolvimento de competências e habilidades que permitem aos futuros enfermeiros refletirem criticamente sobre a prática clínica que os aguça, incentivando-os e aproximando-os da realidade social, da produção de pesquisas, e contribuindo para a construção profissional e para o desenvolvimento da ciência e tecnologia e da sociedade. Aliás, acredita-se que a iniciativa de publicar de maneira ampla textos de situações individuais e coletivas, vivenciadas pelos estudantes e docentes, que desencadearam profunda aprendizagem, possibilita aos futuros enfermeiros um salto de qualidade na concretização de empreendimentos inovadores nessa seara, ressaltando caminhos até então pouco explorados. Se conhecermos melhor o que motiva os estudantes, suas potencialidades e, principalmente sua criatividade à pesquisa, poder-se-á intervir com mais eficácia na produção do conhecimento e sua translação.

Foi notável essa complexa inquietação na busca pelos melhores TCCs da Enfermagem, defendidos em 2021-2022 nos cursos da Enfermagem sul-rio-grandense. Oito cursos de graduação em Enfermagem enviaram seus melhores TCCs à chamada de candidaturas ao “Prêmio ABEN/RS – Melhores TCC’s da Enfermagem”, reportando à Atenção Primária à Saúde, ao Ensino de Enfermagem e à Atenção Hospitalar.

Destaca-se a qualidade da redação científica, a linguagem, a organização, a consistência e a profundidade das 15 (quinze) produções científicas recebidas, cuja magnitude de expressão científica desse coletivo das Escolas de Enfermagem do Rio Grande do Sul merece visibilidade no âmbito regional, nacional e internacional.

São tangenciadas na obra temáticas com incursões contemporâneas e que constituem pontes da pesquisa com o ensino, a gestão, o agir politicamente e o cuidado em diferentes contextos assistenciais, como a atenção primária à saúde, o domicílio, o hospital, o ensino e a saúde do trabalhador, envolvendo instituições de grande tradição no ensino da Enfermagem gaúcha, seus docentes, estudantes, instituições parceiras e sociedade.

Cabe agregar, nesse contexto, que a conformação científico-metodológica alinha e sustenta, principalmente, pesquisas com metodologias que partem da reflexão sobre o cotidiano de trabalho da Enfermagem. Ou seja, não geram apenas uma aprendizagem nos atores envolvidos, mas dão significado e ampliação à capacidade de interagir, de transformar o cotidiano e de compreender a realidade.

Para tanto, e no entendimento de que não basta haver conhecimento novo sem potencializar os benefícios decorrentes da inovação produzida, a obra traz uma contribuição decisiva que põe o leitor em diálogo com a Enfermagem. Isto permite aos leitores a compreensão dos estudos apresentados não apenas em seus diferentes contextos e papéis, mas responde aos desafios dos serviços de saúde no nosso tempo e reforça o papel da universidade de inovar através da pesquisa.

Com efeito, a leitura dos textos é bastante agradável, sendo os conteúdos abordados de forma atraente, provocativa e de fácil compreensão para enfermeiros, docentes e estudantes de enfermagem, profissionais de saúde, pesquisadores e comunidade em geral, especialmente visando resultados significativos para uma atuação profissional assertiva.

A obra resultante dos TCCs 2021-2022 “Enfermagem gaúcha: produção científica dos melhores trabalhos de conclusão de curso” permite uma visão preliminar da produção científica dos cursos de graduação em Enfermagem sul-rio-grandense, e os resultados oferecem subsídios para reflexão e estímulos para publicação e divulgação, assim como para estudos posteriores sobre as temáticas apresentadas.

Agradeço aos autores estudantes e docentes, aos coordenadores dos cursos de Enfermagem parceiros, aos avaliadores e colaboradores da Editora da ABEn-RS pela aposta em oferecer à Enfermagem Brasileira e à sociedade esta obra “Enfermagem gaúcha: produção científica dos melhores trabalhos de conclusão de curso”, e aproveito para reafirmar o nosso compromisso de buscar a inovação para responder à confiança depositada na ABEn-RS.

Desta forma, finalizo este editorial com o desejo de uma boa e produtiva leitura, tendo a certeza de que os leitores contribuirão para enriquecer e potencializar a reflexão e o alinhamento da ação de mudança que lhes alude.

Porto Alegre, 12 de maio de 2023.

Profa. Enfa. Dra. Dagmar Elaine Kaiser
Diretora de Educação da ABEn-RS

SUMÁRIO

PARTE I - ARTIGOS COM ÊNFASE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	10
PERFIL DE PESSOAS DIAGNOSTICADAS COM DISPLASIA DO DESENVOLVIMENTO DO QUADRIL: (IN)VISIBILIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM	11
Aline Garbin Neila Santini de Souza Giovana Dorneles Callegaro Higashi Marines Tambara Leite Leonardo Bigolin Jantsch	
ESTIGMA E AUTOESTIGMA NA VIVÊNCIA DE PORTADORES DE ESQUIZOFRENIA	28
Laura dos Santos Ramos Christine Wetzel Agnes Olschowsky Fabiane Machado Pavani Ananda Ughini Bertoldo Pires	
ENFERMAGEM PEDIÁTRICA E NEONATAL: ADOECIMENTO, ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E VIVÊNCIAS PROMOTORAS DE SAÚDE	42
Bruna Dall'Osto de Oliveira Neila Santini de Souza Alexa Pupiará Flores Coelho Centenaro Ethel Bastos da Silva Jaquiele Jaciára Kegler Kassiely Klein	
FORMAS DE MANEJO DE AGROTÓXICOS POR AGRICULTORES FAMILINARES E SUA RELAÇÃO AS INTOXICAÇÕES AGUDAS	52
Cassiano da Costa Fioreze Nilva Lúcia Rech Stedile	
A GRAVIDEZ NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NA PERSPECTIVA DA MULHER	68
Barbara Machado Prass Patricia Treviso Flávia Alves Amorim Souza Sales Aline Aparecida da Silva Pierotto	
ORIENTAÇÕES ÀS GESTANTES SOBRE A CONSTRUÇÃO DO PLANO DE PARTO DURANTE O PRÉ-NATAL	83
Vitória Hahn Hendler Vania Schneider Raquel Vieira Schuster Vania Celina Dezotti Micheletti Aline Aparecida da Silva Pierotto	

AROMATERAPIA PARA PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM ATUANTES NA PANDEMIA COVID-19: RELATO DE EXPERIÊNCIA 96

Nathália Fortes Schlotfeldt
Letícia Martins Machado
Claudete Moreschi
Adriane dos Santos Nunes Anacker

MULHERES RURAIS COM DIABETES MELLITUS: RECONSTRUINDO SABERES A PARTIR DE PRÁTICAS EDUCATIVAS 104

Natália Dal Forno
Silvana De Oliveira Silva
Flávia Camef Dorneles Lenz
Claudete Moreschi
Letícia Martins Machado
Sandra Ost Rodrigues

PARTE II - ARTIGOS COM ÊNFASE NO ENSINO DE ENFERMAGEM 114

EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM NA PANDEMIA DE COVID-19: MAPEAMENTO DE METODOLOGIAS EMPREENDIDAS NO ENSINO REMOTO EMERGENCIAL 115

Lucinéia Mielke Hoffmann
Dagmar Elaine Kaiser
Joel Rolim Mancia
Claudia Capellari

ESTUDANTES NEGROS NO ENSINO PÚBLICO SUPERIOR: VIVÊNCIAS E QUESTÕES ASSOCIADAS À SAÚDE MENTAL 127

Alessandra Luiza Tolentino da Silva
Vanessa Tavares Ribeiro
Ana Cristina Wesner Viana

PARTE III - ARTIGOS COM ÊNFASE NA ATENÇÃO HOSPITALAR 141

AVALIAÇÃO DA ACESSIBILIDADE ESPACIAL EM UMA UNIDADE HOSPITALAR E AS IMPLICAÇÕES NA SAÚDE DO IDOSO 142

Patricia Queiroz Silva
Karin Viégas

COTIDIANO DE CUIDADO E SAÚDE MENTAL DO FAMILIAR DO PACIENTE ONCOLÓGICO NA PANDEMIA DE COVID-19 155

Isadora Prates Bombardi
Maria De Lourdes Custódio Duarte

FATORES ASSOCIADOS AO ÓBITO HOSPITALAR EM PACIENTES COM COVID-19 NO VALE DO PARANHANA-RS 168

Gabriela de Carvalho Muniz
Lucimara Prates da Silva
Edna Thais Jeremias Martins

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE ÀS FAMÍLIAS DE CRIANÇAS COM NECESSIDADES
ESPECIAIS HOSPITALIZADAS 178**

Gabriela Petry
Leni Dias Weigelt
Janine Koepp
Maitê da Silva Lima

**ABSENTEÍSMO NO TRABALHO DA ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA E IMPLICAÇÕES ASSISTENCIAIS: REVISÃO DA LITERATURA 194**

Jordana Jahn Limberger
Suzane Beatriz Frantz Krug
Luciane Maria Schmidt Alves
Vera Elenei da Costa Somavilla

DIRETRIZES AOS AUTORES 211

Dagmar Elaine Kaiser
Rita Catalina Aquino Caregnato
Janete de Souza Urbanetto
Neila Santini de Souza
Dagma Gonçalves Rosa
Rosalia Figueiró Borges
Leni Dias Weigelt

PARTE I

**ARTIGOS COM ÊNFASE NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

PERFIL DE PESSOAS DIAGNOSTICADAS COM DISPLASIA DO DESENVOLVIMENTO DO QUADRIL: (IN)VISIBILIDADE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM¹

Aline Garbin²
Neila Santini de Souza³
Giovana Dorneles Callegaro Higashi⁴
Marines Tambara Leite⁵
Leonardo Bigolin Jantsch⁶

RESUMO

Objetivo: analisar o perfil de pessoas que foram diagnosticadas com Displasia do Desenvolvimento do Quadril (DDQ) quando crianças e a (in)visibilidade do cuidado de enfermagem.

Metodologia: estudo descritivo-exploratório de caráter quali-quantitativo. Os participantes foram adultos ou familiares cuidadores de crianças que tiveram o diagnóstico de DDQ ainda na infância. A coleta de dados foi realizada por formulário online através do Google Docs. Os participantes foram membros do grupo Displasia do Quadril (Subluxação-Luxação) de uma rede social. A análise quantitativa dos dados seguiu os passos da análise estatística descritiva simples e os dados qualitativos seguiram a análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** foram analisados 63 questionários dentro dos critérios de inclusão do estudo. Identificou-se como a maioria do sexo feminino, de cor branca, descendência europeia e que não possuíam histórico familiar para DDQ. Foi possível identificar a (in)visibilidade que a enfermagem tem diante do cuidado, visto que muitos participantes destacaram que não é pertinente à enfermagem esse cuidado. **Conclusão:** este estudo fomenta contribuições importantes para a enfermagem, tendo em vista a (in)visibilidade do cuidado de enfermagem para estas crianças e famílias, e a escassez de referências e informações sobre a DDQ para a aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem nesta população.

Palavras-chave: Displasia do Desenvolvimento de Quadril; Enfermagem; Enfermagem Pediátrica.

1 Artigo resultante de trabalho de conclusão de curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões-RS.

2 Enfermeira, Graduada pela Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões, Pós-graduada em Urgência e Emergência, Enfermeira do Hospital Comunitário de Sarandi-RS. E-mail: algarbin@hotmail.com. ORCID: 0000-0002-6345-0143.

3 Enfermeira, Doutora em Ciências/UNIFESP, Docente da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões. E-mail: neilasantini25@gmail.com. ORCID: 0000-0002-5083-9432.

4 Enfermeira, Pós-doutorado em Enfermagem/UFSC, Docente da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões. E-mail: giovana.higashi@ufsm.br. ORCID: 0000-0002-5171-1529.

5 Enfermeira, Doutora em Gerontologia Biomédica/PUC-RS, Docente da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões. E-mail: tambaraleite@yahoo.com.br. ORCID: 0000-0003-3280-337X.

6 Enfermeiro, Doutor em Enfermagem/UFSM, Docente da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões. E-mail: leo_jantsch@hotmail.com. ORCID: 0000-0002-4571-183X.

INTRODUÇÃO

O conceito de luxação congênita de quadril (LC), é atualmente conhecida pela nomenclatura “displasia do desenvolvimento do quadril” (DDQ). A “Displasia do desenvolvimento do quadril” é a terminologia que descreve todas as alterações no quadril do recém-nascido (RN), englobando desde os instáveis até os luxados. O termo DDQ substitui a nomenclatura antiga “luxação congênita de quadril”⁽¹⁾.

A “displasia do quadril” é um termo que denota uma anormalidade no tamanho, na morfologia, na orientação anatômica ou na organização da cabeça femoral, na cavidade acetabular ou em ambos. A incidência da DDQ é variável, dependendo de vários fatores, inclusive da localização geográfica. Aproximadamente um em cada 1.000 recém-nascidos poderá nascer com o quadril luxado e cerca de 10 em cada 1.000, com o quadril subluxado (instável)⁽²⁾.

Os fatores de risco para a DDQ incluem: sexo feminino, raça branca, primiparidade, mãe jovem, apresentação pélvica ao nascimento, história familiar, oligodrâmnio, recém-nascido com maiores peso e altura, com deformidades nos pés ou na coluna vertebral, e o quadril esquerdo é o mais afetado. Por razões desconhecidas, a DDQ afeta em menor frequência os indivíduos da raça negra, entretanto, acomete com mais incidência os italianos e descendentes⁽²⁾.

O diagnóstico da DDQ é constituído de um processo de anamnese e de exame físico específico. Ao realizar a anamnese, o enfermeiro busca identificar os fatores de risco, como sexo, história familiar e apresentação gestacional. Em relação ao exame físico⁽³⁾, consideram para o diagnóstico o teste de Ortolani (detecta a existência da luxação), teste de Barlow (determina a instabilidade do quadril), o sinal de Galeazzi (estabelece o encurtamento dos joelhos fletidos) e o sinal de Peter (assimetria das pregas inguinal e glútea).

Após os dados coletados na anamnese e os dados do exame físico, ainda são realizados exames de imagem para confirmar o diagnóstico de DDQ. O diagnóstico precoce pode ser considerado como relativamente simples, seguro e proporciona um tratamento geralmente eficaz. O tratamento precoce proporciona níveis de aproximadamente 96% de bons resultados⁽²⁾.

Os enfermeiros estão em situação privilegiada para identificar as alterações que sinalizam uma possível DDQ, visto que, logo ao nascimento, fazem o exame físico e já têm condição de identificar alguma alteração e, assim, manifestar sua hipótese diagnóstica para o DDQ. Além disso, nas consultas de puericultura, é de extrema importância que o enfermeiro faça uma anamnese para identificar os fatores de risco, avaliando sinal de Peter, o sinal de Galeazzi, realizando a manobra de Barlow e o teste de Ortolani, sendo que, quando eles apresentarem alterações, o enfermeiro poderá encaminhar aos demais integrantes da equipe multiprofissional, o mais precoce possível, para o diagnóstico.

Além disso, os profissionais de enfermagem devem atuar para contribuir no cuidado da criança com DDQ, por meio de orientações quanto ao tratamento, aos cuidados relativos às especificidades de cada terapêutica e dando suporte à família, orientando e auxiliando nos cuidados, sendo eles em domicílio, no uso de suspensório ou no ambiente hospitalar para tratamento cirúrgico. Como questão norteadora do estudo destaca-se: Qual o perfil das crianças com diagnóstico de DDQ? E como promover aos enfermeiros conhecimento científico para que os mesmos se empoderem e contribuam de forma efetiva no cuidado da criança com DDQ?

O estudo tem como objetivo analisar o perfil de pessoas que foram diagnosticadas com Displasia do Desenvolvimento do Quadril quando crianças e conhecer a (in)visibilidade do cuidado de enfermagem às pessoas com diagnóstico de Displasia do Desenvolvimento do Quadril.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de caráter quantitativo e qualitativo. Os participantes do estudo foram os membros do grupo Displasia do Quadril (Subluxação – Luxação) que satisfizeram ao critério de ser adultos que tenham tido o diagnóstico de DDQ quando criança ou familiares/cuidadores de crianças que tenham tido o diagnóstico de DDQ quando crianças.

O questionário foi disponibilizado através de formulário online no Google Docs para os membros do grupo Displasia do Quadril (Subluxação - Luxação), que está vinculado a uma rede social (Facebook) e possui 3445 membros. No dia 1º de fevereiro de 2020 foi realizada uma postagem no grupo convidando os membros a participar do estudo. Nessa postagem de abordagem inicial foram explicados os objetivos da pesquisa e a metodologia de coleta de dados, e convidado os membros do grupo a participar da pesquisa via formulário eletrônico. No dia 25 de fevereiro, com 65 questionários respondidos, já se estabeleceu a saturação teórica dos dados e superou-se o número previsto, inicialmente, de 50 questionários respondidos.

Como critério de inclusão foi considerado: adultos que tenham tido o diagnóstico de DDQ quando criança ou familiares/cuidadores de crianças que tenham tido o diagnóstico de DDQ. Como critério de exclusão foi considerado: pessoas com diagnósticos na fase de vida adolescente ou adulta. Para este estudo, considera-se criança conforme o artigo 2º do Estatuto da Criança e do Adolescente, que são aquelas até 12 anos de idade incompletos, e que define adolescência como a faixa etária de 12 a 18 anos de idade.

A coleta de dados foi realizada a partir das informações contidas em formulário online disponibilizado através do Google Docs. Para a realização dessa coleta foi solicitada a

autorização da responsável pelo grupo na rede social e convidados a participar membros do grupo Displasia do Quadril (Subluxação - Luxação), que estavam vinculados a uma rede social que possui 3445 membros.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi recolhido de forma digital a partir do aceite, por meio do formulário Google Docs. No questionário constaram variáveis das características sociodemográficas como sexo, idade, histórico familiar, raça/cor e descendência, dados clínicos da idade do diagnóstico, diagnósticos, exames e tratamentos, bem como os dados relacionados aos cuidados e orientações fornecidas pela enfermagem, como as orientações no pré-natal, cuidados de enfermagem e as contribuições da enfermagem para o tratamento.

Os dados coletados foram digitados em planilha do Excel e posteriormente analisados. A análise dos dados quantitativos seguiu os passos da análise estatística descritiva simples calculados através do uso de planilhas no Excel, e os dados qualitativos seguiram a análise de conteúdo de Bardin⁽⁴⁾, agrupados em temas que emergiram apresentados como nuvens de palavras.

Nas questões de caráter qualitativo, os participantes foram caracterizados utilizando a letra "A" acompanhada de algarismo sequencial para cada participante, preservando, dessa forma, o sigilo deles. A transcrição das respostas foi realizada de forma literal, conforme a escrita para cada questão, mas ressalta-se que foram realizadas correções gramaticais a fim de se evitar erros de interpretação.

A análise foi expressa em valores percentuais para as perguntas de 1 a 15, e as questões 16 a 19 foram analisadas com valores percentuais conjuntamente, sendo representadas pela transcrição da escrita de alguns questionários que são correspondentes a esse percentil. A questão 20, por ter um caráter exclusivamente qualitativo, foi analisada quanto à temática, sendo as respostas expressas por meio da representação de nuvem de palavras. Para estas análises apresentadas em formato de nuvem de palavras, todas as palavras ditas no questionário foram representadas e, quanto maior sua repetição na questão, maior foi a sua representação dentro da nuvem.

Com relação aos aspectos éticos do estudo, a coleta de dados se iniciou no dia 1º de fevereiro de 2020, após autorização da instituição receptora e mediante aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Maria, sob o Parecer 3798387, com o número de registro CAEE 26472119.6.0000.5346, e seguiu as recomendações previstas pela Resolução 466/2012⁽⁵⁾. Para a realização do questionário foi assinado previamente o termo de confidencialidade pelo pesquisador responsável. Os participantes do estudo tiveram acesso, na primeira página da pesquisa online, ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, onde deram

seu consentimento para a participação no estudo marcando a alternativa “Li o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aceito participar do estudo”. Apenas após essa confirmação o questionário foi disponibilizado para ser respondido.

Periodicamente, durante a etapa de coleta de dados, realizou-se o download e o armazenamento de forma apropriada de todas as respostas ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e das respostas ao questionário. Enfatiza-se que foram garantidos o anonimato e o sigilo das informações, sendo estas utilizadas somente para fins do estudo. Em todas as etapas do desenvolvimento da pesquisa, os aspectos éticos foram respeitados.

RESULTADOS

No período de 1º de fevereiro de 2020 até 25 de fevereiro de 2020 foram recebidos 65 questionários, sendo que ao analisar os questionários e considerar os critérios de exclusão e inclusão restaram 63 questionários para análise de dados. Após a análise, buscou-se identificar as características sociodemográficas dos participantes com diagnóstico de DDQ que responderam aos questionários, como as de sexo, idade, raça, descendência e histórico familiar, que estão expressas na Tabela 1.

TABELA 1 - Características sociodemográficas dos participantes com DDQ

Características sociodemográficas							
Sexo	Idade		Cor da pele		Descendência		Histórico familiar para DDQ
Feminino 92,06% Masculino 7,94%	0 dias a 1 ano	30,16%	Branca	77,78%	Europeia	57,14%	Não 80,95% Sim 19,05%
	> 1 ano a 5 anos	44,44%	Parda	17,46%	Americana	28,57%	
	> 5 anos a 10 anos	1,59%	Preta	3,17%	Africana	7,94%	
	> 10 anos a 50 anos	23,81%	Amarela	1,59%	Asiática	6,35%	
			Indígena	0%			

Fonte: Elaboração do autor (2020).

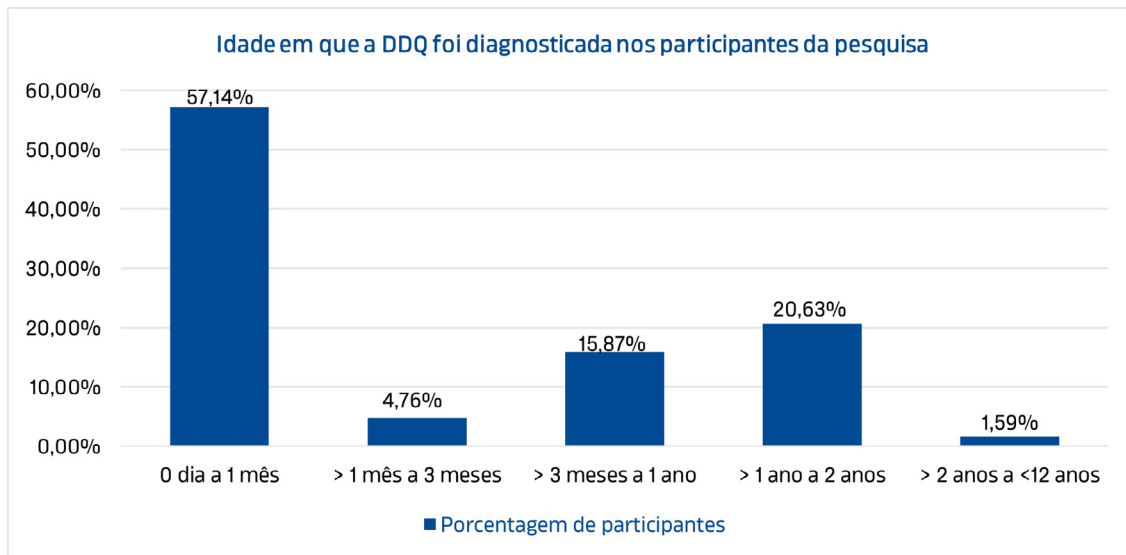
No tocante ao histórico familiar de DDQ, os parentescos informados eram de tio-bisavô e primo-bisavô, bisavó, avô paterno, avó paterna e materna, mãe, tia paterna, tio paterno, irmão e prima. Ao analisar os dados gestacionais das mães das crianças com DDQ, no que se refere às consultas de pré-natal, 95,24% afirmaram não terem recebido nenhum tipo de informação referente à DDQ e apenas 4,76% afirmaram terem recebido informações. Em relação à posição fetal da criança com DDQ, 44,44% nasceram em posição pélvica, 38,10% em posição cefálica, 3,17% posição transversal e 14,29% não souberam informar.

Em relação aos dados neonatais, segundo os questionários, foi realizada em 73,02% das crianças com DDQ a Manobra de Ortolani, quando recém-nascida ou antes da alta hospitalar após o nascimento, e em 26,98% não foi realizada, considerando os 46 questionários

respondidos onde houve Manobra de Ortolani. Os resultados para o teste foram positivos em 54,35% e negativos em 45,65%.

O Gráfico 1 representa a idade com que os participantes do estudo receberam o diagnóstico de DDQ, fator relevante, em vista da necessidade de um diagnóstico precoce para haver mais chances de o tratamento ser efetivo.

GRÁFICO 1 - Idade em que a DDQ foi diagnosticada nos participantes da pesquisa



Fonte: Elaboração do autor (2020).

Ao examinar os dados das características clínicas descritas, representadas na Tabela 2, ao definir o perfil das crianças buscou-se entender em qual cenário foram identificados os primeiros sinais da DDQ, assim como qual profissional sugeriu como hipótese a DDQ para alguma alteração, quais os exames e qual tratamento foi realizado. Os dados coletados nas características clínicas têm como objetivo fomentar informação para estabelecer uma relação com a presença ou a ausência da enfermagem no diagnóstico, além de considerar as informações para estabelecer a relação com os cuidados de enfermagem adequados para as características específicas de tratamento e cuidado da DDQ.

TABELA 2 - Características clínicas dos participantes da pesquisa com diagnóstico de DDQ

Cenário onde foram identificados os primeiros sinais da DDQ		Profissionais de saúde que levantaram a hipótese de DDQ		Exames		Condutas terapêuticas adotadas no tratamento da DDQ	
Logo após o nascimento, ainda antes da alta hospitalar	49,21%	Médico pediatra	69,84%	Apenas ultrassonografia	39,68%	Apenas suspensório	36,51%
Durante consulta com o pediatra em consultório particular	25,40%	Outros profissionais	25,4%	Apenas o raio-x	30,16%	Apenas cirurgia	19,05%
Durante a vida cotidiana ao apresentar dificuldades na marcha e/ou para sentar-se	14,28%	Médico clínico	3,17%	Raio-x e ultrassonografia	25,39%	Uso de suspensório e gesso	7,93%
Durante internação hospitalar ou consulta por outra patologia	6,35%	Enfermagem	1,59%	Raio-x e tomografia	1,59%	Cirurgia e gesso	6,35%
Durante as consultas de puericultura em Unidade Básica de Saúde/ Unidade de Pronto Atendimento/ Estratégia de Saúde da Família	3,17%			Raio-x, ultrassonografia e outro exame de imagem	1,59%	Uso de suspensório, gesso e cirurgia	4,76%
Durante a realização de exames de imagem por outra patologia	1,59%			Raio-x e outro exame de imagem	1,59%	Uso de suspensório e cirurgia	4,76%
						Não iniciou o tratamento, aguarda a conduta, orientação	4,76%
						Uso de fralda dupla e suspensório	3,17%
						Uso de suspensório e órtese	3,17%
						Uso de fralda dupla, suspensório e órtese	1,59%
						Não realizou tratamento devido ao diagnóstico tardio	1,59%
						Uso de gesso e órtese	1,59%
						Cirurgia, gesso e órtese	1,59%
						Uso de suspensório, gesso, cirurgia e órtese	1,59%
						Não sabe responder	1,59%

Fonte: Elaboração do autor (2020).

Em relação às orientações da equipe de enfermagem após o diagnóstico de DDQ, 84,13% dos pais ou responsáveis afirmaram que não tiveram nenhuma orientação, como se segue nas respostas abaixo descritas:

A2- A Enfermagem não sabia de nada! Nem mesmo conversaram comigo sobre a necessidade de adaptar os cuidados à minha filha! A minha sorte é que eu sou Enfermeira também e logo adaptei a colocação das fraldas e a limpeza da minha filha. Apenas pelo médico Ortopedista Pediátrico, que conversou comigo e explicou tudo! Sigo com ele até hoje.

A12- Não, aprendi tudo por conta própria e num grupo de mães do Facebook.

A13- Não. Inclusive tive muita dificuldade para amamentar, trocar, dar banho com o suspensório.

Apenas 15,87% afirmaram terem recebido orientação da equipe de enfermagem após o diagnóstico de DDQ, representado através das transcrições abaixo de alguns participantes:

A6- Sim, procurar o ortopedista.

A23- Sim. Usar o suspensório, sem tirar, 24 horas por dia.

A29- Após o diagnóstico fomos orientados a usar duas fraldas para a perna ficar mais aberta, e após sair do hospital procurar um ortopedista, mas que não era necessário pressa e nem pânico.

No que diz respeito às orientações da equipe para o cuidado com a criança, 77,78% dos pais ou responsáveis afirmaram que não receberam nenhum tipo de orientação. Somente 22,22% dos pais ou responsáveis afirmaram que receberam algum tipo de orientação para o cuidado, o que é comprovado através de algumas respostas, abaixo:

A8- Observava os ângulos na hora de colocá-lo, tirar apenas para banho.

A28 – Não retirar o suspensório.

A53 – Foi ensinado como me dar banho tanto utilizando o gesso quanto o suspensório, é o que me conta minha mãe.

Considerando os 22 questionários onde as crianças realizaram cirurgias, 63,64% negaram ter recebido orientações e apenas 36,36% afirmaram terem recebido orientações, conforme as falas abaixo:

A4- Orientaram a pegar no colo e dar o peito para acalmá-la. Orientaram a colocar logo a fralda para evitar que o xixi vaze no gesso.

A35- Sim, cuidados com o gesso, troca de posição.

A39- Após a cirurgia foi colocado gesso com imobilização, instruções só após retirar gesso para evitar saltos e quedas.

Visto que em apenas 40 questionários as crianças utilizaram suspensório, no que tange às orientações de enfermagem ao uso de suspensório 77,5% negaram ter recebido orientações de enfermagem. Para tal questionamento, 22,5% afirmaram que tiveram orientações de enfermagem no cuidado à criança com DDQ em uso de suspensório.

No que diz respeito à questão “Qual sua opinião sobre as contribuições da enfermagem no cuidado da criança com displasia do desenvolvimento de quadril?”, podem ser identificadas duas categorias de resposta. Na primeira categoria, participantes que entenderam

a função do enfermeiro identificaram a necessidade e a importância das contribuições de enfermagem para o cuidado da criança com DDQ. Na segunda categoria, participantes que não entenderam qual a função da enfermagem para o cuidado e confundiram o cuidado com a conduta médica.

Com relação à primeira categoria, de participantes que entenderam a função do enfermeiro, e onde houve a identificação da necessidade e da importância das contribuições de enfermagem para o cuidado da criança, temos as seguintes falas que corroboram com esse entendimento:

A2- Na minha vivência é nula. Os profissionais não entendem a magnitude deste diagnóstico que abala toda a estrutura familiar. Além de ouvir de alguns que 'ela vai usar um suspensório e depois fica tudo normal'. A forma como pegamos o bebê no colo é modificada, a troca de fraldas também, o cuidado com a pele deve ser triplicado para que não ocorram assaduras e machucados entre os membros; o banho (que muitas vezes não é liberado) também deve ser adaptado. E a enfermagem não explica nada – o cuidado é a nossa função! A enfermagem que me atendeu é despreparada. Porém o médico é 100% preparado – a nossa sorte foi encontrar um ortopedista pediátrico humanizado de plantão.

A5- Seria muito útil e importante uma informação melhor de alguém da área da saúde como a enfermagem. Após a confirmação da displasia da minha filha até a alta do hospital, não tive nenhuma orientação por parte das enfermeiras e acredito que teria me deixado mais tranquila saber mais antes da consulta com a ortopedista.

A53- [...] acredito que a enfermagem seja essencial neste cuidado, tanto para instruir e acolher os pais ou cuidadores, quanto para informar e educar sobre o assunto aos futuros pais e mães. Pais e mães bem-informados e acolhidos aumenta a chance de a criança ter um diagnóstico mais precoce e bem-feito, ser melhor cuidada e o tratamento ser mais exitoso.

Em relação à segunda categoria, de pessoas que não entenderam qual a função da enfermagem para o cuidado e confundiram o cuidado com a conduta médica, temos as seguintes falas que sustentam esse entendimento:

A41- No caso da minha bebê não foi necessário. O médico avaliou, quem fez ultrassom foi médico, raio-x foi o técnico, o médico que colocou o suspensório... em nenhum momento tivemos contato com enfermeiros.

A45- Eles não sabem orientar quanto aos cuidados, aprendi muito no grupo do WhatsApp. Deveria ter um manual. Fora o médico, parece que ninguém conhece a displasia de quadril.

Em relação à apresentação fetal, 44,44% das respostas ao estudo foram de que as crianças com DDQ nasceram em apresentação pélvica e 19,05% dessas crianças possuíam um histórico familiar, sendo assim, os dados obtidos neste estudo corroboram com a literatura, que afirma uma incidência de aproximadamente 1,5 para cada 1.000 nascidos vivos, e cerca de 15% a 50% dos lactentes com DDQ nascem em apresentação pélvica, sendo as meninas acometidas, em torno de 80% e o histórico familiar é relacionado de 12% a 30% dos indivíduos acometidos⁽⁶⁾.

Em neonatos a DDQ é assintomática e deve ser examinada através da manobra de Barlow e do teste de Ortolani. Diante disto, a manobra de Barlow e o teste de Ortolani se justificam e mostram sua relevância para um diagnóstico inicial precoce. Ao buscar os dados apresentados neste estudo, percebe-se que em 73,02% dos casos os testes foram realizados, e sendo esses positivados em 54,35%⁽⁷⁾.

Ao questionar os participantes sobre a idade em que houve o diagnóstico de DDQ, este estudo teve por objetivo compreender qual a metodologia empregada para confirmar o diagnóstico de DDQ, visto que, conforme a idade, existem exames diferentes para essa finalidade.

Conforme o lactente entra no 2° ou 3° mês de vida, os testes de Ortolani e Barlow são ineficazes. O examinador deve procurar outros achados, incluindo o sinal de Galeazzi, localização proximal do trocânter maior, assimetria das pregas glúteas ou da coxa e enrijecimento do quadril. A limitação da abdução é o sinal mais confiável de um quadril luxado nesta faixa etária⁽⁷⁾.

Além da avaliação clínica com testes, também são utilizados exames de imagem para confirmar os diagnósticos. Em lactente até 4 meses é utilizada a ultrassonografia, em virtude de as estruturas ainda serem cartilaginosas, mas, a partir dos 4 meses, a epífise femoral proximal se ossifica, o que torna o uso de radiografia confiável. Outros métodos de imagem utilizados são a tomografia computadorizada e a ressonância magnética, que possibilitam de maneira eficiente a detecção e o diagnóstico, além do controle da redução da luxação em aparelhos gessados. Porém, há um elevado custo dos procedimentos, já que eles necessitam do uso de anestesia geral em pacientes pediátricos⁽³⁾.

O outro objetivo de conhecer a idade é relativo ao tipo de tratamento empregado, já que, quanto mais precoce o diagnóstico, maior o índice de sucesso no tratamento. Quanto mais tempo demorar o diagnóstico da DDQ, menor será o potencial de remodelamento acetabular e femoral proximal e mais complexos serão os procedimentos necessários⁽⁷⁾.

Sabe-se que o diagnóstico precoce, antes dos 6 meses de idade, apresenta um índice de sucesso de 90%, quando usado o suspensório de Pavlik como tratamento⁽¹⁾.

Entretanto, podemos observar que, apesar de o estudo apresentar um alto índice de diagnóstico precoce, onde 61,90% das crianças foram diagnosticadas até os 3 meses

de vida, as múltiplas condutas para os tratamentos são evidentes nos relatos. Isso traz questionamentos sobre a condução e a efetividade do tratamento, como se houvesse equívocos nas marcações de suspensório; dúvidas pela família na manutenção do uso do suspensório; ou se houve algum fator que interferiu para o início precoce do tratamento, apesar do diagnóstico precoce.

Os enfermeiros estão em uma posição única de detectar a DDQ no início da infância. Durante os processos de avaliação do lactente e as atividades alimentares de rotina, inspecionam-se os quadris e membros quanto à presença de desvios da normalidade. Além de a enfermagem ter papel importante para a identificação de alterações sugestivas de DDQ, pode fornecer informações à família quanto ao cuidado da criança, o tratamento e a prevenção de sequelas⁽⁶⁾.

A enfermagem é vista como elo efetivo no cuidado, já que é o profissional que realiza cuidados gestacionais, maternos e infantis. Entretanto, a partir deste estudo, podemos observar uma lacuna nesse aspecto, pois, diante das respostas obtidas, em apenas uma criança a hipótese de diagnóstico para DDQ partiu da enfermagem. Outra lacuna identificada foi a falta de orientações aos pais para o cuidado da criança com DDQ.

A partir dessa situação, surgem questionamentos sobre o conhecimento que a enfermagem possui sobre a DDQ e sobre a falta de empoderamento por parte da enfermagem para realmente realizar o cuidado e aplicar a Sistematização da Assistência de Enfermagem no cuidado dessas crianças. Esses questionamentos são respondidos ao analisar as questões específicas sobre a enfermagem, onde fica evidenciada a falta de preparo e de conhecimento sobre a DDQ para empregar o cuidado.

Além disso, torna-se perceptível, ao se explorar as repostas sobre o cuidado de enfermagem, a invisibilidade que a enfermagem tem diante do cuidado, visto que muitos participantes destacaram que não é pertinente à enfermagem esse cuidado.

Identificou-se também que esses cuidadores estavam carentes de informações e buscavam outras vias, como grupos de rede sociais, para sanar dúvidas em relação ao cuidado, o que torna imprescindível e de grande importância a criação, por parte da enfermagem, de manuais para os pais e responsáveis com cuidados específicos e adequados à DDQ.

As crianças com algum tipo de acompanhamento ou necessidade diferenciada das demais crianças em geral, seja temporária ou permanente, de cuidados e de uso de tecnologias ligadas ao corpo ou de medicamentos contínuos, no Brasil, foram denominadas como Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CRIANES)⁽⁸⁾.

O impacto do diagnóstico da criança sobre a família é exacerbado por tensões e dúvidas devido à carência de informações e explicações do profissional de saúde no hospital, tanto sobre a doença, quanto do prognóstico e tratamento da mesma⁽⁹⁾.

Ao receber o diagnóstico de uma criança, não só a mãe, mas toda a família sofre com o processo de perda e de luto do filho idealizado e pela necessidade de inserção dele em um mundo de necessidades desconhecidas⁽¹⁰⁾.

Além das incertezas quanto ao tratamento e ao prognóstico de cuidado das CRIANES, ainda surgem dificuldades para o cuidado. As famílias encontram dificuldades na realização dos procedimentos, na adaptação dos cuidados no domicílio e na compreensão das orientações, visto que as CRIANES demandam cuidados que fazem parte do campo do saber e prática dos profissionais da saúde. A condição crônica exige tratamento e acompanhamento de uma equipe multidisciplinar ao longo da vida, que precisa ser iniciado de forma precoce e contínua, requerendo serviços especializados que garantam assistência qualificada⁽¹¹⁾.

As CRIANES são aquelas que requerem um tipo e uma quantidade de atendimento pelos serviços de saúde, para além daqueles geralmente requeridos por outras crianças, e isso representa um desafio para a família, porque os saberes e práticas não pertencem ao seu contexto de vida, mas ao contexto hospitalar. São consideradas como clinicamente frágeis e socialmente vulneráveis. Portanto, o cuidado a essas crianças acontece com vários atores e cenários sociais diferentes, sendo um cuidado que implica na estruturação de uma rede social⁽¹²⁾.

Pela diversidade e peculiaridades apresentadas pelas CRIANES, ocorre a necessidade de cuidado habitual diferenciado, uma vez que, além das demandas especiais de saúde, as CRIANES requerem adaptações nos cuidados de vida diários, visto que existem questões que precisam ser moldadas para atender às demandas diárias da criança, como as de amamentação, de higiene, de banho, entre outras. Para tanto, os profissionais de enfermagem são essenciais para fornecer essas orientações às famílias, visto que a saúde perpassa pelos cuidados de bem-estar da criança.

Os profissionais de saúde/enfermagem são essenciais para amparar a família nos momentos de dificuldades, transmitindo-lhe segurança e tranquilidade, além de possibilitar o conhecimento científico para o cuidado⁽¹³⁾.

O cuidar de uma criança com necessidades especiais de saúde é uma tarefa complexa, podendo em muitos momentos ser dolorosa para os pais, especialmente para a mãe, cuidadora principal. Assim, esta necessita de uma rede de apoio de diversas naturezas, seja material, emocional, de informação, afetiva ou social⁽¹⁰⁾. Diante da demanda de cuidados apresentada pelas crianças, é necessário o envolvimento de uma rede de apoio social, integrada pelos serviços e equipes de saúde/enfermagem, familiares e comunidade, capaz de auxiliar os cuidadores na tomada de decisões, transformando-os em sujeitos autônomos⁽¹³⁾.

A equipe de enfermagem tem papel fundamental durante a hospitalização, visto ser a categoria profissional que passa a maior parte do tempo acompanhando o paciente.

O modelo biomédico é prevalente no senso comum, sendo a enfermagem pouco ou não reconhecida pela sociedade por seu trabalho, entendido como complementar e submisso ao do médico⁽¹⁴⁾. A falta de valorização e reconhecimento do trabalho do enfermeiro pode interferir diretamente no seu empenho, na sua autoestima e, conseqüentemente, na relação do profissional com o seu trabalho e consigo mesmo⁽¹⁵⁾.

Outro fator que contribui para a desvalorização da enfermagem é o desconhecimento dos demais profissionais de saúde em relação à função e à competência que enfermeiros possuem para desenvolver assistência de enfermagem baseada em conhecimento técnico-científico.

O trabalho interprofissional proporciona aos profissionais de saúde um enriquecimento quanto à sua prática, pois permite uma atenção ao paciente ampliada, em vista das diferentes demandas de conhecimento inseridas nessa atuação. O trabalho em equipe, por sua vez, consiste em uma modalidade de trabalho coletivo que se desenvolve no cotidiano de encontros e diálogos entre pares em busca das articulações necessárias à integração de suas ações no ato de cuidar⁽¹⁶⁾.

Entre os fatores que contribuem para a falta de visibilidade da atuação de enfermagem, dentre os quais a falta de conhecimento e de habilidade técnica para realizar procedimentos, a sobrecarga de trabalho associada com o trabalho burocrático e a ausência de reconhecimento profissional, que podem comprometer a qualidade da assistência⁽¹⁷⁾.

Diante da invisibilidade que o enfermeiro enfrenta perante a sociedade, a mídia e seus colegas de profissão, é eminente e imprescindível que ele assuma perante todos sua importância, difunda seus conhecimentos e suas ações e se torne um profissional da saúde com representatividade, autonomia e liberdade para desenvolver com competência e excelência o que lhe é de direito dentro de sua função no planejamento e gestão do cuidado em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Visto que a displasia do desenvolvimento do quadril na criança se mostra como uma doença relevante diante da incidência apresentada na literatura e da importância do diagnóstico precoce para prevenção de sequelas, no que tange às questões de fatores de risco referidas pela literatura especializada sobre o assunto, como descendência, raça e sexo, o Brasil, tendo dimensões continentais e sua diversidade de raças, este estudo confirma a relevância do tema para a formação e educação permanente dos profissionais da saúde, em especial para os profissionais de enfermagem.

Ao analisar os dados coletados por este estudo, verificou-se uma coerência entre os dados empíricos e o que a literatura especializada traz sobre a displasia do desenvolvimento

do quadril, reforçando o fato de que, ao conhecer o perfil de crianças com displasia do desenvolvimento do quadril, o diagnóstico precoce torna-se primordial, já que o enfermeiro, ao realizar avaliações gestacionais ou neonatais, tem acesso a fatores para analisar e construir uma hipótese que lhe possibilite realizar os encaminhamentos necessários para se fazer o diagnóstico o mais precocemente possível.

Conhecendo o perfil dos partícipes do estudo, que são em sua maioria do sexo feminino, de cor da pele branca, com descendência europeia e que não possuem histórico familiar para displasia do desenvolvimento do quadril, este estudo pretendia fornecer informações sobre o contexto clínico de como é feita a identificação de alterações suspeitas a displasia do desenvolvimento do quadril e proporcionar conhecimento que contribuísse com a enfermagem para a intervenção precoce no cuidado dessa criança. Portanto, a partir do estudo, apontam-se importantes contribuições para a enfermagem na aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem à criança com displasia do desenvolvimento do quadril e sua família.

No que tange às contribuições de enfermagem para o cuidado da criança com displasia do desenvolvimento do quadril, considera-se uma lacuna de conhecimento nas publicações específicas sobre a criança com displasia do desenvolvimento do quadril por parte da enfermagem, pois se entende que essa fragilidade contribui para que o assunto seja desconhecido por grande parte dos profissionais de enfermagem, deixando as famílias desassistidas e despreparadas no processo de cuidado familiar e, por consequência, demonstrando a (in)visibilidade do cuidado de enfermagem.

Nesse sentido, a enfermagem pode contribuir de forma mais significativa, como foi apontado nos dados deste estudo, por exemplo, através da produção de tecnologias de cuidado, como manuais e cartilhas voltadas para a família, tendo sido essa uma necessidade expressada pelos familiares. Além disso, são necessárias novas pesquisas sobre a temática para fomentar a produção do conhecimento na área de enfermagem pediátrica, contribuindo na extensão universitária, na formação profissional e no processo de trabalho da enfermagem voltado à criança com displasia do desenvolvimento do quadril e à família.

REFERÊNCIAS

- 1 Barbosa, RO; Albernaz, EP. Perfil dos pacientes diagnosticados com displasia do desenvolvimento do quadril. *Revista Brasileira de Ortopedia*, 2019. São Paulo, 54 (5):497-502. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbort/a/9mjLNmTNxqVFgyGmMvMYn9C/abstract/?lang=pt>
- 2 Guarniero, R. Displasia do desenvolvimento do quadril: atualização. *Revista Brasileira de Ortopedia*, 25 (2):116-21. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbort/a/YWFr5m6hrjVT9K7VMBsSWhc/abstract/?lang=pt>
- 3 Pires, KA; Melo, MRAC. Luxação congênita do quadril: uma abordagem inicial. *Medicina*, Ribeirão Preto, 2005, 38:143-149, abr./jun. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/432>
- 4 Bardin, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.
- 5 Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.htm. Acesso em 30 de out. de 2019.
- 6 Hockenberry, M. J.; Wilson, D. *Fundamentos de enfermagem pediátrica*. 9 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.
- 7 Kliegman, R, et al. *Tratado de Pediatria*. 19ª Edição. Elsevier. 2014.
- 8 Precce, ML, et al. Demandas educativas de familiares de crianças com necessidades especiais de saúde na transição hospital casa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, 2020,73(4):1-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/hfg8KXwGPXJnbB6PFhb6P6n/?lang=pt>
- 9 Rocha, MCP; et al. Necessidades e dificuldades de famílias que vivenciam a experiência de ter uma criança com hidrocefalia. *Saúde revista*, Piracicaba, 2015, 15(40):49-66, abr.-ago. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-unimep/index.php/sr/article/view/2532>
- 10 Freitag, VL; et al. Tornar-se mãe de uma criança com paralisia cerebral: Sentimentos Vivenciados. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 2020, 25:1-14. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/JZSf74mx5YBVDj9WmBM9ZxQ/?lang=pt>
- 11 Nogueira, KM; et al. A vivência da família no cuidado domiciliar à criança com necessidades especiais. *Ciencia y enfermeria*, 2017,23 (1):45-55. Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-95532017000100045&lng=pt&nrm=i
- 12 Rezende, JMM; Cabral, IE. As condições de vida das crianças com necessidades especiais de saúde: Determinantes da vulnerabilidade social na rede de cuidados em saúde às crianças com necessidades especiais de saúde. *Revista Online de Pesquisa: Cuidado é fundamental*, 2010, 2:22-25, out/dez. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/773>
- 13 Gomes, GC; et al. Rede de apoio social da família para o cuidado da criança com paralisia cerebral. *Revista Enfermagem UERJ*, 2019, Rio de Janeiro, 27:1-6. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/40274>

- 14 Baggio, MA; Erdmann, AL. (In)visibilidade do cuidado e da profissão de enfermagem no espaço de relações. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2010, São Paulo, 23(6):745-50. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/ChLVS9rKP95Jbx8n5PsJ94P/abstract/?lang=pt>
- 15 Lage, CEB; Alves, MS. (Des)valorização da Enfermagem: implicações no cotidiano do Enfermeiro. *Enfermagem em Foco*, 2016, 7(3/4):12-16. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/908/338>
- 16 Escalda, P; Parreira, CMSF. Dimensões do trabalho interprofissional e práticas colaborativas desenvolvidas em uma unidade básica de saúde, por equipe de Saúde da Família. *Interface (Botucatu)* [online], 2018, 22(2). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-32832018000601717&lng=pt&nrm=iso
- 17 Avila, L; et al. Implicações da visibilidade da enfermagem no exercício profissional. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 2013, Porto Alegre, 34(3):102-109. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/mm5dxRpwHJH9S7hRPLzhGGn/?lang=pt>

ESTIGMA E AUTOESTIGMA NA VIVÊNCIA DE PORTADORES DE ESQUIZOFRENIA⁷

Laura dos Santos Ramos⁸
Christine Wetzel⁹
Agnes Olschowsky¹⁰
Fabiane Machado Pavani¹¹
Ananda Ughini Bertoldo Pires¹²

RESUMO

Introdução: historicamente, o indivíduo portador de esquizofrenia é visto como um sujeito perigoso e descontrolado, devendo ser afastado e isolado do convívio social. Apesar da Reforma Psiquiátrica Brasileira, esse imaginário social ainda se mantém presente, levando à estigmatização desses indivíduos, que enfrentam dificuldades de inserção social, preconceitos na própria família e intolerância aos sintomas do transtorno mental. **Objetivo:** analisar os processos de estigmatização e autoestigmatização na vivência de indivíduos portadores de esquizofrenia. **Metodologia:** trata-se de um estudo exploratório descritivo de abordagem qualitativa desenvolvido em um Centro de Atenção Psicossocial tipo II, localizado no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Participaram 10 indivíduos portadores de esquizofrenia que estavam em acompanhamento no serviço, durante a coleta dos dados entre os meses de agosto e outubro de 2021. Utilizou-se as técnicas de entrevistas semiestruturadas e de consulta aos prontuários. Os dados foram analisados mediante o método hermenêutico-dialético, resultando em duas categorias temáticas: “Estigmatização social: barreira para inserção dos indivíduos com esquizofrenia na sociedade” e “Internalização dos estereótipos: eu queria ser como antes”, que foram discutidas nas seguintes categorias analíticas: periculosidade, incapacidade, exclusão social e incapacidade autoconferida. **Resultados:** na estigmatização, a concepção negativa associada ao transtorno mental permanece como principal influência na vida do indivíduo, presente em situações em que são julgados como perigosos e incapazes devido ao diagnóstico de esquizofrenia. Na autoestigmatização, os participantes internalizam a concepção de incapacidade, corroborando com sentimentos

7 Artigo resultante de trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

8 Enfermeira. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Saúde Pública de Florianópolis. E-mail: lauraramos08@hotmail.com. ORCID: 0000-0001-5351-2825.

9 Docente. Doutora em Enfermagem Psiquiátrica. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: chriswetzel1961@gmail.com. ORCID: 0000-0002-9125-0421.

10 Docente. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: agnes@enf.ufrgs.br. ORCID: 0000-0003-1386-8477.

11 Enfermeira. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Universidade do Vale do Rio dos Sinos. E-mail: fabianepavani04@gmail.com. ORCID: 0000-0002-3858-8036.

12 Enfermeira. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Associação Educadora São Carlos. E-mail: ananda.pires@gmail.com. ORCID: 0000-0003-4873-2617.

de baixa autoestima, baixa autoeficácia e autorreprovação. **Conclusões:** a estigmatização e o autoestigma impõem dificuldades e limitações na vida dos indivíduos com esquizofrenia, sendo indispensável o seu enfrentamento para possibilitar a reinserção social daqueles que sofrem e são estigmatizados por ter um diagnóstico psiquiátrico.

Palavras-chave: Esquizofrenia; Estigma Social; Saúde Mental; Estigma Internalizado.

INTRODUÇÃO

A esquizofrenia caracteriza-se por ser um transtorno mental grave, crônico e de grande prejuízo na qualidade de vida e na capacidade funcional e social do indivíduo, afetando cerca de 23 milhões de pessoas, correspondendo a aproximadamente 1% da população mundial⁽¹⁾.

As primeiras manifestações da esquizofrenia ocorrem no final da adolescência e início da vida adulta. Há uma prevalência entre os homens de um início precoce, com os primeiros episódios aos 20 anos, sendo que quanto mais cedo se desenvolve o transtorno, pior é o prognóstico. A cronicidade e a permanência dos sintomas representam grande prejuízo à inserção social e à carga de doença global em portadores de esquizofrenia⁽²⁾.

O indivíduo com esquizofrenia geralmente é reconhecido pelos episódios de alucinações e de delírios, solucionados com práticas punitivas e curativistas, que se relacionam ao modelo asilar de cuidado em saúde mental. Desse modo, constitui-se o estereótipo de inutilidade e incapacidade que impacta, de forma gradual, a vida dessas pessoas, além de afirmar condutas segregatórias e de isolamento. Mas é, principalmente, no contexto da periculosidade e da violência que o estigma social vivenciado por este grupo é estruturado⁽³⁻⁴⁾.

O estigma pode ser definido como um sinal de menosprezo, no qual um indivíduo ou grupo de pessoas são discriminados e excluídos por apresentarem características que os afastam do comportamento chamado de normativo. O chamado “normal” é imposto pela sociedade, que ao avaliar um ambiente social sugere quem deve ser encontrado nele. Logo, aqueles que destoam do esperado são considerados estranhos e, portanto, excluídos e estigmatizados⁽⁵⁾.

O modelo asilar de cuidado em saúde mental contribui para a estigmatização do portador de esquizofrenia, pois se caracteriza por um tratamento pautado no “isolamento terapêutico”; o que corrobora, historicamente, à concepção de incapacidade e de periculosidade da loucura e do indivíduo desviante. Os indivíduos considerados loucos foram privados do convívio social, do direito ao trabalho, lazer e cultura, gerando a morte social para estes sujeitos⁽⁶⁾.

Nesse sentido, análises sobre a utilização das palavras “esquizofrenia/esquizofrênico(a)” em matérias, textos e blogs da internet, encontram referências aos indivíduos culpados por crimes, como sujeitos portadores de um suposto diagnóstico de esquizofrenia. O uso

dessas palavras também foi observado com um sentido metafórico e pejorativo, para descrever algo incoerente e desconexo⁽³⁾.

A estigmatização pode ocasionar impactos severos na vida de pessoas com diagnóstico de transtornos mentais como, por exemplo, a baixa autoestima, o bem-estar social prejudicado, a baixa qualidade de vida e a perda de autonomia⁽⁷⁾.

O estigma, no Brasil, começa a ser questionado a partir da Reforma Psiquiátrica e com a mudança no paradigma do cuidado em saúde mental, que deixa de ser voltado para internação e afastamento das pessoas, passando a ter como objetivo a sua reinserção social⁽⁶⁾.

Mesmo após a mudança do modelo medicalocêntrico para uma perspectiva de cuidado voltado à atenção psicossocial, os profissionais de saúde ainda apresentam dificuldades no enfrentamento do estigma em saúde mental⁽⁸⁾.

As constantes situações de estigmatização, tanto pela população em geral como também pelos profissionais da área da saúde, fazem com que ocorra a internalização desse fenômeno. Esse processo é denominado como autoestigma, no qual o indivíduo interioriza as concepções pejorativas projetadas pela sociedade^(4,7).

O autoestigma é um fenômeno de internalização do estigma em que, num primeiro momento, o indivíduo se torna consciente do estigma social direcionado a sua condição, e em caso de concordância com os estereótipos negativos disseminados, ocorre a aceitação. Na sequência, começa o processo de internalização, no qual aplica a si mesmo os estereótipos, podendo levar a danos prejudiciais, geralmente, à sua autoestima e sua autoeficácia⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Esses impactos podem desencadear o efeito denominado como “*whytry*”, quando uma baixa autoestima e uma baixa autoeficácia interferem na busca pelos objetivos pessoais. Funcionam como espécie de mediadores sociais que, quando prejudicados, levam a pensamentos e sentimentos de serem menos capazes de realizar tarefas e menos dignos de determinadas oportunidades⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Considerando isso, torna-se necessário que enfermeiros e demais profissionais de saúde repensem suas práticas e desenvolvam propostas terapêuticas de forma a implementar um cuidado integral, considerando os aspectos que levam ao prejuízo social de se conviver com um diagnóstico de transtorno mental.

Frente ao exposto, tem-se essa pesquisa enquanto uma forma de conhecer como o estigma social é internalizado e o seu impacto na vivência dos portadores de esquizofrenia, tendo como questão norteadora: *Como se dão os processos de estigma social e autoestigmatização na vivência dos indivíduos portadores de esquizofrenia?* O objetivo geral deste estudo foi analisar os processos de estigmatização e autoestigmatização na vivência de indivíduos portadores de esquizofrenia.

Espera-se contribuir com saberes que possibilitem uma mudança no paradigma do cuidado e sensibilizar a enfermagem quanto à importância de atuar de maneira mais humanizada, considerando os aspectos biopsicossociais, assim como enfatizar a importância de desenvolver estudos que deem voz aos indivíduos portadores de transtornos mentais, permitindo que questões como a estigmatização e a autoestigmatização sejam enfrentadas.

CAMINHO TEÓRICO-METODOLÓGICO

Estudo exploratório descritivo de abordagem qualitativa, desenvolvido em um Centro de Atenção Psicossocial tipo II (CAPS II), na capital do Rio Grande do Sul, Brasil, entre os meses de agosto e outubro de 2021.

Optou-se pela abordagem qualitativa por esta possibilitar a expressão dos participantes sobre o seu sofrimento mental, de maneira que pudessem compartilhar as repercussões do diagnóstico de esquizofrenia em suas vidas, relações e redes de apoio e os enfrentamentos ao estigma e ao autoestigma.

Os CAPS são pontos estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), constituídos por equipes multiprofissionais, que fazem parte da rede de dispositivos substitutivos ao modelo asilar. A aproximação com os participantes da pesquisa, com foco na construção de vínculo, ocorreu mediante o projeto de extensão: “O Centro de Atenção Psicossocial enquanto espaço de inclusão: quebrando as barreiras do estigma”. Os usuários foram convidados a participar da pesquisa, conforme os critérios de inclusão: ter idade igual a 18 anos ou mais e diagnóstico de esquizofrenia há, no mínimo, 3 anos. Como critério de exclusão foi considerada a impossibilidade de estabelecer diálogo no momento da entrevista.

O tamanho da amostra foi de 10 participantes, definido conforme o conceito de poder de informação suficiente, que leva em conta o objetivo do estudo, especificidade da amostra, qualidade do diálogo estabelecido durante as entrevistas e a estratégia de análise⁽¹¹⁾. Concomitantemente à coleta, transcrição e análise dos dados, comparou-se os resultados prévios obtidos com os objetivos preestabelecidos.

A coleta de dados foi realizada mediante entrevistas semiestruturadas e consulta aos prontuários. As entrevistas tiveram a questão disparadora “Me conte sobre sua vida após o diagnóstico de esquizofrenia”, tiveram duração entre 20 minutos e 1 hora e foram gravadas na íntegra.

As entrevistas foram analisadas conforme o método hermenêutico-dialético proposto por Minayo⁽¹²⁾, organizado em três etapas: ordenação dos dados; classificação dos dados; e análise final. A ordenação dos dados consistiu no mapeamento de todo o material empírico obtido, em que se realizou a transcrição das entrevistas na íntegra e a organização dos dados coletados nos prontuários. Na classificação dos dados identificou-se o que surgiu

de mais relevante após a leitura exaustiva do material coletado. Com base nisso, foi possível elaborar categorias para agrupar as informações com aspectos semelhantes.

Para definição das categorias, primeiramente, foi realizada uma *análise vertical* de cada uma das entrevistas, a fim de encontrar temas relevantes, que fossem ao encontro dos objetivos da pesquisa. Essa etapa se consistiu em uma leitura individual de todas as entrevistas. Depois foi realizada a *análise horizontal*, que se consistiu no agrupamento de todos os temas identificados na análise vertical. Para isso, foi desenvolvido um quadro com os trechos das entrevistas, registros dos prontuários e os temas da análise horizontal.

Após a leitura exaustiva do material empírico, utilizando os objetivos pré-estabelecidos, foram definidas duas categorias temáticas, que originaram categorias analíticas conforme o Quadro 1.

Quadro 1. Quadro de análise. Porto Alegre, 2021.

Categorias temáticas	Categorias analíticas
Estigmatização social: barreira para inserção dos indivíduos com esquizofrenia na sociedade	Periculosidade
	Incapacidade
	Exclusão social
Internalização dos estereótipos: eu queria ser como antes	Incapacidade autoconferida

Fonte: Elaborada pelas autoras, 2021.

Na etapa de análise final, os dados obtidos foram articulados com os referenciais teóricos do estudo e se buscou responder à questão de pesquisa e a seus objetivos. O referencial teórico que subsidiou a análise do material foram os conceitos de Estigmatização e Autoestigmatização trabalhados por Goffman⁽⁵⁾, e o modelo de Atenção Psicossocial, na perspectiva dos conceitos de reinserção social e reabilitação psicossocial.

A presente pesquisa foi aprovada na Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), no Comitê de Ética da UFRGS sob o parecer nº4.716.851 e no Comitê em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre sob o parecer nº4.865.635. Além disso, todos os participantes foram informados e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias. O anonimato dos participantes foi mantido pela substituição de suas informações por nomes fictícios e suas características foram modificadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo dez portadores de esquizofrenia, sendo oito homens e duas mulheres. Seis tinham entre 51 e 75 anos, três entre 20 e 26 anos, e um entre 0 e 25 anos; a primeira crise foi relatada, na maioria dos casos, aos 20 anos. Nove participantes eram solteiros(as) e uma era viúva. Quatro não concluíram o ensino fundamental e um iniciou o ensino superior, não concluindo. Referente à religião, cinco eram católicos, três adeptos ao espiritismo, um era ateu e um não declarou ter religião. Sobre o acompanhamento no CAPS, três estavam há menos de três anos, seis estavam entre quatro e nove anos, e um há mais de 10 anos.

Na categoria “Estigmatização social: barreira para inserção dos indivíduos com esquizofrenia na sociedade”, os participantes trouxeram questões sobre **periculosidade, incapacidade e exclusão social**.

A **periculosidade** foi abordada ao relatarem experiências vivenciadas, em que outras pessoas os viam como aqueles que podem causar perigo, evitando uma proximidade:

Minha mãe, sem querer, falou da minha doença, tem gente que corre de mim [...] sou “louco”, por isso as pessoas têm medo de chegar em mim [...] e os vizinhos não me cumprimentam, dá para ver que se afastam. (Douglas)

Antes ninguém ficava do meu lado, eu ficava triste e magoado. (Elias)
Eu sinto que eles desconfiam de mim. Tem uma senhora baixinha, que quando eu venho descendo a rua, ela entra para dentro, como se eu fosse avançar nela, a impressão que me passa é essa. (Almir)

As mídias oficiais têm grande influência no reforço do estereótipo negativo que se estabeleceu acerca dos indivíduos com transtorno mental, mais especificamente os portadores de esquizofrenia⁽⁴⁾.

Quando botei na internet o meu nome dizendo que eu era um risco para mim mesmo e para sociedade, disseram que eu era um monstro, disseram coisas que eu não fiz naquele dia. (Almir)

Apesar de já existir um movimento na imprensa para divulgação de matérias com conteúdo neutro/positivo, ainda persistem as que vinculam a esquizofrenia a atos violentos ou criminosos. Um estudo⁽³⁾ realizado com notícias sobre esquizofrenia publicadas nos principais veículos de comunicação constatou que grande parte dos textos encontrados não dá voz aos indivíduos e seu sofrimento, dando ênfase ao estigma, ao relacionar esse transtorno mental com a prática de atos criminosos.

É necessário romper a propagação desse estereótipo e, para isso, é impreterível o desenvolvimento de estratégias de mobilização dos setores culturais a fim de sensibilizar o maior número de pessoas, sendo disponibilizadas informações e notícias que permitam um conhecimento da sociedade acerca da esquizofrenia para que não seja mais feita uma associação com o estigma da periculosidade.

Já o estereótipo de **incapacidade** tem origem na Psiquiatria Tradicional, a qual afirmava que o “louco” deveria ser isolado e submetido à reclusão, o que contribuiu na construção da concepção de um ser, além de perigoso, também incapaz, incompreensível e “alienado” de sua razão⁽¹³⁾.

Mathias comenta, descontente, sobre momentos em que familiares se referiram a ele como “louco” e “doente”, trazendo, associado ao seu diagnóstico, a ideia de ele ser uma pessoa incapaz, que não tem condições de fazer coisas da vida (trabalhar, sair, estudar, entre outras). Tal fato o faz conviver com um julgamento por conta do seu transtorno mental, sendo interditado pelos familiares, o que causa repercussões na sua vida, tendo limitações para tomar suas próprias decisões, realizar seus desejos e vontades.

Tem uma irmã lá que me chama de louco (...) dizia que eu era doente [...] eu me sentia meio xarope, meio estranho. Sentia que eu não era uma pessoa normal, que eu era louco [...] eu queria voltar a trabalhar, mas meu pai me interditou... [...] não posso trabalhar, não posso ter carteira assinada, ter conta em banco. Gostaria de ter uma autonomia, uma renda talvez. (Mathias)

O diagnóstico da esquizofrenia influencia na forma como esses sujeitos são vistos e acolhidos por suas famílias e pela sociedade. Deixam de ser percebidos como “normais” e passam a ser considerados “loucos”, sem condições ou capacidade de desenvolver tarefas básicas da vida. Este viés estigmatizante e limitante precisa ser revisto, sendo necessário o enfrentamento desses aspectos negativos e disruptivos. Estes preconceitos imputam a pessoa com esquizofrenia ser aquela que não tem condições de estar ou fazer algo em seu meio, desencorajando-a para a vida social e anulando-a como pessoa cidadã.

Outro modo de manifestação do estigma se refere às dificuldades da família, devido às falsas imagens criadas e transmitidas em relação à loucura.

Ela (a mãe) não falou para mim que era esquizofrenia, mas eu acho que já tinha este diagnóstico. (Almir)
Me xinga, não, me dando conselho: tu estás bem, tu estás mal. (Elias)
O meu pai foi mais rígido, quando eu estava em crise. Ele meio que ficava brabo com as minhas ‘doidices’, que eu ficava viajando em casa. (Paulo)

Existem situações em que os familiares não compreendem o diagnóstico e consideram o indivíduo como incapaz, sem abordar suas potencialidades. A desinformação pode fazer com que a família não aceite a necessidade de tratamento, por não compreender o que vem a ser o transtorno, suas manifestações e efeitos na vida dos indivíduos⁽¹⁴⁾.

O estigma em relação à loucura enquanto incapacidade tem perpetuado, historicamente, a concepção de defeito e/ou deficiência funcional. Assim, em diversas situações, aqueles que são próximos, como a família, procuram omitir o diagnóstico com objetivo de proteção, ou mesmo de vergonha de algo que é percebido como falha social.

Do mesmo modo, é possível tentar compreender a ocultação do diagnóstico como uma forma de enfrentar a doença socialmente, não com a intenção de negar a existência da doença, mas de colocá-la entre parênteses, assim como sugerido por Franco Basaglia, e dar a devida importância ao indivíduo como pessoa, que deve ser inserido socialmente, sem que seja visto somente por seu diagnóstico de transtorno mental.

Ter um diagnóstico de esquizofrenia, associado aos estigmas de incapacidade e periculosidade, se reveste em **exclusão social**.

Na primeira (crise/surto) eu ainda estava empenhado para continuar com o curso, mas eu acabei parando. Reprovei em algumas cadeiras, e faltou o estágio obrigatório. (Paulo)

Eu estava sem foco, ruim, que abandonei tudo (faculdade). Quando voltei, tinham mudado o currículo e adicionado mais vinte cadeiras. (Almir)

Tive que parar de trabalhar, porque não tinha outro jeito. Não conseguia trabalhar mais. (Douglas)

Eu gostaria de trabalhar. Eu queria trabalhar de padeiro desde pequeno, assim, é um sonho trabalhar de padeiro. (Elias)

Eu gostaria de fazer alguma coisa, agora eu não sei se com essa 'cegueira' aqui por cima (na cabeça), não sei se dá para trabalhar. (Lucas)

O desenvolvimento da doença traz importantes consequências para a vida produtiva, visto que se trata de uma condição com início precoce, muitas vezes impedindo que os indivíduos deem continuidade aos estudos e às atividades de trabalho⁽¹⁵⁾. O retorno aos estudos não é recorrente, muito pelas barreiras impostas pelo curso da doença, como também pela falta de motivação e falta de preparo das instituições⁽¹⁶⁾.

Embora existam diversas barreiras que impossibilitam a inserção do indivíduo esquizofrênico no mercado de trabalho, o desejo de exercer uma atividade remunerada aparece como questão importante, sendo um fator de reconhecimento na sociedade e, consequentemente, de não estar excluído.

O trabalho é um importante meio de reabilitação social. A produtividade conferida por meio deste favorece o sentimento de autoconfiança e o retorno da autoestima. O trabalho também permite a configuração de novos papéis sociais⁽¹⁷⁾.

O CAPS tem como objetivo proporcionar um tratamento baseado na reinserção social e na melhora das condições de vida, bem como colaborar positivamente para o enriquecimento da vida dos usuários. Assim, o CAPS tem entre seus princípios o cuidado no território, em que trabalhar com a diferença é importante fator de rompimento com estereótipos da loucura.

Eu estava sempre rodando, não tinha nada para fazer, e o CAPS me preencheu esse espaço. Venho nas reuniões, saio de casa... Eu não tenho mais aquele momento parado, ansioso, pensando bobagem na cabeça. Eu sei que tenho um compromisso. (Mathias)

Aqui eu converso com todo mundo. Na minha casa é sozinho [...] é um lugar que a gente começa a conversar e contar tudo, porque sabe que as pessoas estão na mesma situação. (Douglas)

Tão me ajudando [...] fazendo perguntas para mim, me ensinando as coisas que eu não sei, me ajuda com a medicação também. (Lucas)

É bem legal aqui o CAPS, eles sempre me tratam bem [...] são sempre muito acolhedores, sempre dão os medicamentos. As pessoas dos grupos, sempre perguntando se está tudo bem e até às vezes ligam para a gente. (Paulo)

O CAPS representa um espaço acolhedor, que “preenche um espaço na vida” dos usuários; que favorece a criação de vínculo; que permite o compartilhamento de experiências; a superação de medos/inseguranças; a realização de sonhos e o relacionamento entre pessoas. Aparece como o lugar em que a pessoa é reconhecida e valorizada, proporcionando um sentimento de pertencimento.

A vida social dos entrevistados restringe-se ao contexto proporcionado pelo CAPS, através do vínculo criado entre os usuários e trabalhadores e ao contexto familiar, evidenciando a dificuldade dos participantes em interagir em outros espaços da sociedade.

Gosto, adoro, gosto muito. Tanto é que quando a minha filha disse: “mãe, a Laura (entrevistadora) quer falar contigo”. Eu disse assim: Ai meu deus, será que eles querem me tirar do CAPS. Eu fiquei desesperada, enquanto não chegou a hora de vir aqui, não sosseguei [...] eu só tenho esses vizinhos que eu digo “oi, tudo bem?”[...] Mas não vou na casa de ninguém, não. (Mariana)

Então, agora, amigo mesmo é meu pai e os conhecidos do CAPS. (Mathias)

Hoje tenho poucos amigos, são mais amigos distantes que eu converso. (Paulo)

É compreensível este laço forte criado com o CAPS, considerando que dentro do serviço o usuário encontra carinho, respeito, pessoas que se interessam por sua história e até mesmo compartilham de experiências parecidas com as suas próprias. E, muitas vezes, fora do contexto do CAPS, experienciam preconceito, desrespeito e exclusão⁽¹⁸⁾.

A recorrente permanência dos indivíduos nas instituições ditas “abertas”, como o CAPS, é considerada um risco pela tendência ao fechamento e restrição às atividades internas ao CAPS. Nesse sentido, é de extrema importância que esse serviço busque a construção de possibilidades no território, no bairro, na vizinhança, e busque a intersetorialidade⁽⁶⁾.

Para o favorecimento da reinserção social é necessário que se invista em ações com o objetivo de desmistificar a loucura e favorecer o rompimento da tendência à exclusão e estigmatização dos indivíduos em sofrimento psíquico.

No que diz respeito às redes de apoio, a religião/espiritualidade aparece como aliada no enfrentamento do preconceito, sendo um suporte que possibilita motivação na adesão ao tratamento e como estratégia para o manejo de situações que possam gerar sintomas relacionados à esquizofrenia, tais como alucinações.

*Quase todas as religiões dão uma sabedoria/conhecimento que te ensinam a interagir/viver legal com as pessoas. Uma forma de entender que as pessoas te discriminam porque não te conhecem, e não de ficar com raiva delas, nem magoado, faz parte da vida [...]. Recentemente, descobri que as vozes, as visões/vultos estavam associadas a um forte estresse. Quando eu estou calmo, não tenho isso. **(Almir)***
*É acreditar em alguma coisa, ter uma fé, rezar, acreditar em Deus, pedir que me ajude, me dê forças, porque antes eu era meio desacreditado. Eu não acreditava muito. **(Mathias)***
*Eu acho muito bonita a doutrina deles, a gente ora, faz as orações. É muito bom [...] às vezes, quando eu estou muito triste, digo para mim mesma: Mariana, para com isso. Deus tá te vendo, ele não quer isso. **(Mariana)***

A religião/espiritualidade é um espaço que acolhe e favorece suas potencialidades, o ser uma pessoa sem marca de algo diferente ou errado, percebida como um ambiente inclusivo, que não foca especificamente na doença e nos sintomas.

Para alguns indivíduos em sofrimento mental, a vivência da religião/espiritualidade é um fator que os fortalece no enfrentamento da doença. O fato de não serem vistos de maneira diferente ou tratados como doentes auxilia no enfrentamento à sua condição⁽¹⁹⁾.

Acredita-se que o CAPS deve ser um serviço laico e sem influência religiosa, no sentido de não prevalecer crenças como determinantes para o tratamento. Entretanto, em situações em que os laços entre os indivíduos e as agências religiosas já estiverem estabelecidos, é importante que esta rede de apoio seja estimulada e fortalecida. É necessário considerar que pode ser uma estratégia que fortalece e ajuda a suportar as dificuldades de aceitação junto à sociedade.

Na categoria temática “Internalização dos estereótipos: eu queria ser como antes”, será discutido o autoestigma enquanto uma **incapacidade autoconferida**.

O autoestigma é uma internalização das ideias estigmatizantes disseminadas pela sociedade⁽⁹⁾. Trata-se de uma consequência direta do estigma social, pois no momento que o indivíduo tem consciência dos estereótipos negativos associados à sua condição, ele concorda e aplica essas crenças desfavoráveis sobre si⁽⁴⁾.

Como já foi mencionado, um dos estereótipos relacionado ao transtorno mental é o de incapacidade, o qual tem grande impacto na vida dos participantes.

A incapacidade autoconferida, ou seja, o sentimento de não se achar capaz de desenvolver determinadas atividades por conta do seu diagnóstico, foi abordada pelos participantes.

Gostaria de trabalhar, mas a minha doença, acho que com esse problema que eu tenho, não consigo [...] eu gostaria de ser como eu era antes, sem nada. (Douglas)

Tenho que fazer o que é possível fazer e não tentar fazer outro concurso. Não adianta, eu não vou passar no psicotécnico, eu tive 4 anos internado no manicômio. (Almir)

Eu não tenho interesse em estudar de novo e muito menos trabalhar, que é quase impossível, numa área que eu goste, que eu consiga, que eu tenha que fazer algo todos os dias, no mesmo horário. É algo mais complicado para mim. (Paulo)

Às vezes me sinto inferior às pessoas, fico muito para baixo [...] eu me senti inferior. Eu sou uma pessoa diferente, eu não tenho mais autoestima, eu fiquei muito para baixo. Porque eu lembrava de mim quando eu era normal [...] eu gostaria que eu não tivesse tido essa doença. (Mariana)

Como é que eu me vejo? Não sei dizer, sei que não é nada bom [...] porque todo mundo quer ser uma pessoa normal, igual a todos os outros [...] eu não sou normal. Nunca tive família, nunca tive uma namorada [...] me afeta ser diferente. (Jorge)

O processo de internalização dos estereótipos se inicia antes mesmo da pessoa desenvolver o transtorno, quando o indivíduo incorpora as ideias estigmatizantes disseminadas pela sociedade. No momento em que se desenvolve o transtorno, esses estereótipos passam a ser relevantes e significativos para si⁽²⁰⁾. A internalização dos estereótipos negativos tem grandes repercussões na vida e no comportamento dos indivíduos afetados, reduzindo a esperança e autoestima, favorecendo o isolamento social e a falta de iniciativa^(10,20).

Os participantes evidenciaram que o estigma, e conseqüentemente, o autoestigma impactam negativamente na qualidade de vida dos indivíduos e acabam sendo um obstáculo para o convívio social. É possível perceber que eles se consideram incapazes, desqualificados e estão constantemente desejando o seu “eu” de antes do transtorno se manifestar.

Visto que o autoestigma é uma repercussão direta do estigma social, quando se refere às estratégias de enfrentamento, é necessário que, conjuntamente, essas concepções

de falha social, de incapacidade e de periculosidade sejam confrontadas e combatidas, para que cada vez menos esses estereótipos negativos sejam relacionados à esquizofrenia.

É imprescindível que os indivíduos sejam habilitados para enfrentar os estereótipos comumente atribuídos a sua condição de saúde, com o propósito de fortalecer seu autoconceito, aumentar a autoestima, promover a própria inserção social e diminuir o impacto do estigma na vida dos mesmos⁽⁴⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permite compartilhar situações vivenciadas pelos indivíduos portadores de esquizofrenia nas quais há julgamentos de conotação negativa, em sua maioria sendo relacionados como pessoas perigosas e incapazes devido aos seus diagnósticos.

Destaca-se o papel da mídia que reafirma o estereótipo de periculosidade na divulgação e manutenção de matérias, que associa a esquizofrenia à prática de atos violentos. Como consequência, os indivíduos portadores de esquizofrenia vivenciam a exclusão social, experienciando dificuldades para se inserir socialmente e desenvolver atividades laborativas, o que repercute no seu reconhecimento e inclusão social.

O diagnóstico de esquizofrenia também demonstrou afetar as relações interpessoais, pois influencia no modo como eles são vistos e acolhidos na vida em sociedade. Percepção prioritariamente com enfoque no diagnóstico psiquiátrico, enquanto “loucos”, sem condições ou capacidades para desenvolver tarefas básicas da vida.

Por outro lado, o CAPS e a religião/espiritualidade aparecem como as principais redes de apoio no enfrentamento do estigma, embora seja ressaltada a necessidade de não limitar a vida social dos usuários às paredes do CAPS e ao contexto familiar. Construir relações no território e com outros setores da sociedade trabalha com a diferença e auxilia no rompimento da forte tendência à exclusão e estigmatização dos indivíduos com transtornos psíquicos.

Esforços são necessários para construir e implementar ações de enfrentamento das concepções de falha social, periculosidade e incapacidade fortemente associadas ao transtorno mental, desenvolvendo estratégias que busquem valorizar os indivíduos, mostrando que essas concepções depreciativas não definem a loucura, positivando as concepções da loucura na sociedade, nos serviços e nas pessoas.

Sugere-se o desenvolvimento de mais estudos que valorizem as vivências dos indivíduos em sofrimento psíquico, bem como estratégias de enfrentamento do estigma e autoestigma, objetivando a reinserção social daqueles que sofrem e são estigmatizados por ter um diagnóstico psiquiátrico, o que requer da sociedade conviver com a diferença e considerar as pessoas e suas histórias.

REFERÊNCIAS

- 1 World Health Organization. ICD-11 implementation or transition guide. Geneva: World Health Organization; 2019 [cited 2022 mar 3]. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: https://icd.who.int/docs/ICD-11%20Implementation%20or%20Transition%20Guide_v105.pdf
- 2 Pinho LG, Pereira A, Chaves C. Influência das características sociodemográficas e clínicas na qualidade de vida dos indivíduos com esquizofrenia. *RevEscEnferm USP*. 2017. [citado 2022 mar 3];51:e03244. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/tknPNvHRRkbchznbxVvnZr/?format=pdf&lang=pt>
- 3 Guarniero FB, Bellinghini RH, Gattaz WF. O estigma da esquizofrenia: um levantamento de notícias publicadas em veículos brasileiros de grande circulação. *RevPsiq Clín*. 2012. [citado 2022 mar 3];39(3):80-84. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/HQJyjhds6cD3CtsFLhGKPfL/?format=pdf&lang=pt>
- 4 Nascimento LA, Leão A. Estigma social e estigma internalizado: a voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários. *História, Ciência, Saúde-Manguinhos*. [Internet]. 2019. [citado 2022 mar 3];26(1):103-21. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/sNMq8fztJLGCfvsQ47ckrSn/abstract/?lang=pt>
- 5 Goffman E. *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4ª edição. Rio de Janeiro: LTC, 1963.
- 6 Amarante PDC, Torre EH. “De volta à cidade, sr. cidadão!” - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. *RevAdm Pública*. 2018. [citado 2022 mar 3]; 52(6):1090-1107. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/VxnVXZN4bD3bqCTVJwzxBQ/?lang=pt>
- 7 Oliveira RM, Facina PBR, Júnior ACS. A realidade do viver com esquizofrenia. *RevBrasEnferm*. 2012. [citado 2022 mar 3];65(2):309-16. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/xCB7BQk3xcCnccx89pqRRpz/?format=pdf&lang=pt>
- 8 Santos EO, Eslabão AD, Kantorski LP, Pinho LB. Práticas de enfermagem no centro de atenção psicossocial. *RevBrasEnferm*. 2020. [citado 2022 mar 3]; 73(1): e20180175. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/WDf4zddCtmJXWqSPqFBfvPk/?format=pdf&lang=pt>
- 9 Corrigan PW, Rao D. On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change. *Can J Psychiatry*. 2012. [citado 2022 mar 3];57(8):464-69. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3610943/pdf/nihms363969.pdf>
- 10 Corrigan PW, Larson JE, Rüsche N. Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*. 2009. [citado 2022 mar 3]; 8(2):75-21. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2694098/pdf/wpa020075.pdf>
- 11 Malterud K, Siersma VD, Guassora, AD. Sample size in Qualitative Studies: Guided by Information Power. *Qualitative Health Research*. 2016. [citado 2022 mar 3]; 26(13): 1753-1760. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1049732315617444>

- 12 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª edição. São Paulo: Hucitec; 2012.
- 13 Amarante PDC. Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- 14 Silva AP, Nascimento EGC, Pessoa JM Jr, Melo JAL. “Por trás da máscara da loucura”: cenários e desafios da assistência à pessoa com esquizofrenia no âmbito da Atenção Básica. *Fractal: Rev Psicol.* 2019. [citado 2022 mar 3]; 31(1):2-10. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/fractal/article/view/5517/16379>
- 15 Martini LC, Lussi IAO, Magalhães L, Santo FV, Pimentel FA et al. Experiência laboral e inclusão social de indivíduos com esquizofrenia. *Rev. bras. saúde ocup.* [Internet]. 2019. [citado 2022 mar 3];44:e11. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/PB5pNM3p3SX8z5s3rTk553c/abstract/?lang=pt>
- 16 Reddy L, Llerena K, Kern R. Predictors of employment in schizophrenia: The importance of intrinsic and extrinsic motivation. *Schizophr Res.* 2016. [citado 2022 mar 3]; 176(2-3):462-466. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27567733/>
- 17 Lussi I. Trabalho, reabilitação psicossocial e rede social: concepções e relações elaboradas por usuários de serviços de saúde mental envolvidos em projetos de inserção laboral [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.
- 18 Paranhos-Passos F, Aires S. Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *PhysisRevSaúde Col.* 2013. [citado 2022 mar 3];26(1):13-31. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/WYNmBpHjZ3q9KXQmv57ZVmq/?lang=pt>
- 19 Reinaldo A, Santos R. Religião e transtornos mentais na perspectiva de profissionais de saúde, pacientes psiquiátricos e seus familiares. *Saúde Debate.* 2016. [citado 2021 nov 11]; 40(100):162-171. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/psQ8XpyKdh4zmjNV4CF8BYw/?format=pdf&lang=pt>
- 20 Rössler W. The stigma of mental disorders: A millenia-long history of social exclusion and prejudices. *EMBO rep.* 2016. [citado 2022 mar 3];17(9):1250-53. Disponível em: <https://www.embopress.org/doi/epdf/10.15252/embr.201643041>

ENFERMAGEM PEDIÁTRICA E NEONATAL: ADOECIMENTO, ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E VIVÊNCIAS PROMOTORAS DE SAÚDE¹³

Bruna Dall'Osto de Oliveira¹⁴
Neila Santini de Souza¹⁵
Alexa Pupiara Flores Coelho Centenaro¹⁶
Ethel Bastos da Silva¹⁷
Jaquiele Jaciára Kegler¹⁸
Kassiely Klein¹⁹

Objetivo: conhecer as evidências científicas sobre as vivências promotoras de saúde, adoecimento e estratégias de enfrentamento dos profissionais de enfermagem de setores pediátricos e neonatais. **Método:** trata-se de revisão bibliográfica do tipo integrativa, e optou-se como portal de busca a Biblioteca Virtual em Saúde e Scientific Electronic Library Online, utilizando-se os descritores e palavras-chave: enfermagem, neonatal, neonatais, pediátrica, pediátrico e trabalho. Identificaram-se, inicialmente, 126 publicações, restando 14 publicações no formato de artigo original que compuseram a pesquisa. **Resultados:** a morte das crianças hospitalizadas aparece como sendo a principal causa de adoecimento dos trabalhadores, seguida da sobrecarga de trabalho, de problemas com o sono, sentimento de impotência e frustração, causando elevado nível de estresse. E as principais estratégias de enfrentamento evidenciadas são as estratégias coletivas, apoio dos colegas e familiares, ambiente de trabalho acolhedor e crenças religiosas. **Considerações finais:** o ambiente de trabalho pediátrico e neonatal ocasiona inúmeros comprometimentos na saúde dos trabalhadores de enfermagem, porém, se desenvolvidas estratégias que minimizem o impacto do trabalho, é possível melhorar as condições de saúde deles.

Palavras-chave: Enfermagem pediátrica; Enfermagem neonatal; Saúde do trabalhador; Promoção da saúde.

¹³ Artigo resultante de trabalho de conclusão de curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões-RS.

¹⁴ Enfermeira, Graduada pela Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões. E-mail: bruna.dalosto@outlook.com. ORCID: 0000-0002-4153-8507.

¹⁵ Enfermeira, Doutora em Ciências/UNIFESP, Docente da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões. E-mail: neilasantini25@gmail.com. ORCID: 0000-0002-5083-9432.

¹⁶ Enfermeira, Doutora em Enfermagem/UFSM, Docente da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões. E-mail: alexa.coelho@ufsm.br. ORCID: 0000-0002-9117-5847.

¹⁷ Enfermeira, Doutora em Ciências/UNIFESP, Docente da Universidade Federal de Santa Maria/Campus Palmeira das Missões. E-mail: ethelbastos@hotmail.com. ORCID: 0000-0002-6880-7463.

¹⁸ Enfermeira, Mestre em Enfermagem/UFSM, Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital Universitário de Santa Maria. E-mail: jake_kegler93@hotmail.com. ORCID: 0000-0003-0001-9564

¹⁹ Enfermeira, Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente/UFRGS, Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital Santo Antônio, do Complexo Hospitalar Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. E-mail: kleinkassy17@gmail.com. ORCID: 0000-0002-6703-4526.

INTRODUÇÃO

Os profissionais de enfermagem compõem a maior parte da força de trabalho nos centros de saúde, em clínicas e em hospitais. Estes profissionais enfrentam diversas situações de estresses advindas do acúmulo de trabalho e do constante convívio com a dor, podendo comprometer seu estado de saúde, o que é o caso das unidades pediátricas⁽¹⁾.

As unidades de atendimento pediátricos e neonatais são caracterizadas por serem unidades complexas, tanto na árdua organização destes setores, como também no cuidado rotineiro à criança hospitalizada e a assistência aos familiares⁽²⁾. Estas unidades também são compreendidas pelos trabalhadores como ambientes agressivos, tensos e traumatizantes, que são capazes de lhes ocasionar altos níveis de estresse, fatores estes, que podem comprometer a saúde do trabalhador⁽³⁾.

O ambiente de trabalho pediátrico requer que o trabalhador esteja preparado para o enfrentamento de situações críticas, como o adoecimento e até mesmo a morte de crianças para as quais são prestados os cuidados. Porém, evidências científicas mostram que estes trabalhadores não se veem preparados para lidar com estas situações, principalmente com a morte e o luto dos familiares, que são demandas que surgem deste ambiente, causando sofrimento psíquico a estes trabalhadores⁽⁴⁾.

Os turnos pesados de trabalho, a utilização de recursos tecnológicos avançados e a tomada de decisão rápida e precisa devido o estado crítico da criança geram no trabalhador estresse prolongado. Os períodos de descanso e sono podem atenuar o impacto na qualidade de vida dos profissionais, porém, na maioria das vezes não é possível obter um período de sono de qualidade devido às atividades da vida cotidiana, que exigem empenho e tempo para serem executadas com sucesso. Há trabalhadores que estão vinculados a mais de uma atividade de trabalho, razões estas que acarretam negativamente na saúde do profissional de enfermagem⁽⁵⁾.

O trabalho da enfermagem em ambiente hospitalar pode ser fonte de prazer, mas também de sofrimento. Pode ser prazeroso, pois o profissional pode desenvolver seu potencial através de seu ofício. Contudo, as rotinas neste espaço podem tornar a atividade apenas um mero serviço prestado, o que gera insatisfação, angústia e sofrimento psíquico⁽⁶⁾.

Presenciar situações de sofrimento e morte é outro fator que está constantemente presente na rotina da equipe de enfermagem em setores pediátricos. Estes profissionais passam muito tempo em contato com a criança, o que cria laços afetivos com a criança doente e com sua família, o que é quebrado com a morte. Diante deste contexto, a equipe tem dificuldade com o processo de morte, gerando sentimentos de incapacidade e fracasso, sentimentos advindos do contato diário, provocando reações emocionais de perda⁽⁷⁾.

Por mais que os profissionais de saúde saibam que a morte faça parte do ciclo natural da vida, ainda assim, muitos apresentam sentimentos negativos quando se deparam com situações de morte em seu ambiente de trabalho⁽⁸⁾.

Frente ao exposto, este estudo se faz necessário, visando ampliar o conhecimento sobre as vivências e condições de trabalho dos trabalhadores de enfermagem de setores pediátricos e neonatais, pois, apenas conhecendo e entendendo suas vivências, será possível desenvolver práticas que minimizem o impacto do trabalho nestes setores, melhorando não só a qualidade de vida destes trabalhadores, como também a assistência prestada aos pacientes e a seus familiares.

Dito isto, este estudo parte da seguinte questão de pesquisa: Quais as evidências científicas sobre as vivências promotoras de saúde, adoecimento e estratégias de enfrentamento dos profissionais de enfermagem de setores pediátricos e neonatais? Frente a isso, o estudo tem como objetivo conhecer as evidências científicas sobre as vivências promotoras de saúde, adoecimento e estratégias de enfrentamento dos profissionais de enfermagem de setores pediátricos e neonatais.

MÉTODO

Considerando o objetivo deste estudo, que busca conhecer as evidências científicas sobre as vivências promotoras de saúde, adoecimento e estratégias de enfrentamento dos profissionais de enfermagem de setores pediátricos e neonatais, o mesmo se trata de uma revisão bibliográfica do tipo integrativa, baseada nos passos de Mendes, Silveira e Galvão.⁹ Essas autoras afirmam que a revisão integrativa é um método que visa apurar e resumir os estudos que foram publicados anteriormente sobre o assunto, levando à conclusão geral dos mesmos.

No planejamento de revisão integrativa adotada neste estudo constam seis etapas, que são: 1- estabelecimento da pergunta de pesquisa; 2- definição de amostragem e busca na literatura; 3- categorização dos estudos; 4- avaliação dos estudos incluídos na revisão, quanto à qualidade de suas evidências; 5- interpretação dos resultados; 6- apresentação dos resultados da revisão⁽⁹⁾. Levando em consideração este planejamento, o estudo obedeceu a cada uma das etapas.

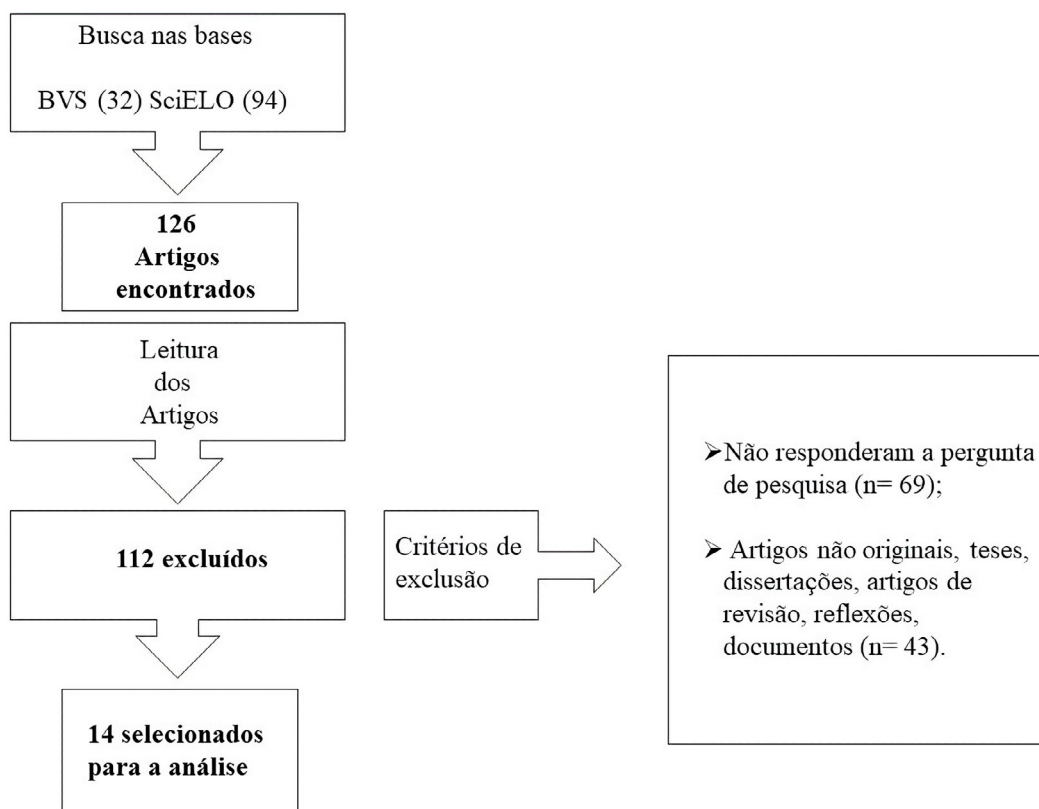
A primeira etapa correspondeu a identificação do tema e, logo em seguida, foi desenvolvida a pergunta de pesquisa: "Quais as evidências científicas sobre as vivências promotoras de saúde, adoecimento e estratégias de enfrentamento dos profissionais de enfermagem de setores pediátricos e neonatais?"

Na segunda etapa, definiu-se os portais de busca: a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e a *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Posteriormente à definição dos portais de

busca para uma seleção cautelosa das publicações que integram esta revisão, foram definidos os critérios de inclusão e exclusão das publicações. Critérios de inclusão: artigos de pesquisas brasileiras, manuscritos publicados online com texto completo, gratuitos, em suporte eletrônico, que contemplassem a temática do estudo. E os critérios de exclusão: artigos de pesquisas desenvolvidas com populações mistas, compostas por profissionais de enfermagem e outros profissionais de saúde.

A busca foi realizada em novembro de 2020. Para a busca na BVS foi utilizada a seguinte estratégia de busca: (mh:(enfermagem)) AND (ti:(neonatal OR neonatais OR pediátrica OR pediátricas OR pediátrico OR pediátricos)) AND (ab:(trabalho)). Para a Scielo, a estratégia de busca utilizada foi: (ti:(enfermagem OR enfermeiro OR enfermeiros)) AND (neonatal OR neonatais OR pediátrica OR pediátricas OR pediátrico OR pediátricos) AND (ab:(trabalho)). O processo de seleção dos artigos nas bases de dados está ilustrado na Figura 1:

Figura 1- Fluxograma da fase de amostragem nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Palmeira das Missões, RS, Brasil. 2021.



Na terceira etapa da pesquisa foi realizada a categorização dos estudos, a fim de organizar as informações encontradas nos estudos selecionados. Para isto, foi elaborado um quadro para extração dos seguintes dados: ano de publicação; revista; país de publicação; método; objetivo principal; principais evidências sobre as vivências de saúde e adoecimento; e principais evidências sobre as estratégias de enfrentamento.

Na quarta etapa consta a avaliação dos estudos incluídos nesta revisão. As publicações foram lidas de maneira rigorosa, a fim de se extrair as informações mais relevantes para formar a análise deste estudo. Na quinta etapa, fez-se a interpretação dos resultados desta revisão e, por fim, a última etapa corresponde aos resultados, discussão e considerações finais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados 126 artigos, sendo 112 excluídos conforme critérios de exclusão e 14 selecionados. Os artigos selecionados foram caracterizados de forma sintetizada (nome do artigo, ano de publicação, objetivo do estudo, tipo de estudo, revista, país de produção dos dados, conforme quadro 1.

Quadro 1 – Caracterização dos estudos selecionados. Palmeira das Missões /RS, Brasil, 2021.

Identificação/Título do artigo	Ano de publicação	Revista	Método	Objetivo principal
A - Estratégias defensivas utilizadas pela enfermagem frente à morte em terapia intensiva pediátrica.	2020	Enferm. foco	Descritivo-exploratório de abordagem qualitativa. Entrevistas foram audiogravadas, transcritas e analisadas por meio da técnica de análise de conteúdo temática, utilizando a Psicodinâmica do trabalho.	Conhecer as estratégias defensivas utilizadas por trabalhadores de enfermagem para minimizar o sofrimento advindo da morte de crianças hospitalizadas.
B - Trabalho de enfermagem em pronto socorro pediátrico: entre o prazer e o sofrimento.	2019	Cogitare Enferm	Pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva. Os dados foram produzidos por meio de técnica de grupo focal. Realizado na unidade de pronto socorro pediátrico de um hospital universitário localizado na região Sul do Brasil, que atende crianças e adolescentes de zero a quatorze anos.	Conhecer as vivências de prazer e sofrimento dos trabalhadores de enfermagem de Pronto Socorro Pediátrico.
C - Ambiente de Trabalho pediátrico: satisfação dos Profissionais de enfermagem.	2018	Rev enferm UFPE online	Quantitativo, do tipo descritivo, transversal.	Conhecer a satisfação do profissional de Enfermagem em relação ao ambiente de trabalho pediátrico.
D - Morte pediátrica no cotidiano de trabalho do enfermeiro: sentimentos e estratégias de enfrentamento.	2010	Rev. RENE	Estudo de caráter descritivo e exploratório, alicerçado no referencial da pesquisa qualitativa.	Desvelar o significado que a morte pediátrica adquire no cotidiano de trabalho do enfermeiro.
E - O olhar da equipe de enfermagem sobre o trabalho em uma unidade neonatal: uma intervenção com foco na atividade.	2020	Saúde Ocup	Pesquisa-intervenção utilizando princípios da Ergologia e da Psicodinâmica do Trabalho.	Analisar as relações entre trabalho e saúde em equipe de enfermagem de uma unidade neonatal.
F - Síndrome de Burnout em Enfermeiros que atuam em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.	2019	REV Motricidade	Estudo descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa.	Investigar a prevalência da Síndrome de Burnout em enfermeiros que atuam em Unidade de Terapia intensiva neonatal.

G - Trabalhadores de enfermagem em oncologia pediátrica: o uso de estratégias defensivas no trabalho.	2017	Esc Anna Nery	Estudo qualitativo, exploratório-descritivo.	Descrever as estratégias defensivas utilizadas por trabalhadores de enfermagem em oncologia pediátrica frente ao sofrimento no trabalho.
H - Sono, qualidade de vida e humor em profissionais de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva Infantil.	2016	Rev Esc Enferm USP	Estudo quantitativo, transversal e descritivo.	Avaliar o sono, a qualidade de vida e o humor dos profissionais de enfermagem em unidades de terapia intensiva pediátrica.
I - Estresse dos profissionais enfermeiros que atuam na unidade de terapia intensiva.	2013	Acta Paul Enferm	Estudo transversal.	Avaliar o estresse no ambiente de trabalho dos profissionais enfermeiros dentro das Unidades de Terapia Intensiva e identificar os agentes estressores associados ao desencadeamento do estresse, segundo a Escala Bianchi de Estresse.
J - Do prescrito ao real: a gestão individual e coletiva dos trabalhadores de enfermagem frente ao risco de acidente de trabalho.	2012	Gest. Prod., São Carlos.	Análise Ergonômica do Trabalho, método de ação da Ergonomia, definida como a descrição das atividades de trabalho.	Levantar os constrangimentos enfrentados pelos auxiliares e técnicos de enfermagem de uma instituição pediátrica.
K - Dimensão relacional da atividade de cuidado e condições de trabalho de auxiliares de enfermagem em uma unidade neonatal.	2010	Physis Revista	A pesquisa se pautou em abordagens clínicas do trabalho, incluindo métodos diretos, indiretos e análise de documentos relativos às normas antecedentes desse trabalho.	Analisar as condições de trabalho de auxiliares de enfermagem que atuam em Unidade Neonatal.
L - Competências, sofrimento e construção de sentido na atividade de auxiliares de enfermagem em UTIN.	2011	Trab. Educ. Saúde	Levantamento e análise de documentos e visitas à Utin, operando-se com o dispositivo Encontros sobre o Trabalho, da Comunidade Ampliada de Pesquisa.	Tratar das competências requeridas/desenvolvidas nas atividades de auxiliares de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal em articulação com a saúde dessas trabalhadoras: sofrimento e prazer no trabalho.
M - Luto da equipe: Revelações dos Profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo morte e morrer.	2005	Rev. Latino Am Enfermagem	Pesquisa descritiva-exploratória com abordagem qualitativa.	Investigar como os profissionais de enfermagem vivenciam o luto frente à morte de crianças/adolescentes hospitalizados.
N - Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital.	2003	Rev Esc Enferm USP	Os resultados obtidos foram analisados através do Teste Exato de Fisher para verificar a existência de associação entre grupos com relação às variáveis categóricas.	Investigar a presença e o nível de estresse emocional, os sintomas físicos e psicológicos, a intensidade do estresse e enfermeiros que fazem dupla jornada de trabalho comparados aos que não fazem, num hospital de oncologia pediátrica de Campinas.

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

A partir do quadro exposto, destaca-se 14 artigos selecionados para o estudo, sendo 8 deles publicados em revistas da enfermagem entre o período de 2003 a 2020. No que tange a metodologia utilizada pelos autores, os estudos são de abordagem qualitativa, transversal e descritiva. Em relação ao país de pesquisa sobressaiu-se o Brasil, sendo todos os estudos realizados neste país.

Em relação às principais evidências do estudo para responder ao objetivo do estudo, elas foram divididas em dois eixos: Vivências promotoras de saúde e adoecimento dos profissionais de enfermagem de setores pediátricos e neonatais (Artigos A, B, C, D, E,

F, G, H, I, J, K, L, M, N); e Estratégias de enfrentamento dos profissionais de enfermagem de setores pediátricos e neonatais (Artigos A, B, C, D, E, G, I, J, K, L, N).

Vivências promotoras de saúde e adoecimento dos profissionais de enfermagem de setores pediátricos e neonatais

A morte das crianças hospitalizadas aparece como sendo a principal causa de adoecimento dos trabalhadores. Causando variados sentimentos, tais como: dor, angústia, medo, sofrimento, culpa e impotência, gerando danos à saúde psíquica dos trabalhadores (A). Os dados analisados sinalizam para riscos à saúde psíquica dos trabalhadores de enfermagem de Pronto Socorro Pediátrico (B).

Existe a carga de trabalho excessiva, a dificuldade no descanso pós-plantão, a falta de colaboração da equipe, a escassez de recursos materiais e a falta de reconhecimento no trabalho, o que gera insatisfação (C). Os profissionais participantes do estudo enfrentam dificuldade em lidar com a morte pediátrica, se sentem frustrados e impotentes diante deste acontecimento (D).

Algumas causas comprometem a relação trabalho-saúde, tais como: sobrecarga de trabalho, falta de pessoal, conflitos de relacionamento entre a equipe e ritmo intenso de trabalho, prejudicando o cuidado de si (E). Alguns profissionais podem sofrer da Síndrome de *Burnout* (F). Sentimentos de impotência e de frustração aparecem como geradores de um alto nível de sofrimento, capazes de culminar no adoecimento psíquico (G).

Resultados de estudo sugeriram que os profissionais podem apresentar problemas no sono, entretanto não apresentam escores mais baixos de qualidade de vida ou transtornos do humor. Possíveis explicações para estes achados são que pode haver uma adaptação ao regime de trabalho ao longo do tempo e que trabalhar com crianças pode ser recompensador (H).

A maioria dos enfermeiros considera as atividades desempenhadas na unidade de terapia intensiva como desgastantes e geradoras de estresse. Dentre elas, destaca-se: cargas de trabalho, frequentes emergências, falta de pessoal e de material, ruído constante dos aparelhos, o sofrimento e a angústia dos familiares (I). Além disso, a dupla jornada de trabalho, a diversidade de vínculos empregatícios, os riscos aos quais estes profissionais estão expostos e o não conhecimento do objeto de trabalho são considerados como constrangimento no trabalho, que ocasionam a elevação das cargas de trabalho física, psíquica e cognitiva (J). Sobrecarga de trabalho, movimentos repetitivos, poucas horas de descanso ou, às vezes nenhuma, o constante barulho dos aparelhos, sobrecarga física e fortemente afetiva são alguns dos fatores apontados como prejudiciais à saúde dos profissionais (K).

O comprometimento da saúde das trabalhadoras é acionado pela constante vivência do sofrimento dos neonatos, como também das mães e familiares (L). Os profissionais

apresentam sentimentos de pesar, frustração, derrota e tristeza quando presenciam o paciente em iminência de morte, ocasionando ansiedade e depressão. Os profissionais de enfermagem compreendem que o seu sentimento de pesar está relacionado com o vínculo afetivo (M).

Ao serem analisados os sintomas físicos e psicológicos, houve uma predominância dos sintomas psicológicos. Os resultados permitiram constatar que os enfermeiros, classificados quanto as fases de estresse, encontravam-se na fase de resistência. Com referência aos níveis de estresse, eles encontravam-se no nível médio de estresse. Houve predominância dos sintomas psicológicos e os enfermeiros com dupla jornada estavam mais estressados em relação aos que exerciam jornada única (N).

Estratégias de enfrentamento dos profissionais de enfermagem de setores pediátricos e neonatais

Os trabalhadores realizam a separação entre as vivências no trabalho e a vida pessoal. Buscam na sua família o apoio para os momentos de sofrimento. Dentre as estratégias coletivas, o apoio dos colegas se torna fundamental. As crenças religiosas foram citadas como forma de amenizar o sofrimento diante da situação de morte (A).

O estudo sugere que sejam desenvolvidas ações de escuta do sofrimento e de promoção da saúde mental no trabalho para que o adoecimento seja minimizado e, também, promover o reconhecimento do sujeito que sofre, a quebra dos silêncios no trabalho e a construção de ambiente laboral acolhedor (B).

É importante que sejam criadas intervenções visando a valorização do trabalho e da saúde dos trabalhadores (E). Se faz necessário que os gestores atuem em medidas que evitem a desmotivação, investindo no fortalecimento da autonomia do setor e nas relações interpessoais da equipe multidisciplinar (C). Alguns dos enfermeiros buscam perceber a morte infantil como um evento que pode isentar tanto a criança como a família de um sofrimento maior. Outros buscam na espiritualidade forças para enfrentar o processo de morte pediátrica (D).

Foram identificadas estratégias coletivas elaboradas pelo grupo. Os movimentos de fala e escuta, a agregação do coletivo de trabalho, a ressignificação do sofrimento e a busca de um novo sentido para a vida podem ser entendidos como movimentos coletivos eficazes, por meio dos quais os trabalhadores de enfermagem dão um sentido para o que não pode ser mudado (G).

É necessário buscar a sensibilização dos gestores e dos profissionais da saúde que atuam em UTI para criarem estratégias para minimizar os fatores estressantes e melhorar a assistência de enfermagem, proporcionando assim um ambiente de trabalho humanizado

e acolhedor para os profissionais (I). Para que haja a minimização de acidentes de trabalho e do risco de adoecimento dos trabalhadores em questão, seria necessária a elaboração da horizontalidade no trabalho, ou seja, parcerias de trabalho, por meio da vivência com o trabalho, das experiências e valores (J).

É necessário limitar o número de atendimentos para que se melhorem as condições de trabalho. Porém, as próprias trabalhadoras entendem que têm o compromisso de cuidar de todos, apesar de tudo, como uma espécie de regra de ouro de seu ofício (K).

É importante investir na qualificação formal por parte dessas trabalhadoras, o que proporciona, dentre outros importantes benefícios, um maior reconhecimento social, com efeitos positivos sobre sua própria saúde (L). É necessário que o trabalhador compreenda a morte como uma etapa que precisa ser vivida, e que o luto é uma resposta necessária à perda e à morte. Com o auxílio da educação permanente sobre a temática, é necessário que os profissionais realizem reflexões sobre o luto e que busquem medidas que previnam a Síndrome de Burnout (C).

É fundamental descobrir as causas dos problemas que afetam a saúde dos trabalhadores, desta forma será possível desenvolver estratégias de enfrentamento para lidar não só com o episódio presente, mas também com futuras ameaças de estresse excessivo (N).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando-se os objetivos desta revisão integrativa, percebe-se que os trabalhadores de enfermagem inseridos em setores pediátricos e neonatais estão constantemente expostos a situações críticas, que podem ocasionar a este trabalhador variados sentimentos. As vivências de morte e do adoecimento de crianças, como também o sofrimento dos familiares, ocasionam sofrimento nos trabalhadores, podendo comprometer a saúde deles.

A busca por estratégias que minimizem o impacto do trabalho é a melhor solução, pois se os trabalhadores estiverem se sentindo acolhidos em seu ambiente de trabalho, isso melhora não só a qualidade de vida deles, como também a assistência prestada aos pacientes e a seus familiares. As trocas de experiências entre a equipe, o apoio familiar e as crenças religiosas são algumas das estratégias que podem atenuar o impacto do trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Bordignon, M; Monteir, MI. Problemas de saúde entre os profissionais de enfermagem e fatores relacionados. *Enfermería Global*. 2018, 51:447-458. Disponível em <https://doi.org/10.6018/eglobal.17.3.302351>
2. Yamamoto, DM et al. O processo de trabalho dos enfermeiros em Unidades de Alojamento Conjunto pediátrico de instituições hospitalares públicas de ensino do Paraná. *Texto contexto – enferm*. Florianópolis, 2009, 18(2):224-232. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072009000200004>
3. Monte, PF et al. Estresse dos profissionais enfermeiros que atuam na unidade de terapia intensiva. *Acta paul. enferm*, São Paulo, 2013, 26(5): 421-427. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000500004>
4. Lamb, FA. et al. Trabalho de enfermagem em pronto socorro pediátrico: Entre o prazer e o sofrimento. *Cogitare Enfermagem*, 2019, 24: 1-11. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/59396/pdf>
5. Souza, VS et al. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem atuantes em setores críticos. *Rev Cuid*. 2018, 9(2):2177-2186. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i2.506>
6. Paula, GS et al. O sofrimento psíquico do profissional de enfermagem da unidade hospitalar. *CHÍA, COLOMBIA*, 2010, 10(3):267-279. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v10n3/v10n3a08.pdf>
7. Araújo, SAN; Belém FK. O processo de morte na unidade de terapia intensiva neonatal. *ConScientiae*, 2010, 9(2): 290-299. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/929/92915260017.pdf>
8. Lima, GR; Silva, JSLG. Vivência dos profissionais de enfermagem perante a morte neonatal. *Rev Pró-UniverSUS*. 2019, jan/jul; 10(1):38-41. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/1607-Outros-6591-2-10-20190630.pdf>
9. Mendes, KDS; Silveira, RCCP; Galvao, CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto – enferm*, 2008, 17(4): 758-764. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>

FORMAS DE MANEJO DE AGROTÓXICOS POR AGRICULTORES FAMILIARES E SUA RELAÇÃO ÀS INTOXICAÇÕES AGUDAS²⁰

Cassiano da Costa Fioreze²¹
Nilva Lúcia Rech Stedile²²

RESUMO

Objetivo: analisar o aparecimento de sinais e sintomas de intoxicação aguda por agrotóxicos e sua relação com formas de manejo do agrotóxico e com o uso de EPIs em trabalhadores rurais no município de São Marcos/RS. **Método:** trata-se de uma pesquisa de campo realizada por meio de entrevista direta com 139 agricultores familiares, aprovada pelo CEP sob número 17010519.1.0000.5341. **Resultados:** o sexo feminino é o prevalente (54,67%), do grupo de 54 a 59 (17,9% do total), com ensino fundamental incompleto (68,34%), sendo que 23,02% trabalha de 50 a 60 horas semanais. Quanto aos sinais e sintomas agudos de intoxicação predominam a cefaleia (32,37%), irritação nos olhos (28,05%) e fraqueza (23,02). Em relação a quantidade de sinais e sintomas, 31% apresentaram três ou mais sinais e sintomas, o que caracteriza uma intoxicação aguda. Nesta situação, apenas 8% buscam o serviço de saúde. Os EPIs mais utilizados foram bota (92,8%), luvas (74,1%), calça (72,66%) e 88,48% dos agricultores afirmam realizar a lavagem individual dos equipamentos após o uso. A correlação entre o uso de EPIs e o aparecimento de sinais e sintomas é fraca negativa, ou seja, quanto mais EPIs utilizados, menor é o aparecimento de sinais e sintoma; entre a idade e o uso de EPIs é negativa, portanto, quanto menor a idade, maior é a adesão ao uso; e entre o uso de EPIs e o nível de escolaridade é positiva, ou seja, quanto maior o nível de escolaridade, maior é a adesão ao uso de EPIs. **Conclusão:** o risco de intoxicação aguda por agrotóxico aumenta com a redução do número de EPIs utilizados, com a idade aumentada e com a baixa escolaridade e, os serviços de saúde não são acessados, o que aponta a necessidade de capacitação profissional para o diagnóstico e para o desenvolvimento de ações educativas para os agricultores.

Palavras-chave: Agrotóxicos. Saúde do trabalhador. Educação em saúde ambiental.

20 Artigo resultante de trabalho de conclusão de curso de graduação em enfermagem da Universidade de Caxias do Sul.

21 Graduado em Enfermagem pela Universidade de Caxias do Sul. E-mail: ccfioreze@ucs.br. ORCID: 0000-0002-1929-7209.

22 Professora Titular do Curso de Enfermagem da Universidade de Caxias do Sul e do Mestrado em Engenharias e Ciências Ambientais. Especialista em Saúde Pública. Mestre em Educação (UFSCar). Doutora em Enfermagem (UNIFESP) e Pós-Doutora ICICT-Fiocruz/RJ. E-mail: nlrstedi@ucs.br. ORCID: 0000-0001-6658-5353.

INTRODUÇÃO

A utilização de agrotóxicos por trabalhadores rurais no Brasil vem crescendo desde a última década. O Brasil lidera o ranking mundial de maior consumidor de agrotóxicos desde 2008, aumentando os riscos de contaminação e de intoxicações por esses produtos químicos⁽¹⁾, principalmente aos que os manejam diretamente. Por isso, a temática “agrotóxicos, saúde e meio ambiente” vem sendo um importante objeto de estudo entre os pesquisadores nas últimas décadas.

As intoxicações podem ser classificadas em agudas, subagudas e crônicas. Nas intoxicações agudas os sintomas aparecem em até 24 horas após a exposição aos agrotóxicos. Nas intoxicações subagudas, os sintomas aparecem após uma exposição moderada aos agrotóxicos, e seus efeitos aparecem em dias ou semanas. A intoxicação crônica é caracterizada após repetidas exposições, durante um longo período, com surgimento de doenças crônicas.

A implementação de novas tecnologias, por volta da década de 1950, caracterizou a chamada “Revolução Verde”, que provocou profundas mudanças na prática agrícola. A necessidade de produzir alimentos de forma crescente para suprir necessidades da população levou ao emprego de agrotóxicos e de fertilizantes, deixando os produtores agrícolas expostos a diversos riscos⁽²⁾. Além desses, os consumidores também podem ser vítimas de intoxicações.

As intoxicações por agrotóxicos são um problema de Saúde Pública, sendo obrigatória a notificação do caso. A Organização Mundial de Saúde (2018) estima que, no mundo, ocorrem cerca de três milhões de intoxicações agudas por agrotóxicos anualmente e, destas, 220 mil evoluem para óbito. Ressalta-se que para cada caso de intoxicação por agrotóxico, há 50 casos não notificados, o que remete, entre outros aspectos, ao não preparo dos profissionais para uma anamnese específica e para o diagnóstico desses agravos⁽¹⁾, com consequente subnotificação dos casos.

O consumo de agrotóxicos no Brasil passou de 170 mil toneladas no ano de 2000 para 500 mil toneladas em 2014, representando um aumento de 135% em um período de 15 anos. A região Sul consome, em média, cerca de 224,910 toneladas de agrotóxicos por ano e, em especial, o Rio Grande do Sul usa em média 9,5 kg de agrotóxicos por hectare⁽³⁾. Esses dados apontam para a necessidade de profissionais e serviços de saúde estarem capacitados para identificar e realizar o cuidado dos agricultores, frequentemente colocados em situação de risco pelo contato direto e persistente com agrotóxicos. A gravidade de uma intoxicação dependerá da via de contaminação, do tempo de exposição, da toxicidade, da concentração da substância, das condições ambientais e da facilidade de acesso ao serviço de saúde.

Dos casos de notificação de intoxicações por agrotóxicos, cerca de 70% acontecem nos países em desenvolvimento, onde o Brasil está incluído. Ainda, há 80 mil casos de câncer decorrentes de intoxicação por agrotóxicos, seja ela de forma direta ou indireta⁽¹⁾. Um estudo realizado por Bombardi⁽³⁾, que mapeou as intoxicações por agrotóxicos durante 11 anos, no período de 1999 a 2009, resultou na identificação de 5.600 intoxicações por ano, totalizando 62.000 intoxicações nesse estudo. Esses números servem de alerta, uma vez que a divisão para cálculo de intoxicação/dia totaliza 15 intoxicações ou 1 a cada 90 min.

Recentemente, a Anvisa publicou a RE nº 2080⁽⁴⁾, com a reclassificação toxicológica dos agrotóxicos, que passou a adotar parâmetros toxicológicos com base nos padrões do Sistema Globalmente Harmonizado de Classificação e Rotulagem de Produtos Químicos (*Globally Harmonized System of Classification and Labelling of Chemicals* – GHS). Isto ampliou de quatro categorias toxicológicas para cinco, incluindo ainda o item não classificado. Essa reclassificação é considerada pelos pesquisadores mais um fator determinante de intoxicações, considerando que houve um abrandamento da classe toxicológica para um número considerável de agrotóxicos, além da mudança no padrão de cores aos quais os agricultores estavam habituados, sem a correspondente educação em saúde.

Quando o agricultor apresenta sinais de intoxicação, a anamnese é a base do diagnóstico. O Manual Técnico de Atendimento Inicial do Paciente Intoxicado⁽⁵⁾ orienta algumas perguntas, que podem ser abordadas durante a coleta de dados e os passos a serem observados pelo profissional para que o agricultor possa ter sua intoxicação tratada e devidamente notificada. Vale ressaltar ainda que estes profissionais devem estar aptos para agir em situações de urgência e de emergência de uma intoxicação, sabendo qual conduta terapêutica a ser seguida. Como em qualquer outra situação de emergência, é importante fazer uma avaliação rápida das condições clínicas deste paciente/agricultor, identificando e corrigindo situações de risco iminente à vida: obstrução de vias aéreas, parada respiratória e/ou cardiorrespiratória, hemorragias e déficit neurológico⁽⁵⁾.

Os casos de intoxicações devem ser identificados na rede de serviços de saúde, em especial nas unidades básicas de saúde, frequentemente procuradas pela população rural. Em casos mais graves, as unidades de pronto atendimento e de urgências e emergências podem ser acessadas. Independentemente do local onde o agricultor se dirija, os profissionais devem estar aptos a identificar a intoxicação aguda e a oferecer o plano terapêutico adequado a cada situação.

É importante destacar que, para manejar os agrotóxicos, é obrigatório o uso de EPI. Esses, no caso da agricultura familiar, devem ser adquiridos pelo próprio agricultor, o que é mais um fator limitante ao uso e que aumenta o risco de exposição desses trabalhadores.

As políticas públicas do campo da saúde, implementadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), têm por princípio considerar os indivíduos de forma holística, reconhecendo-os como um todo, levando em consideração os determinantes e condicionantes sociais, políticos, culturais, ambientais e econômicos. Nesse sentido, o agricultor, ao acessar o serviço, precisa primeiramente ser acolhido e identificado como tal, de forma a facilitar o estabelecimento da relação entre a atividade laboral e os sinais e os sintomas apresentados.

No entanto, observa-se que, no Brasil, os casos de intoxicação por agrotóxicos são subnotificados, o que pode ser resultado da não procura pelo agricultor, ou a não realização do diagnóstico e da consequente notificação dos casos pelos serviços. Nesse sentido, os profissionais de saúde devem tomar conhecimento da situação, para que a atenção em saúde possa ser oferecida adequadamente a essa classe trabalhadora.

Considerando o papel da atenção básica e a cobertura no meio rural realizada pelos profissionais da estratégia de saúde da família, ressalta-se a importância da educação popular em saúde aos agricultores no sentido de buscarem os serviços quando do aparecimento de três ou mais dos sinais e sintomas de intoxicação. Para esse papel, o enfermeiro pode ser protagonista, considerando sua importância na assistência primária e na educação em saúde.

Nesse contexto, o objetivo desse estudo é analisar o aparecimento de sinais e sintomas de intoxicação aguda por agrotóxicos e sua relação com formas de manejo dos agrotóxicos e com o uso de EPIs, em trabalhadores rurais no município de São Marcos/RS. A pergunta norteadora do estudo é: qual a relação entre formas de manejo de agrotóxicos, a idade, a escolaridade, a frequência de sinais e sintomas e o uso de equipamentos de proteção individual por agricultores familiares que cultivam alho e uva no município de São Marcos? O estudo se justifica se considerarmos o uso crescente de agrotóxicos, os casos crescentes de intoxicações agudas e crônicas, não apenas de agricultores, mas da população em geral, que consome os alimentos, bem como a contaminação ambiental decorrente do uso cumulativo e exagerado desses produtos.

MÉTODO

O estudo foi realizado no município de São Marcos, localizado na Serra Gaúcha brasileira, na encosta superior da região Nordeste do estado do Rio Grande do Sul (Figura 1). São Marcos, de clima subtropical, se situa a 166,1 km da capital Porto Alegre e a 37 km da cidade de Caxias do Sul, e possui como municípios circunvizinhos Flores da Cunha, Antônio Prado, Caxias do Sul, Criúva, Campestre da Serra e Vacaria. Encontra-se a uma altitude de 746 metros, em uma área total de 256,25 km², sendo desses 16,44 km² de área urbana. A população estimada é de 21.449 habitantes⁽⁶⁾.

Segundo dados fornecidos pela Emater do Município, em estudo e parceira na execução do projeto, esse município se destaca nacionalmente pela produção de uva e alho. Em relação à utilização de agrotóxicos, 75 tipos são os principais utilizados no Município, dos 220 registrados para o cultivo da videira, dentre eles os fungicidas, os inseticidas e acaricidas e os herbicidas.

Quanto ao delineamento, a pesquisa é definida como de campo, uma vez que busca a descrição e a exploração de fenômenos em cenários naturais. O propósito de um pesquisador de campo é aproximar-se das pessoas estudadas (no caso, agricultores), de forma a compreender um problema ou situação (o uso de agrotóxicos), a partir do seu cenário natural⁽⁷⁾.

Havia, quando do início do estudo, 785 famílias de agricultores, a maioria composta pelo casal residente na propriedade. Dessas famílias, 544 eram ligadas à Emater São Marcos; 470 delas cultivam uva e 129 cultivam alho. Destaca-se que cerca de 80% dos agricultores que cultivam alho também produzem uva. Considerando que na agricultura familiar trabalha o casal, para a entrevista foram selecionados 250 agricultores e 250 agricultoras.

Os agricultores foram selecionados de acordo com os seguintes critérios de inclusão: a) trabalhar no mínimo 15 horas semanais em atividades do ramo agrícola; b) possuir idade superior a 18 anos e inferior a 60 anos; c) residir na zona rural; d) estar atuando como agricultor em atividade regular há no mínimo um ano; e) estar consciente e lúcido para responder as questões; f) aceitar participar do estudo e assinar o TCLE. Foram critérios de exclusão: a) trabalhar menos 15 horas semanais em atividades do ramo agrícola; b) possuir idade inferior a 18 anos e superior a 60 anos; c) não residir na zona rural; d) atuar como agricultor na atividade regular há menos de um ano; e) não estar consciente e lúcido para responder as questões; f) não aceitar participar do estudo.

Os dados apresentados até o momento, considerando o cálculo amostral, são dados parciais obtidos por entrevistas a 139 agricultores e agricultoras. As entrevistas foram realizadas observando-se um roteiro de entrevista a ser aplicado aos agricultores, com vistas a aprofundar conhecimentos específicos sobre eles. Nesse roteiro são investigados, detalhadamente, os tipos de agrotóxicos utilizados, a sua forma de aplicação, as formas de manejo dos mesmos, a forma de manejo dos resíduos resultantes do uso de agrotóxicos, dentre outras variáveis, sendo o mesmo aprovado pelo CEP sob número 17010519.1.0000.5341. Após os devidos esclarecimentos, os agricultores assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A entrevista foi realizada de forma individual pelos entrevistadores capacitados, no local de trabalho de cada agricultor. Após a entrevista foi feita a observação direta dos locais de trabalho, seguindo um roteiro de observação. A observação direta da propriedade se deu como forma de verificar riscos potenciais no manejo dos agrotóxicos e irregularidades em

qualquer etapa do manejo (forma de acondicionamento, local de acondicionamento, equipamentos usados e forma de preparo da calda, equipamentos de aplicação, entre outros) que estejam em desacordo com a legislação vigente.

O roteiro das entrevistas é composto de dados quali-quantitativos que englobaram: a caracterização dos participantes, incluindo condições de saúde; os sinais e sintomas de uma intoxicação aguda e crônica; condições socioeconômicas; uso e manejo dos agrotóxicos; armazenamento e; destino de resíduos dos agroquímicos.

Os dados coletados foram tabulados em planilha de Excel e tratados por estatística descritiva. Os resultados parciais estão apresentados em forma de figuras, tabelas e gráficos. Eles foram submetidos ao Programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS). Os dados referentes à idade, escolaridade, uso de EPIs e a frequência de sinais e sintomas foram submetidos ao Coeficiente de Correlação de Pearson⁽⁸⁾.

O Coeficiente de Correlação de Pearson mede o grau da correlação linear entre duas variáveis quantitativas, o qual varia de -1 a 1, refletindo a intensidade de uma relação linear entre dois conjuntos de dados⁽⁸⁾.

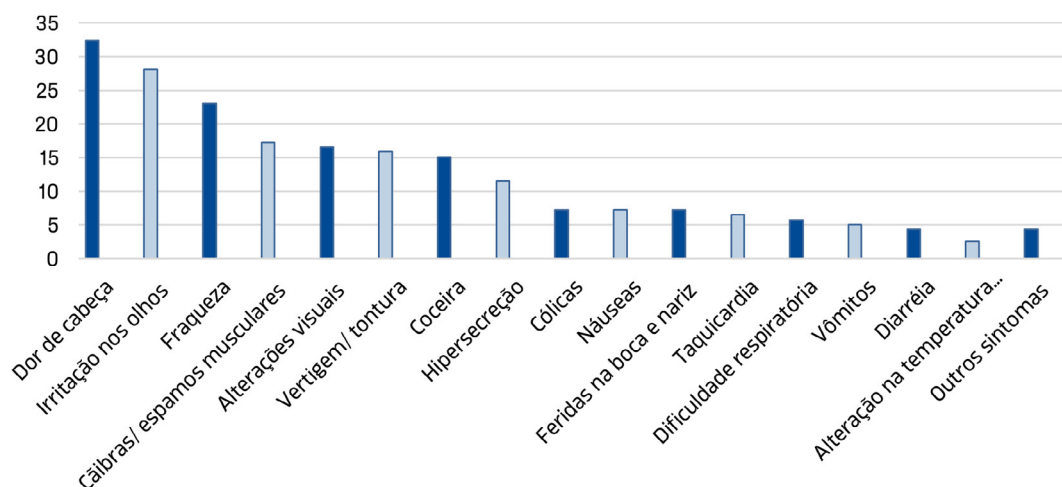
Este coeficiente é representado pela letra “r”; $r=1$ significa uma correlação positiva entre duas variáveis; $r= -1$ significa uma correlação negativa entre duas variáveis, ou seja, se uma aumenta, a outra sempre diminui⁽⁸⁾.

RESULTADOS

Os dados de caracterização dos agricultores mostram que o sexo feminino neste estudo é o mais prevalente, sendo que 54,67% correspondem ao sexo feminino e 45,33% correspondem ao sexo masculino. Quanto a faixa etária, a frequência absoluta mostra que a concentração maior está no grupo de 54 a 59 anos, com 25 dos entrevistados, representando 17,9% do total. Em seguida, o grupo 59 a 64 anos, com 24 dos entrevistados, representando 17,3%, o que aponta para o envelhecimento da população rural. Em relação a escolaridade, 68,34% possuem ensino fundamental incompleto, 7,91% ensino fundamental completo, 7,19% ensino médio incompleto, 15,10% ensino médio completo e somente 1,43% possuem ensino superior. A maior parte desses agricultores trabalha mais de 40 horas semanais (70%), o que aumenta o risco de intoxicações pela exposição contínua e por várias horas. Dentre os agricultores entrevistados, 63,30% cultivam somente a uva e 34,53% cultivam alho e uva.

Na Figura 1 estão distribuídos os sinais e sintomas agudos relatados pelos agricultores após manusearem os agroquímicos.

Figura 1: Distribuição dos sinais e sintomas agudos, segundo os agricultores



Fonte: elaborado pelos autores (2021) com base nos dados das entrevistas.

Entre os sinais e sintomas relatados, destaca-se a dor de cabeça, a irritação nos olhos, a fraqueza, os espasmos musculares, as alterações visuais, a vertigem, as cólicas, náuseas e hipersecreção, por serem consequências do uso de organofosforados e carbamatos, os quais atuam sobre a acetilcolinesterase.

Na Tabela a seguir está a distribuição do número de sinais e sintomas apresentados pelos agricultores entrevistados.

Tabela 1: Distribuição do número de sinais e sintomas apresentados pelos agricultores entrevistados.

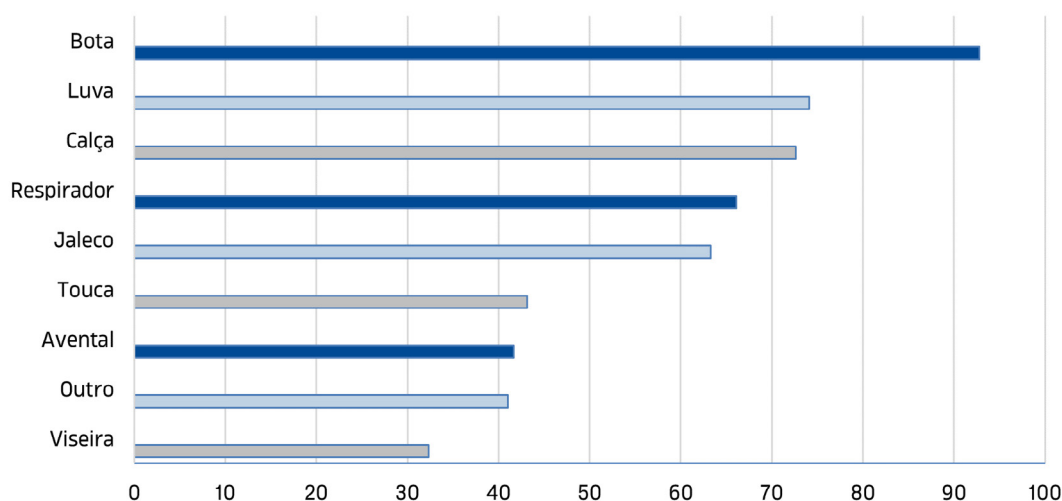
Quantidade de sinais e sintomas	Frequência absoluta (f)	Frequência relativa (fr)
1 sintoma	20	14,4
2 sintomas	27	19,5
3 sintomas	10	7,2
4 sintomas	9	6,5
5 sintomas	11	7,9
6 sintomas	5	3,6
7 sintomas	4	2,9
8 sintomas	2	1,4
9 sintomas	1	0,7
10/+ sintomas	1	0,7
Nenhum sintoma	49	35,2
Total	139	100

Fonte: elaborado pelos autores (2021).

Destaca-se que a maior parte dos agricultores apresentam três ou mais sintomas, o que, segundo a OMS caracterizam casos prováveis de intoxicação por agrotóxicos, após exposição ao produto.

A Figura 2 apresenta a distribuição do uso de equipamentos de proteção individual, segundo os entrevistados.

Figura 2: Distribuição do número de equipamentos de proteção individual utilizados pelos agricultores no manejo de agrotóxicos.



Fonte: elaborado pelos autores (2021).

Percebe-se que 92,8% usam bota, 74,1% luvas e 72,66% calça. Os equipamentos utilizados em mais de 50% dos entrevistados são a bota, a luva, a calça, o respirador e o jaleco. Porém, deve-se levar em consideração que os agricultores usam chapéus, bonés e máscaras descartáveis, atribuindo o uso destes ao invés de touca árabe e respirador. Deve-se atentar que somente 32,3% dos agricultores usam viseira facial, sendo um sinal de risco para intoxicação aguda por absorção ocular, o que corrobora com os 28,05% dos agricultores que apresentaram irritação ocular.

Os trabalhadores que usam a totalidade de EPIs indicados (8) correspondem a 17,27%; os que utilizam sete (7) EPIs correspondem a 15,83%; que utilizam seis (6) EPIs correspondem a 7,20%; que utilizam cinco (5) EPIs correspondem a 16,54%.

A Tabela 2 apresenta a correlação de Pearson entre o uso de EPIs e a frequência de sinais e sintomas, e a escolaridade.

Tabela 2: Correlação de Pearson entre EPI, escolaridade e sintomas

Correlação	r
Entre o uso de EPIs e a frequência de sinais e sintomas agudos	-0,166
Entre a idade e o uso de EPIs	-0,285
Entre a idade e a frequência de sinais e sintomas agudos	-0,05
Entre o nível de escolaridade e a frequência do uso de EPIs	0,172
Entre o nível de escolaridade e a frequência de sinais e sintomas agudos	0,05

Fonte: elaborado pelos autores (2021).

DISCUSSÃO

A cefaleia (32,37%), a irritação nos olhos (28,05%) e a fraqueza (23,02%) estão presentes em cerca de 30% dos agricultores entrevistados. Cãibras/espasmos musculares, alterações visuais, vertigem/tontura, coceira e hipersecreção correspondem de 10% a 20% do total dos entrevistados.

Entre os agrotóxicos mais utilizados pelos agricultores estudados estão os organofosforados e carbamatos. Esses agrotóxicos agem pela ligação do princípio ativo aos receptores de acetilcolinesterase (AChE), tornando essa enzima não funcional e impedindo a degradação da acetilcolina, o que resulta em um acúmulo nas sinapses neuronais e na junção neuromuscular. A acetilcolina tem papel fundamental na contração muscular no músculo esquelético e liso, na estimulação no sistema nervoso autônomo (essencialmente o parassimpático), e na estimulação pós-ganglionar no sistema parassimpático. Sendo assim, a rotineira exposição aos agrotóxicos faz com que o neurônio continue liberando acetilcolina, ocasionando reações na fisiologia sistêmica do organismo. Estas reações resultam na ativação de receptores nicotínicos e muscarínicos⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Ou seja, os agrotóxicos das classes de organofosforados e os carbamatos são inibidores primários da acetilcolinesterase, sendo absorvidos pela pele, por ingestão ou por inalação, gerando uma série de respostas sintomatológicas agudas, muitas das quais presentes na Figura 1. No Brasil, os organofosforados são os que mais causam intoxicações⁽⁹⁾. Dentre as manifestações nicotínicas destacam-se a cefaleia, espasmos musculares, tremores, fraqueza, dificuldade respiratória, vertigem/tontura e taquicardia. Já nas manifestações muscarínicas, os mais frequentes são sudorese, hipersalivação, lacrimejamento, coriza, espasmos e cãibras abdominais, náuseas, vômitos, hipotensão e arritmias cardíacas. Conforme mostra a Figura 1, esses sintomas estão presentes no cotidiano dos agricultores, sugerindo que podem estar relacionados ao manejo dos agrotóxicos por eles.

Vale ressaltar que o diagnóstico de intoxicação por agrotóxicos é difícil de ser realizado, pois o quadro clínico não possui características específicas, além de não fazer parte da rotina de atendimento das equipes de saúde⁽¹⁾. Destaca-se aqui a importância

da anamnese, por meio da qual podem ser coletadas informações sobre a atividade laboral, a história ocupacional detalhada, permitindo assim a equipe de saúde compreender, dentre outras coisas, a quais riscos o trabalhador pode estar exposto na sua atividade laboral. Desta forma, as equipes de saúde podem estabelecer um nexo causal entre a doença e o ambiente de trabalho, interferindo na conduta terapêutica e no processo de adoecimento. A Saúde Ambiental, uma área emergente e cada vez mais importante no estudo dos determinantes de saúde, chama a atenção para a necessidade de os profissionais considerarem o meio ambiente como fator decisivo na manutenção de níveis adequados de saúde.

Outro fator importante para a realização do diagnóstico de intoxicações por substâncias químicas é estabelecer a quantidade de sinais e sintomas apresentados pelo paciente/agricultor. A OMS considera um possível caso de intoxicação quando são apresentados dois ou mais sintomas, e caso provável com três ou mais sintomas. Além disso, deve estar relacionado a outras duas categorias, sendo uma a descrição de uma exposição ao agrotóxico relatada pelo agricultor ou testemunha, somada à terceira categoria designada como causalidade. A causalidade é definida como relação temporal de causa e efeito entre exposição e efeitos à saúde, consistente com a tecnologia conhecida sobre o agrotóxico⁽¹⁾.

Em relação aos casos possíveis e prováveis de intoxicação, de acordo com a Tabela 1, é possível observar que 31% dos agricultores, somadas as categorias de três ou mais sintomas, caracterizam-se como casos prováveis de intoxicação. Como tais, exigem investigação diagnóstica realizada por meio de uma anamnese bem realizada e pelo exame da acetilcolinesterase. Ainda, 19,4% representam possíveis casos de intoxicação. Ao somá-las, percebe-se que 50% dos agricultores entrevistados podem ter sido acometidos de uma intoxicação aguda por agrotóxico.

Destaca-se que para cada caso notificado de intoxicação por agrotóxico, há 50 casos não notificados. Estas subnotificações estão diretamente ligadas à baixa procura pelo serviço de saúde e ao despreparo das equipes em realizarem um diagnóstico preciso⁽¹⁾. Neste estudo, dos 90 agricultores que relataram algum sinal e sintoma de intoxicação por agrotóxico, apenas 8% buscaram o serviço de saúde. Esses resultados mostram que as intoxicações por agrotóxicos, mesmo sendo um problema de Saúde Pública e uma preocupação mundial, não têm recebido a devida atenção pelas equipes de saúde, tanto no cuidado na rede de atenção básica quanto na atenção hospitalar. Portanto, faz-se necessárias práticas de educação permanente em saúde para se modificar a atual realidade das equipes de saúde, tendo em vista um atendimento integral, levando em consideração as características e condições do ambiente.

Se o estabelecimento donexo causal entre a exposição a agrotóxicos e a intoxicação aguda tem encontrado dificuldade em termos de diagnóstico nos serviços de saúde, presume-se uma dificuldade maior quanto aos efeitos das intoxicações crônicas, mesmo que estudos apresentem evidências que comprovam a relação entre exposição prolongada a agrotóxicos e cânceres de mama, de próstata, leucemias e linfomas, depressão do sistema nervoso central e fibrose pulmonar Parkinson, asma, Alzheimer, teratogenicidade e genotoxicidade⁽¹¹⁻¹²⁾, entre outros.

Um dos fatores responsáveis por estas intoxicações é o uso inadequado dos Equipamentos de Proteção Individual. Em relação a esta questão, os dados da Tabela 2 mostram que os EPIs não têm sido adequadamente usados pelos agricultores participantes do estudo. Apesar dos agricultores saberem da importância do uso de EPI, utilizam como justificativa para não aderirem ao uso o fato de não sentirem instantaneamente os sintomas e efeitos da intoxicação⁽¹³⁾. Outros afirmam, ainda, se sentirem imunes à toxicidade provocada pelos agrotóxicos, além do desconforto térmico destes equipamentos. Isso mostra que medidas educativas em saúde devem ser implementadas constantemente pela vigilância em saúde, a fim de aumentar a adesão dos agricultores.

Vale ressaltar que as intoxicações no grupo feminino vão além da atividade laboral no campo, pois na grande maioria das residências rurais investigadas, são elas as responsáveis pela lavagem das roupas (EPIs) contaminadas com os agrotóxicos, ficando expostas a intoxicação de forma indireta.

Outro dado importante de destacar e não presente nas figuras e tabelas é o tempo de horas de trabalho. A frequência absoluta das horas semanais trabalhadas pelos agricultores possui maior concentração entre 50 e 60 horas semanais, correspondendo a 32,14% dos entrevistados. O Decreto 73.626/74 prevê que a jornada de trabalho não pode ser superior a 44 horas semanais. Entretanto, neste estudo, mais de 50% dos entrevistados realizaram uma jornada de trabalho superior a 50 horas semanais, o que aumenta o tempo de exposição aos agrotóxicos, uma variável importante no aparecimento de intoxicações.

Quando associados, os determinantes da saúde dos agricultores “tempo de exposição”, “uso de equipamentos de proteção individual” (Tabela 1 e Figura 1), que inclui número e equipamentos adequados, e a escolaridade, pode-se afirmar que esses trabalhadores estão expostos a riscos laborais, não apenas para intoxicações agudas, como também para danos crônicos. A exposição ocupacional a agrotóxicos por um longo período, levando em consideração a duração, a frequência e a intensidade da exposição, são fatores de risco para o desenvolvimento de efeitos crônicos sobre a saúde. Estes efeitos estão relacionados a doenças respiratórias, hepáticas, endócrinas e imunológicas, assim como a alterações teratogênicas, mutagênicas e genotóxicas, além de alguns tipos de câncer⁽¹⁴⁾.

A correlação entre o uso de EPIs e o aparecimento de sinais e sintomas é fraca negativa, ou seja, quanto mais EPIs utilizados pelos agricultores, menor é o aparecimento de sinais e sintomas. Portanto, mesmo com a falta de novas tecnologias para melhoria e maior adesão do uso de EPIs na agricultura, estes ainda cumprem com a sua finalidade de proteção, ou seja, controlam e reduzem as chances de risco à saúde⁽¹⁵⁾.

Em relação a idade e a frequência de sinais e sintomas, o tratamento dos dados mostrou que não há correlação. A correlação entre a idade e o uso de EPIs é negativa, portanto, quanto menor a idade do agricultor, maior é a adesão ao uso de EPIs. E a correlação entre o uso de EPIs e o nível de escolaridade é positiva, isto significa que quanto maior o nível de escolaridade, maior é a adesão ao uso de EPIs. Portanto, as duas últimas correlações estão diretamente ligadas à alfabetização, uma vez que estes agricultores mais jovens atualmente, mesmo que ainda no meio rural de forma deficitária, possuem acesso facilitado ao ensino e aos meios de comunicação, aumentando sua capacidade de buscar e compreender melhor as informações socializadas e a importância do uso dos equipamentos, como também melhor interpretação das recomendações técnicas informadas pelo fabricante.

Em recente estudo sobre a relação entre a intensificação no uso de agrotóxicos e intoxicações nos estabelecimentos agropecuários do Brasil, concluiu-se que o uso excessivo e inadequado de pesticidas tem efeitos significativos sobre os casos de intoxicação nesses estabelecimentos. Ressalta-se que o modelo agrícola adotado no país tem contribuído para o uso intensivo de agroquímicos. Nesse sentido, torna-se necessário repensar esse modelo para que o Brasil alcance o desenvolvimento sustentável, com o desenvolvimento de programas que incentivem a adoção de práticas ecologicamente corretas, em conjunto com orientações técnicas e de saúde claras e acessíveis. Além disso, é necessário haver programas que visem a conscientização do agricultor sobre os benefícios associados à redução do uso de agrotóxicos⁽¹⁶⁾.

CONCLUSÃO

O sexo feminino é o mais prevalente entre os entrevistados, correspondendo a 55%. A concentração de idade dos agricultores ficou na faixa de 54 a 64 anos, correspondendo a 35,2% dos entrevistados. Quanto a escolaridade, 68,34% possuem o ensino fundamental incompleto, 7,91% ao ensino fundamental completo, 7,19% ao ensino médio incompleto, 15,10% ensino médio completo e apenas 1,43% possuem ensino superior. Conclui-se que o acesso e o incentivo à educação no meio rural possui lacunas e é deficitário.

Os sinais e sintomas agudos que se destacam no estudo são a cefaleia (32,37%), irritação nos olhos (28,05%) e fraqueza (23,02%). As câibras/espasmos musculares,

alterações visuais, vertigem/tontura, coceira e hipersecreção correspondem de 10% a 20% dos entrevistados. Estes são sinais e sintomas característicos de intoxicações por organofosforados e carbamatos.

Quanto à quantidade de sinais e de sintomas agudos apresentados pelos agricultores, 31% apresentaram três ou mais sinais e sintomas que correspondem a caso provável de intoxicação. Ainda, 19,4% dos agricultores apresentaram dois sintomas, sendo caracterizados como possíveis casos de intoxicação. Ressalta-se que é preciso investigação por meio de anamnese e exame físico, juntamente com exames laboratoriais, como o da acetilcolinesterase, para um diagnóstico preciso de intoxicação aguda por agrotóxicos.

Sugere-se, portanto, que podem ter ocorridos casos de intoxicações agudas entre os entrevistados, sem o devido diagnóstico e, conseqüentemente, sem notificação. Logo, há necessidade de conscientizar os agricultores a procurarem os serviços de saúde ao apresentarem sinais e sintomas após o manejo de agrotóxicos, assim como a necessidade das equipes de saúde em trabalharem a educação popular em saúde e educação ambiental com esta população, bem como a busca ativa por esses casos. Essas são ações compatíveis com a atuação profissional em nível primário de assistência. É importante salientar que as equipes de saúde não se encontram suficientemente preparadas para o diagnóstico destas intoxicações e esta deve ser uma preocupação dos gestores em saúde, especialmente na atenção básica nos municípios cobertos pela ESF para zona rural.

Os equipamentos de proteção individual mais utilizados foram a bota (92,8%), luvas (74,1%) e calça (72,66%). Os equipamentos utilizados em mais de 50% dos entrevistados são a bota, a luva, o respirador e o jaleco. Em relação a quantidade de EPIs utilizados pelos agricultores, apenas 17,27% usam a totalidade dos equipamentos indicados (8); 15,83% utilizam sete EPIs; 7,20% utilizam seis EPIs e 16,54% utilizam cinco EPIs. Sobre o manuseio dos EPIs após sua utilização, 88,48% realizam a lavagem individual, conforme preconiza o manual de uso seguro de agrotóxicos, 4,31% realizam a lavagem com outras roupas, 1,44% não realiza a lavagem dos EPIs e 5,75% os penduram. O uso e o adequado manejo desses equipamentos também são variáveis importantes no desenvolvimento de intoxicações agudas e crônicas.

A correlação entre o uso de EPIs e a frequência de sinais e sintomas agudos neste estudo mostrou-se fraca negativa, portanto quanto menos EPIs utilizados, maior é o surgimento de sinais e sintomas agudos.

A correlação entre a idade e o uso de EPIs é negativa, ou seja, quanto maior a idade do agricultor, menor é a adesão ao uso dos equipamentos. E a correlação entre a idade e a frequência de sinais e sintomas, o programa mostrou que não há correlação.

A correlação entre o uso de EPIs e o nível de escolaridade é positiva, isto é, quanto maior o nível de escolaridade, maior é a utilização dos equipamentos de proteção individual.

Já a correlação entre o aparecimento de sinais e sintomas e o nível de escolaridade, mostrou-se fraca positiva.

Conclui-se, então, que o risco de intoxicação aguda por agrotóxico aumenta com a redução do número de EPIs utilizados pelos agricultores. Portanto, assim como há baixa procura pelos serviços de saúde pelos agricultores ao apresentarem sinais e sintomas após o manuseio dos produtos químicos, há também insuficiente uso de equipamentos de proteção individual, aumentando o risco ao qual esses trabalhadores estão submetidos.

A enfermagem, assim como a equipe multiprofissional, deve atuar constantemente na educação ambiental e na educação popular em saúde com estes trabalhadores rurais, enfatizando o uso correto e a importância dos EPIs para o manuseio dos agrotóxicos, assim como os efeitos que estes provocam à saúde a curto e longo prazo. Da mesma forma, considerando que a Serra Gaúcha apresenta muitos agricultores, o tema intoxicações por agrotóxicos deve fazer parte da educação permanente em saúde, de forma que os profissionais possam estar cada vez mais aptos a identificar intoxicações agudas por agrotóxicos, melhorando os índices de notificação desses agravos.

Espera-se, quando da conclusão da coleta de dados, que essas evidências se tornem ainda mais consistentes, sendo uma fragilidade do estudo o número de agricultores acessados até a presente data. Os dados apresentados permitem perceber que há muitas possibilidades e necessidade de pesquisas relacionadas a esta temática, como os efeitos específicos dos agrotóxicos sobre o corpo feminino e a presença dos princípios ativos e sua persistência nos compartimentos ambientais, especialmente na água e no solo.

Por fim, destaca-se também a importância de os profissionais da saúde participarem da criação de ambientes saudáveis, da proteção do meio ambiente e da conservação dos recursos naturais, como consequência do reconhecimento do meio ambiente como um determinante fundamental das condições de saúde. Nesse sentido, recomenda-se a reorientação dos serviços de saúde no cuidado do trabalhador agricultor e o uso de um fluxograma multiprofissional, proposto e validado por pesquisadores catarinenses para atendimento de intoxicações agudas por agrotóxicos na atenção primária à saúde, como uma ferramenta de gestão do cuidado, o que pode contribuir para a qualificação profissional no cuidado com o agricultor intoxicado por agrotóxicos, além de permitir a sistematização da assistência e a qualidade do atendimento⁽¹⁷⁾.

REFERÊNCIAS

- 1 Carneiro, FF, Rigotto, RN, Augusto, LGS, Friedrich, K, Búrigo, AC. Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; São Paulo: Expressão Popular, 2015. cap. 2, p. 89-191.
- 2 Serra, LS, Mendes, MRF, Soares, MVA, Monteiro, IP. Revolução Verde: reflexões acerca da questão dos agrotóxicos. Revista do CEDS [internet]. 2016 [citado 2020 set 01]; v. 1, n. 4, Jan/Jul. 2016. Disponível em: www.undb.edu.br/ceds/revistadoceds
- 3 Bombardi, LM. Geografia do Uso de Agrotóxicos no Brasil e Conexões com a União Europeia. São Paulo: FFLCH - USP, 2017. 296 p. Disponível em: <http://conexaoagua.mpf.mp.br/arquivos/agrotoxicos/05-larissa-bombardi-atlas-agrotoxico-2017.pdf>>
- 4 Brasil. Anvisa. Publicada reclassificação toxicológica de agrotóxicos: Reclassificação em razão do novo marco regulatório do setor, amplia de quatro para cinco as categorias da classificação toxicológica dos agrotóxicos, além da inclusão do item “não classificado”, para produtos de baixíssimo potencial de dano. 2019. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/noticias/-/asset_publisher/FXrpx9qY7FbU/content/publicada-reclassificacao-toxicologica-deagrotoxicos/219201/pop_up?_101_INSTANCE_FXrpx9qY7FbU_viewMode=print&_101_INSTANCE_FXrpx9qY7FbU_languageId=en_US. Acesso em: 18 set. 2020.
- 5 Paraná. Secretaria Estadual da Saúde. Material Técnico: intoxicações agudas por agrotóxicos atendimento inicial do paciente intoxicado, 2018. p. 32-90. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/intoxicacoesagudasagrotoxicos2018.pdf. Acesso em 28 out. 2020.
- 6 IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. IBGE Cidades. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/sao-marcos/panorama>>. Acesso em: 03 nov. 2020.
- 7 Polit, DF, Beck, CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 9ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2018.
- 8 Miot, HA. Análise de correlação em estudos clínicos e experimentais. J. vasc. Bras [internet], 2018 [citado 2021 maio 04], Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 275-279, Dec. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167754492018000400275&lng=en&nrm=iso. DOI: <https://doi.org/10.1590/1677-5449.174118>
- 9 Barbosa, RS, Souza, JP de, Almeida, DJ de, Santos, JB dos, Paiva, W. dos S, Porto, MJ. As possíveis consequências da exposição a agrotóxicos: uma revisão sistemática. Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento [internet]. 2020 [citado 2021 mar 15], [S. l.] , v. 9, n. 11, pág. 45191110219. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/10219>
- 10 Klein, BN, Staudt KJ, Missio, R, Peruzzi, HM, Almeida, AI. Análise do impacto do uso de organofosforados e carbamatos em trabalhadores rurais de um município da região noroeste do estado do Rio Grande do Sul. Acta toxicol. argent. [Internet]. 2018 Dic [citado 2022 Mar 07] ; 26(3): 104-112. Disponível em: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-37432018000300002&lng=es. Acesso em: 15 mar. 2021.

- 11 Dhananjayan, V. & Ravichandran, B. Occupational health risk of farmers exposed to pesticides in agricultural activities. *Current Opinion In Environmental Science & Health*, 2018 [citado 2021 jul 20], [s.i.], v. 4, p.31-37, ago. Elsevier BV. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.coesh.2018.07.005>
- 12 Sabarwal, A., Kumar, K. & Singh. Hazardous effects of chemical pesticides on human health–Cancer and other associated disorders. *Environmental Toxicology And Pharmacology*, 2018 [citado 2020 fev 05] [s.i.], v. 63, p.103-114, out. Elsevier BV. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.etap.2018.08.018>
- 13 Silva, MM, Domingues, S, Bonadiman, A. Avaliação de intoxicação por agrotóxicos e práticas de uso de trabalhadores rurais na Serra Catarinense. *Revista BrazilianJournal of Development*. Curitiba [internet]. 2019 [citado 2021 mar 07], v. 5, n. 9, p. 15190-15204. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/3231>. DOI: doi.org/10.34117/bjdv5n9-107.
- 14 Petarli, GB, Cattafesta, M, Da Luz.C, Zandonade, E, Bezerra, OMPA; Salaroli, LB. Exposição ocupacional a agrotóxicos, riscos e práticas de segurança na agricultura familiar em município do estado do Espírito Santo, Brasil. *Rev. bras. saúde ocup* [internet]. 2019 [citado 2021 mar 12] , São Paulo, v. 44, e15. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S030376572019000101311&lng=en&nrm=iso. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000030418>
- 15 MEIRELES, NM; PINTO, FO. A Conscientização do trabalhador quanto à importância do uso de EPI na aerossoldas em Macaé. *Revista Científica Interdisciplinar* [internet]. 2016. [citado 2020 out 09]. Macaé, v. 3, n. 1, p. 46-62, 4 jan. 2016. Disponível em <http://revista.srvroot.com/linkscienceplace/index.php/linkscienceplace/index>
- 16 Rodrigues, CCE; Féres, JG. A relação entre intensificação no uso de agrotóxicos nos estabelecimentos agropecuários do Brasil. *Revista de Economia e Sociologia Rural* [internet]. 2022 [citado 2022 mar 06], vol. 60, issue spe. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/resr/a/fjWSyk45GHrTbZFHx9GxfRF/?lang=pt>. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9479.2021.244491>
- 17 Karal, A, Portaluppi, DM, Zocche, DAA, Zanatta, L. Fluxograma multiprofissional para atendimento de intoxicações agudas por agrotóxicos na atenção primária à saúde. *Escola Anna Neryvol* [internet]. 2022 [citado 2020 mar 06]. Vol 26. Disponível em <https://www.scielo.br/j/ean/a/tMpYNm8kMW8QNNRbM9RQrnc/?lang=pt>. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0015>

A GRAVIDEZ NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NA PERSPECTIVA DA MULHER²³

Barbara Machado Prass²⁴

Patricia Treviso²⁵

Flávia Alves Amorim Souza Sales²⁶

Aline Aparecida da Silva Pierotto²⁷

RESUMO

Objetivo: conhecer a experiência da gestação, do parto e do nascimento durante a pandemia de covid-19 na perspectiva da mulher. **Método:** trata-se de um estudo qualitativo, de caráter exploratório e descritivo, realizado no estado do Rio Grande do Sul com mulheres que tiveram diagnóstico de gravidez, que realizaram acompanhamento pré-natal e que tiveram seu parto no período entre março de 2020 e junho de 2021. A seleção das participantes ocorreu por meio da técnica “bola de neve”. A coleta de dados se deu a partir de entrevista semiestruturada com perguntas abertas. Os dados foram analisados sob a ótica da análise de conteúdo. **Resultados:** foram elencadas três categorias: a) sentimento das mulheres ao gestarem durante a pandemia de covid-19; b) dificuldades vivenciadas durante a gestação, o parto e o nascimento na pandemia de covid-19; e c) os impactos/reflexos do isolamento social na gestação, parto e puerpério. **Conclusões:** os resultados da pesquisa evidenciam que a pandemia de covid-19 impactou a experiência da gestação e parto de mulheres que viveram a gestação e o puerpério nesse contexto, principalmente devido à necessidade de isolamento social e aos riscos da pandemia.

Palavras-chave: Enfermagem; Gestação; Pandemia; Covid-19; Sentimento.

23 Artigo baseado na monografia elaborada para o Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem, Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

24 Acadêmica de Enfermagem. Universidade do Vale do Rio dos Sinos. E-mail: barbaraprass1998@gmail.com. ORCID: 0000-0003-1227-6154.

25 Enfermeira. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Universidade do Vale do Rio dos Sinos. E-mail: ptreviso15@gmail.com. ORCID: 0000-0002-5015-6797.

26 Enfermeira. Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Instituto de Angiologia Raja Venkata. E-mail: flavia.a.amorim@hotmail.com. ORCID: 0000-0001-7820-5805.

27 Enfermeira. Pontifícia Universidade Católica. Universidade do Vale do Rio dos Sinos. E-mail: apierotto@unisin.br. ORCID: 0000-0002-8040-9177.

INTRODUÇÃO

Ainda que a gestação, o parto e o puerpério sejam considerados eventos fisiológicos e de risco habitual, a pandemia de covid-19 pode modificar esse padrão e interferir no desenvolvimento natural da gestação⁽¹⁾, visto que o ciclo gravídico-puerperal pode estimular alterações hormonais e físicas, mas também psicológicas e sociais.

Da mesma forma, a pandemia pode suscitar sentimentos como a solidão, relacionada aos efeitos do distanciamento social⁽²⁾, além de outros sentimentos como raiva, preocupação e tristeza⁽³⁾.

A pandemia de covid-19 modificou também a perspectiva que se tinha sobre gestação, parto e nascimento. Tendo em vista que este é um período de muita euforia e celebração entre as mulheres e seus familiares, a pandemia suscitou medo e ansiedade diante de potenciais riscos à saúde⁽⁴⁾.

O SARS-CoV-2 é um vírus que pertence à família coronavírus, comum em diferentes espécies de animais, como morcegos, gatos, gados e camelos⁽⁵⁾. Esse vírus causou uma veloz e grandiosa disseminação e transmissão entre a população, o que provocou, globalmente, a infecção e o óbito de milhões de pessoas. O primeiro caso notificado de SARS-CoV-2 foi na cidade de Wuhan, na China, em dezembro de 2019⁽⁶⁾, e a pandemia foi declarada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em março de 2020.

De acordo com as últimas evidências, o SARS-CoV-2 se propaga, sobretudo, entre indivíduos que mantêm um contato próximo, geralmente dentro de 1 metro, através de pequenas partículas líquidas excretadas durante a tosse, a fala ou o espirro. Entretanto, a contaminação por meio de superfícies é um tanto improvável, já que, seguindo os procedimentos adequados de desinfecção, limpeza e precaução, os riscos de infecção são reduzidos. A transmissão vertical do vírus, por sua vez, mesmo que seja possível, é um evento raro⁽⁶⁾.

Nesse contexto, evidencia-se que as alterações fisiológicas no organismo das gestantes e puérperas podem favorecer maior risco para infecções, como aquelas do aparelho respiratório. Conseqüentemente, as gestantes passaram a compor o grupo de risco para possíveis complicações da síndrome gripal relacionada à covid-19, independentemente da idade gestacional em que essas mulheres se encontrem⁽¹⁾.

Por pertencerem ao grupo de risco para possíveis complicações relacionadas à covid-19, mulheres grávidas e puérperas sem comorbidades foram incluídas como prioridade para vacinação contra a covid-19 no mês de julho de 2021. No Brasil, o número de imunização relacionado ao grupo de gestantes e puérperas está abaixo do que o previsto. Do total de cerca de 3,1 milhões de grávidas, apenas 1,3 milhão foram vacinadas⁽⁷⁾. Os imunizantes que devem ser administrados neste grupo são Pfizer ou CoronaVac, por não possuírem vetor viral⁽⁷⁾.

Além disso, alguns dos direitos das mulheres, como as boas práticas na assistência de pré-natal, parto e nascimento⁽⁸⁾, assim como a Lei nº 11.108, de 2005, que garante à mulher o direito de um acompanhante durante todo o processo de parto e puerpério⁽⁹⁾, e também toda a política da Rede Cegonha, que visa proporcionar melhorias na qualidade da atenção à saúde durante todo o período gravídico puerperal e na atenção à criança de até 24 meses de vida, buscando reduzir as taxas de mortalidade materna e neonatal⁽¹⁰⁾, sofreram alterações devido ao caos causado pela pandemia.

Frente a essas questões, surgiu a seguinte questão de pesquisa: como se deu a experiência da maternidade no período gravídico puerperal no contexto da pandemia de covid-19?

Para tal, manifestou-se o seguinte objetivo geral: conhecer a experiência da gestação, parto e nascimento durante a pandemia de covid-19 na perspectiva da mulher.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter exploratório e descritivo, elaborado no estado do Rio Grande do Sul no período de agosto de 2021 com mulheres que realizaram o acompanhamento pré-natal e que tiveram seu parto no período entre março de 2020 e junho de 2021, sendo vaginal ou cesárea, no Sistema Único de Saúde (SUS) e na saúde suplementar, sendo elas primíparas ou multíparas de risco habitual. Foram excluídas da pesquisa mulheres que tiveram parto prematuro e que não aceitaram participar da pesquisa. Para o delineamento do número de participantes, foi utilizado o conceito de Gaskell⁽¹¹⁾, definindo o número de 15 mulheres que atendessem aos seguintes critérios de inclusão e exclusão:

Inclusão: primíparas e multíparas de risco habitual; parto de gestação única; que iniciaram acompanhamento pré-natal; que tiveram parto vaginal ou cesárea durante o período de março de 2020 a junho de 2021 no SUS e na saúde suplementar;

Exclusão: mulheres com gestação de alto risco; feto morto; e aquelas que não aceitaram participar do estudo.

A seleção das participantes ocorreu por meio da técnica “bola de neve”. A coleta de dados se deu a partir de uma entrevista semiestruturada, com questões sobre o perfil das participantes (idade, estado civil, cidade onde reside, data do parto, número de consultas de pré-natal e se foi testada para covid-19 no último trimestre da gestação) e três questões abertas que nortearam a entrevista: como foi a experiência de vivenciar a gestação, o parto e o nascimento durante a pandemia de covid-19; quais os principais desafios e dificuldades; e quais as interferências da pandemia de covid-19 na gestação, no parto e no nascimento.

As entrevistas aconteceram em um local reservado, com horário agendado previamente, preservando a privacidade e a disponibilidade das participantes, com duração média de 10 minutos. As entrevistas foram gravadas com aparelho digital após a assinatura das

participantes do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE) e autorização delas, sendo os depoimentos transcritos em sua totalidade. Os registros ficarão sob guarda da pesquisadora por cinco anos. Os nomes das participantes foram substituídos por nomes fictícios de flores – Amarílis, Amor-perfeito, Azaleia, Begônia, Calêndula, Copo-de-leite, Cravo, Hortênsia, Girassol, Lírio, Lavanda, Margarida, Rosa, Orquídea e Violeta –, com o objetivo de manter o anonimato e sigilo da participante. Um teste piloto foi realizado pela pesquisadora com dois indivíduos não elegíveis para o estudo, visando a adaptação e possíveis melhorias do instrumento.

Os dados foram analisados sob a ótica da análise de conteúdo⁽¹²⁾, subdividindo-se em pré-análise, descrição analítica e interpretação dos dados. Da análise dos dados, surgiram três categorias que integraram o desenvolvimento da discussão desta investigação.

Para este estudo, consideraram-se as questões éticas previstas na Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que versa sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos⁽¹³⁾. A pesquisa foi realizada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) e do CEP da instituição coparticipante, sob o Parecer nº 4.455.987 e CAAE nº 40035420.2.0000.5344.

RESULTADOS

O estudo foi composto por 15 mulheres. Duas delas não engravidaram durante a pandemia de covid-19, vivenciando apenas o período de gestação, parto e nascimento. As demais engravidaram, gestaram e pariram nesse período, sendo que essas tinham idade entre 18 e 39 anos. Quanto ao nível de escolaridade, uma possuía ensino fundamental completo; sete possuíam ensino médio completo; duas tinham ensino técnico; quatro dispunham de ensino superior completo; e uma era pós-graduada. Considerando o estado civil, nove eram solteiras; quatro eram casadas; uma tinha união estável; e uma era divorciada. Sobre a região onde vivem, 14 das 15 mulheres residem na região metropolitana de Porto Alegre e uma na região serrana. Referente à ocupação, três eram do lar e doze se dedicavam a atividades fora de casa.

Em média, elas tiveram dez consultas de pré-natal, sendo que cinco realizaram o acompanhamento de pré-natal pelo SUS e as demais no sistema suplementar. Apenas cinco foram testadas para a covid-19 no último trimestre da gestação, sendo que dessas, nenhuma teve teste com resultado positivo para a covid-19.

Todas as participantes tiveram partos hospitalares, porém duas expressaram o desejo de ter um parto domiciliar. Nove delas tiveram seu parto pelo sistema de saúde suplementar e seis no SUS.

Os resultados são apresentados em três categorias, sendo elas: a) o sentimento das mulheres ao gestarem durante a pandemia de covid-19; b) dificuldades vivenciadas durante a gestação, parto e nascimento na pandemia de covid-19; e c) os impactos/reflexos do isolamento social na gestação, parto e puerpério.

O SENTIMENTO DAS MULHERES AO GESTAREM DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

As mulheres apresentaram diversos sentimentos frente à gestação durante a pandemia de covid-19, conforme apresentam as falas a seguir:

Ah, assim, eu imaginava minha gestação completamente diferente. Eu fiquei bastante isolada em casa, meu marido ficou bastante preocupado, assim, até em finais de semana ele dizia “aí, vamos sair, fazer alguma coisa”, tipo, “vamo [sic] pra algum lugar, nem que seja só pra dar uma volta de carro”, tipo, “aí, tu fica [sic] muito em casa”. Ele tinha medo de que eu entrasse numa depressão ou alguma coisa, sabe?

(Amor-perfeito)

*Nossa, foi muito ruim, tive muito medo. Claro, a gente já se cuida numa gestação, né? A imunidade da gente fica muito baixa e, com a função do [sic] covid-19, meu Deus, eu tive muito medo! Os cuidados foram triplicados, eu tinha medo de pegar e acontecer alguma coisa, eu tinha medo de acabar perdendo a vida, entre ter que escolher entre mim e a bebê, não digo escolher, óbvio, que escolher eu escolheria sempre ela, mas eu digo acabar morrendo e deixando a bebê e meus dois filhos, sabe? **(Amarílis)***

*Daí, aí o bicho pegou, né? O que que aconteceu? Meu chá de fraldas foi uns quatro dias antes de determinar a quarentena, foi dia quinze de março de 2019, no domingo. Na quinta-feira, a gente já entrou assim, o total, lockdown, afinal, todo mundo em casa, a gente não saía para nada, e aí começou a perceber, meu Deus, e agora, né? E aí quem pegou depois disso pegou a questão mais emocional. Eu já estava [sic] pensando “eu vou ficar sozinha”, o bebê recém-nascido, e aí meu emocional, daí, trabalhou bastante [...]. **(Copo-de-leite)***

*Foi tudo sozinha, né? Tipo, as consultas sozinhas, porque não podia acompanhante. Não, era eu e Alice, era só isso, né? Não tinha nada além de mim e ela, né? [...] Foi bem difícil, foi bem difícil, porque a minha família, ela é grande, ela é bem unida, então ninguém teve, né, ninguém acompanhou, nada assim. Que nem eu falei: era só eu nessa, então foi bem difícil para mim assim. Não tem apoio da família grande que eu tenho, né? Eles não poderem acompanhar minha gestação, não poder ver, tem gente ainda da minha família, meus primos, que ainda que não conhece [sic] Alice, né? **(Cravo)***

É, na realidade, esperava ter mais contato com as pessoas, que eu acabei não tendo, até mesmo na gestação, assim, né? Porque aí a gente acaba não fazendo tantas visitas [...]. Até meus pais, por serem

mais de idade, a gente acabou se afastando um pouco, já não se visitava tanto. Como eu trabalhava fora e eles ficavam em casa, eu evitava de ir [sic], né? Com medo de estar [sic] levando o vírus. [...] aquela relação da gestação, de sentir barriga, coisa assim, a gente quase não tinha contato com outras pessoas, fora eu e meu esposo.

(Hortênsia)

*Eu acho que foi muito tranquilo. Assim, eu sei que sempre tive um pouco de medo e de receio, mas eu nunca deixei de levar uma vida normal, assim, e ficar ansiosa, ficar nervosa, nada disso, assim, me afetou por causa do [sic] covid. Foi tranquilo em relação a isso, não deixei que a pandemia interferisse, assim, psicologicamente, a mim e à minha família, sabe? **(Girassol)***

*Então, a Bianca é minha segunda filha, né? Eu tenho um filho já de cinco anos e foi bem diferente, principalmente a gestação, né? Acho que quem passou por essa experiência antes da pandemia pode perceber realmente essa diferença. [...] É, foi desafiador, né? Qualquer, na verdade, em qualquer período, né? Ser mãe, né? Gerar uma vida é saber que aquela vida é tua responsabilidade, é um desafio, mas com certeza teve uma diferença muito grande. Da minha primeira gestação para agora, né? Eu, eu sempre fui muito ativa e independente, assim, mas, realmente, agora, com a gestação da Bianca, eu tive que pisar um pouco no freio. **(Lírio)***

*Não era planejado, né? Então, tipo assim, no início foi um susto enorme, tipo, “meu Deus, que que a gente vai fazer”? Mas eu e meu noivo, nós somos muito unidos, assim, né? Ah, e a nossa família também. Então, eu sempre quis ser mãe, tipo [...]. Eu sofri bastante psicologicamente, assim, eu tinha muito medo de dar alguma coisa errada, ah, de não conseguir fazer conforme eu estava planejando sabe? O meu parto, ah, eu tinha esses medos assim, sabe, mas foi dando tudo certo. **(Margarida)***

*Por ter familiares, também, que trabalham na área da saúde, e piorou mais ainda, porque daí eu não podia mesmo ter contato com eles. Então acho que essa parte foi a mais difícil, o medo do contágio, o medo de morrer, o medo de morrer na gestação e o meu filho depois, né? Conseguir sobreviver e não ter a mãe. **(Begônia)***

Conforme relatado por elas, algumas apresentaram o sentimento de medo, solidão e angústia por vivenciar esses momentos de tanta euforia longe das pessoas que compartilhavam a vida com elas.

DIFICULDADES VIVENCIADAS DURANTE A GESTAÇÃO, PARTO E NASCIMENTO NA PANDEMIA DE COVID-19

Dentre as mulheres entrevistadas, surgiram diversas dificuldades: algumas no pré-natal, que por sua vez, é algo que tem grande potencial referente na saúde da gestante;

posteriormente em relação ao recém-nascido, no parto, em que muitas tinham expectativas diversas, tanto pelo local (domiciliar/hospitalar) como também pelo medo de contaminação; e, por fim, no pós-parto, que traz tantas expectativas com a família presente neste momento único.

Muitas dessas mulheres referiam uma grande dificuldade durante a construção do pré-natal, no agendamento de consultas, exames e até mesmo na realização desses, conforme segue:

*Em questão sobre [sic] o meu pré-natal, foi bem complicado, porque eu encontrava dificuldade de consultar nos postos; eu chegava, tinha consulta marcada, mas o médico não ia, a enfermeira não ia, então eu fiz poucas consultas, porque, aonde eu ia, eu encontrava dificuldades. Eu troquei três vezes de posto porque não tinha gente pra [sic] atender e os horários não coincidiam quando eu conseguia ir. E, bem na época que meu irmão estava acidentado, foi bem complicado pra [sic] conseguir consulta nesse momento, até porque estava reduzido [sic] a quantidade de médicos, né? **(Azaleia)***

*Eu acho que a pior parte foi ficar sozinha no hospital, né? Ah, meu esposo me acompanhou no parto, assistiu o parto, depois ele foi embora e eu fiquei sozinha. Aí, depois, a neném veio e eu fiquei sozinha. **(Amarílis)***

*Bom, durante o pré-natal eu não tive dificuldades, porque eu fiz pelo convênio, né? O médico e o convênio já tinham disponibilizado uma clínica que era só para atendimento de gestante, então eu não tive essa complicação nem para os exames. Foi super fácil, assim, de, né, consegui marcar. Porém, [em] determinada altura da gestação, eu estava com suspeita, né, de covid, e estava [sic] aguardando ali para o resultado dos exames, e a partir daquele momento a doutora não quis fazer e continuar com o atendimento de pré-natal e eu tive que passar para outro médico. **(Begônia)***

*Eu iniciei o meu pré-natal pelo convênio e daí eu troquei de emprego em abril e continuei o pré-natal pelo SUS. Então os do convênio não queriam atender por causa da pandemia, assim, né? E só vem se tiver algum problema: envia os exames pelo Whats, eu vou olhar e tal, né? Eles estavam se isolando ainda mais que no começo, depois pelo SUS, toda aquela dificuldade, já que daí tudo só, bem dizer, se fosse alguma coisa relacionado ao [sic] covid. **(Violeta)***

*Principalmente o acesso aos exames, o acesso às consultas, ficou tudo muito mais difícil, eu, até mesmo tendo um plano de saúde, tive muita dificuldade. A primeira ecografia da Bianca eu tive que pagar, mesmo tendo plano de saúde [...]. Nos meses iniciais têm aquelas datas, né? A gente tem que fazer a morfológica e tem um prazo para tu fazer e não é qualquer período, e aí eu tive muita dificuldade de conseguir agendar, tinha muitos locais fechados, então diminuiu a possibilidade de agendamento, então eu tive que pagar particular. **(Lírio)***

*Outra coisa que foi difícil para mim, como teve muita gravidez, eu acho, na pandemia, foi difícil conseguir ecografias pelo SUS, tanto que eu fiz todas particulares. **(Rosa)***

Nas falas a seguir, pode-se identificar dificuldades enfrentadas durante o parto, onde o acompanhamento de doulas não foi possível, assim como outras expectativas destas mulheres em relação ao parto:

*Eu queria muito ter tido o parto normal e acabei passando por uma cesárea intraparto. Mas eu tive uma doula e uma enfermeira obstétrica que ficaram comigo em casa até o momento de eu já estava [sic] em fase ativa, né? E aí um grande empecilho que foi por conta da pandemia, que a doula não podia me acompanhar no hospital, era apenas um acompanhante, né? Que, no caso, foi o meu marido, e ele só pôde entrar porque a gente chegou lá e eu já estava [sic] em fase ativa. Eu cheguei no hospital já com 8cm de dilatação. [...] E, após o nascimento dele, né, toda a questão de que ele não ficou muito tempo ali comigo, a gente não teve esse momento da golden hour, ele foi levado direto para exames e tal, e eu fiquei sozinha. Os dias que eu fiquei internada, fiquei sozinha, porque não podia ter acompanhante. **(Copo-de-leite)***

*A minha ideia primária era um parto domiciliar, mas eu tive que induzir, então a gente já queria ter em casa para não ficar exposta ao vírus, né? Então eu tive que me deslocar ao hospital, né? Foi um parto hospitalar por causa disso, que eu tive que induzir. Então eu acho que nisso afetou. **(Orquídea)***

Surgiram outras questões, como o puerpério, a insegurança e o medo de receber outras pessoas:

*O meu pós-parto foi complicado, não em questões psicológicas, assim, e nem físicas, porque com meu bebê foi bem tranquilo; mais nessa questão de visitas, assim, tu não saber como agir, como se portar, porque as pessoas queriam ver teu filho, mas tu pensas [sic] “meu Deus, ele não tem vacinas ainda, não tem nada, não tá protegido”, então foi, bem, assim, tipo, eu cuidava bastante. Tipo, ah, eu não deixava entrar de sapato dentro da minha casa, eu pedia pra [sic] pessoa trazer, se a pessoa não se importasse, trazer outro calçado, chegava na porta com álcool gel, sabe, não, assim, pelo menos no primeiro mês, mesmo os conhecidos que vinham visitar, que eram os avós, padrinhos, tios, eu pedia pra [sic] vir de máscara, sabe, pelo menos aquele primeiro mês eu fui extremamente cuidadosa, graças a Deus, quem pegou aqui não transmitiu pra ninguém. **(Amor-perfeito)***

*Olha, para mim era o fato de não poder ter muito convívio com as pessoas; muito não, nada de convívio, né? Foi bem complicado. Eu tive contato com a minha mãe só, com a minha irmã e com a minha sobrinha, porque [com] elas eu tinha bastante cuidado, né? E com a madrinha do meu filho, que é minha prima. **(Lavanda)***

Então, assim como exposto, essas mulheres tiveram muitas de suas expectativas modificadas devido à pandemia.

OS IMPACTOS/REFLEXOS DO ISOLAMENTO SOCIAL NA GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO

Dentre as inúmeras dificuldades que as mulheres enfrentaram durante a pandemia de covid-19, a grande maioria concorda que o isolamento foi um dos obstáculos mais difíceis, tanto na gestação quanto no puerpério, em que não puderam compartilhar momentos de alegria com pessoas que possuem um vínculo especial, conforme relatado em suas falas:

Eu queria ter saído, fazer o meu enxoval físico, pessoalmente, comprar umas coisinhas e tal. Acabei não fazendo. Acabei comprando tudo online. Eu gosto muito da praticidade do online, mas eu queria ver, queria sentir o tecido e tudo mais, e acabei não conseguindo.

(Amor-perfeito)

Bom, eu acho que eu digo que ganhar, gerar um bebê durante uma pandemia é uma coisa, é um dom divino, assim, porque o psicológico fica com [sic] muito, muito abalado. A gravidez já deixa a mulher mais sensível, e os medos recorrentes de todos os dias, é muito complicado. Eu fiz o isolamento totalmente, eu não ia nem ao supermercado, quem ia era meu esposo [...]. Não aproveitei a minha gestação, não pude exibir a minha barriga, não tirei fotos de gestantes, tudo isso, né? Eu tinha uma vitamina D muito baixa, então a própria obstetra pediu que eu não tivesse contato realmente com as pessoas de fora.

(Begônia)

*[...] é uma questão que muitas, assim, que mulheres grávidas passaram só por essa fase se sentem mais sozinhas, assim, né? Sem poder compartilhar muito essa fase tão boa [...]. Por contar, diferença mais notável, foi realmente também no dia do parto [...]. Não podia ninguém, a não ser o marido junto, e, no caso da Pietra, esses dias eu tinha uma lembrança, a foto, lá, 25 pessoas, era toda a família, amigas mais próximas, todo mundo à uma da manhã, ela nasceu às [sic] 1h54min, estava [sic] lá, todo mundo, à uma da manhã, esperando numa boa, uma festa, alegria, tipo, e essas coisas. **(Calêndula)***

*Inclusive eu, durante, assim, meu puerpério, eu tive um indício de depressão pós-parto, não chegou a ter indicação de medicação, e porque eu estava [sic] o tempo inteiro sozinha e trancada aqui dentro, então pesou bastante no psicológico mesmo, e aí eu tive auxílio médico, enfim [...]. A gente continua vendo resultados dele ter nascido nesse período, que agora eu voltei a trabalhar presencialmente, também, na minha escola, né? E eu tive que botar ele na escola e aí para ele foi muito difícil, porque ele não conhecia outras pessoas, as pessoas que ele conhece é isso aqui, sabe, pouquíssima [sic], e ele foi conhecer pessoas novas, crianças, coisas que ele não tinha contato, então foi bem difícil. **(Copo-de-leite)***

*Não podemos fazer chá de nada, chá de bebê, chá de revelação, por conta da pandemia, a gente evitou, a gente não fez, então acabou sendo uma gestação diferente, assim, do que a gente esperava, mas nada que tenha afetado a saúde da gente, foi mais essa questão de ter uma participação a mais. **(Hortênsia)***

Ah, acho que, para mim, a pior parte foi ficar isolada, né? Ah, o bom foi do meu serviço, que eu pude ficar em casa, trabalhando remoto, né, mas toda essa parte de convivência da família, que eu não tive, amigos, essa, para mim, foi a pior parte. (Orquídea)

Houve relatos referentes aos marcos relevantes durante a gestação, como a realização do chá de fraldas:

Daí, da espera, assim, daí, com ela, por exemplo, eu não fiz um chá com todos que eu queria, como as amigas. Dessa vez não teve só familiares mais próximos, avós, tias e deu, né? Tudo, então, é diferente nessa fase, que foi entre um e outro, em função da pandemia, teve essa diferença. (Calêndula)

A partir desses relatos fica evidente os impactos do isolamento social decorrente da pandemia de covid-19 nas gestantes e famílias, pois muitas delas desconstruíram sonhos e planos. Sendo assim, buscaram alternativas para esse período.

DISCUSSÃO

Experienciar a gestação, o parto e o pós-parto durante uma pandemia provocada por um vírus ainda inexplorado pode ser motivo de sentimentos como incertezas e aflições⁽¹⁴⁾, principalmente quando se considera o cenário mundial estabelecido e seus efeitos como determinantes para um isolamento social, já que mulheres gestantes se tornaram uma fração da população de risco para o vírus da covid-19. Afirma-se, ainda, que esse distanciamento dos familiares e amigos nesse período provocou incertezas e medo, não permitindo a elas compartilhar, presencialmente, as alegrias e descobertas desse período.

Com a presente crise sanitária ocasionada pela covid-19, o isolamento social não apenas está gerando formas de adoecimento, mas também pode estar fomentando fatos que já estavam no espaço do desprazer psicossocial⁽³⁾.

Corroborando com os achados desta pesquisa, em que as falas das participantes evocam a importância da presença familiar em um momento tão delicado como a gestação e o puerpério, autores reconhecem que o amparo à mulher durante a pandemia pode estar reprimido devido ao distanciamento social, o que prejudica ainda mais esse período vivenciado pela mulher, tornando-a mais exposta, vistas as alterações hormonais, sociais e familiares ocasionadas com a vinda de uma criança⁽¹⁵⁾.

Esses aspectos do distanciamento social invalidam marcos importantes vivenciados ao longo de uma gestação, desde a seleção do enxoval, das roupas e do quarto do bebê até os laços e aprendizados que eram compartilhados entre familiares, amigos e conhecidos, interrompidos no contexto de pandemia⁽¹⁶⁾.

Afirma-se que é imprescindível garantir os direitos das mulheres, mesmo neste período de pandemia. Para isso, deve-se instituir, durante as consultas de pré-natal e maternidade, a avaliação de fatores de riscos e triagens de sintomas. Também, deve-se garantir o acesso dessas gestantes a serviços especializados, bem como garantir cuidados aos recém-nascidos e escuta de saúde mental e psicossocial⁽¹⁵⁾.

Entretanto, essa posição é discutível, pois mesmo com todas as políticas implementadas e institucionalizadas pelo SUS, que garantem os direitos sociais e femininos, afirma-se que, nesse período de pandemia de covid-19, as mulheres podem se deparar com maior complexidade para que suas escolhas sejam respeitadas pelos profissionais e serviços, devido à crise sanitária⁽¹⁷⁾.

Destaca-se que as consultas de pré-natal e os exames de rotina da gestação deverão ser mantidos. Nos casos de gestantes de risco habitual e de município que apresente risco de transmissão de covid-19 elevado, pode-se pensar em espaçar as consultas. Nos casos de gestantes positivas ou suspeitas para covid-19, deverá ser mantido o isolamento social no período de 14 dias, tanto para elas como para seus familiares, e a equipe da atenção primária de saúde deverá acompanhá-la via telefone a cada 48h. Os exames e consultas de rotina devem ser adiados por 14 dias, se possível, e o atendimento a essas mulheres poderá ser realizado em local isolado das demais gestantes⁽¹⁸⁾. Ainda, durante as consultas, é fundamental que o profissional instrua essas mulheres sobre os cuidados de higiene e contaminação relacionados à covid-19⁽¹⁸⁾.

A literatura aponta redução importante aos acompanhamentos de pré-natal em cerca de 44%, relacionados ao período anterior ao cenário pandêmico⁽¹⁹⁾. Acredita-se que esse impacto possa ter ocorrido devido à apreensão de se buscar serviços de saúde e às hesitações e incertezas de se sair do domicílio, bem como, possivelmente, ao aumento dos sinais e sintomas de depressão e ansiedade⁽¹⁷⁾. Sendo assim, é relevante o incentivo à continuidade do acompanhamento pré-natal para a preservação da saúde e do bem-estar materno-fetal, otimizando recursos que proporcionem o acesso das gestantes a consultas e exames periódicos⁽¹⁶⁾.

A presença do acompanhante é fundamental durante as consultas de pré-natal, parto, nascimento e pós-parto, já que esses momentos representam um período de ansiedade, medo e insegurança para as mulheres. Ainda, o acompanhante pode ser o principal fator para auxiliar essa mulher, seja no parto, no aleitamento e até mesmo no manejo emocional da mulher⁽¹⁵⁾.

Vale ressaltar que é permitida a presença do acompanhante durante o parto, mesmo que a mulher tenha resultado positivo para SARS-CoV-2. Entretanto, não pode haver troca de acompanhante e o familiar que permanecer não poderá pertencer ao grupo de risco para covid-19. Reforça-se a importância de os serviços de saúde estarem cientes e garantirem os direitos das gestantes, promovendo um cuidado seguro e humanizado⁽²⁰⁾. Esse acompanhante deverá

permanecer com máscara cirúrgica e ser orientado quanto aos cuidados de higiene e contato. Não é recomendada a entrada de visitas durante esse período em instituições hospitalares⁽²⁰⁾.

Após a alta da maternidade é fundamental a continuidade dos cuidados de distanciamento social e de higiene. Sabe-se que esse é um momento em que muitos intencionam visitar e conhecer o novo bebê, poré, neste momento de pandemi, não é o indicado. Limitar a vinda de outras pessoas na residência é importante para a proteção coletiva⁽¹⁴⁾.

Neste contexto, em que essas mulheres vivenciam inúmeras alterações físicas, psicológicas, hormonais e sociais, tornando-as mais vulneráveis a alterações psicológicas, é necessário apoio familiar e de profissionais especializados para identificar sintomas de depressão e ansiedade, e fornecer o apoio necessário⁽¹⁶⁾.

Destaca-se que o enfermeiro tem papel fundamental em todo o processo de acompanhamento da mulher, desde o planejamento familiar até o pré-natal, a hospitalização e alta, e o acompanhamento da mãe e do bebê, realizando acolhimento, orientação, apoio e cuidado, essenciais na assistência de enfermagem perinatal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados da pesquisa evidenciam que a pandemia de covid-19 impactou a experiência da gestação e do parto de mulheres que viveram a gestação e o puerpério nesse contexto, principalmente devido à à necessidade de isolamento social e aos riscos da pandemia.

Percebe-se que marcos importantes da gestação, como a compra do enxoval do bebê e o chá de fraldas,, não ocorreram como planejado. A grande maioria não pôde compartilhar muitos desses momentos alegres com amigos e familiares. O nascimento, que costuma ser um período de muita união com a família e com os amigos, tornou-se mais solitário. O retorno da família para casa, após o nascimento, já não ocorreu como antigamente, pois foi necessário o resguardo de muitas das pessoas que desejavam conhecer o novo integrante da família.

Os efeitos da pandemia de covid-19 despertaram diversos sentimentos entre as mulheres que pariram e gestaram nesse período, como insegurança, medo e solidão.

Ao término desta pesquisa, sugere-se maior aprofundamento do tema com foco no crescimento e desenvolvimento das crianças que nasceram neste contexto de pandemia.

REFERÊNCIAS

- 1 Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual de Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Seção de Saúde da Mulher e Coordenação Estadual da Atenção Básica. Nota de alerta SES RS: mortalidade materna por Covid-19. Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde; 2020b [citado 18 out 2021]. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/covid19/item/1109-nota-de-alerta-ses-rs-mortalidade-materna-por-covid-19-monitoramento-das-gestantes-e-puerperas-com-sindrome-gripal-e-confirmadas-com-covid-19>
- 2 Paixão GPN, Campos LM, Carneiro JB, Fraga CDS. A solidão materna diante das novas orientações em tempos de SARS-CoV-2: um recorte brasileiro. Rev. Gaúcha Enferm [Internet]. 2021 [citado 10 nov 2021]; 42(spe). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/DQ546XgcBsqpcrZ7WXMskGf/?lang=pt>
- 3 Freitas FRN, Alves MCS, Freitas DJN, Souza ATS, Pereira MS, Bessa JL, et al. Saúde mental em tempos de isolamento social por Covid-19. Saúde e Desenvolvimento Humano. 2021 [citado 29 out 2021];9(2). Disponível em: https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/saude_desenvolvimento/article/view/6954/pdf
- 4 Freitas FRN, Alves MCS, Freitas DJN, Souza ATS, Pereira MS, Bessa JL, et al. Saúde mental em tempos de isolamento social por Covid-19. Saúde e Desenvolvimento Humano. 2021 [citado 29 out 2021];9(2). Disponível em: https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/saude_desenvolvimento/article/view/6954/pdf
- 5 Rich M. Gravidez durante a pandemia de Covid-19: como melhor proteger você e seu bebê. UNICEF [Internet]. 20 abr. 2021 [citado 13 out 2021]. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/gravidez-durante-pandemia-de-covid-19>
- 6 Brasil. Ministério da Saúde. Sobre a doença. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020b [citado 17 out 2021]. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#o-que-e-covid>
- 7 Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2): atualizada em 09/09/2021. Brasília, DF: Anvisa; 2021 [citado 13 out 2021]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/covid-19-orientacoes-da-anvisa-para-servicos-de-saude/>
- 8 Brasil. Ministério da Saúde. Governo recomenda vacinação contra Covid-19 em gestantes e puérperas sem comorbidades. gov.br [Internet]. 09 jul 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2021/07/governo-recomenda-vacinacao-contr-covid-19-em-gestantes-e-puerperas-sem-comorbidades>
- 9 World Health Organization (WHO). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: WHO; 2016 [citado 21 out 2021]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912eng.pdf;jsessionid=CA44380BA5465D%20F%206%20A104BF3DEC2F85A6?sequence=1>

- 10 Brasil. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS [lei na Internet]. Diário Oficial da União 08 abr 2005 [citado 20 out 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm
- 11 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Diário Oficial da União 2011 [citado 21 out 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
- 12 Gaskell G. Entrevistas individuais e de grupos. In: Bauer MW, Gaskell G. (Org.). Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Vozes; 2013. p. 64-89.
- 13 Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Grupo Almedina; 2016.
- 14 Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [resolução na Internet]. Diário Oficial da União 2012 [citado 01 nov 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
- 15 Aranha MEP. Puerpério durante a pandemia de Covid-19: rede de apoio para participantes de um grupo de gestantes e casais grávidos. Florianópolis. Monografia [Graduação em Enfermagem] – Universidade Federal de Santa Catarina; 2021 [citado 01 nov 2021]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/228280/TCC-%20Maria%20Eduarda%20FINAL%20REPOSITO%cc%81RIO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 16 Cardoso PC, Sousa TM, Rocha DS, Menezes LRD, Santos LC. A saúde materno-infantil no contexto da pandemia de COVID-19: evidências, recomendações e desafios. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2021 [citado 01 nov 2021];21(supl. 1):S221-S228. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/3MYSwYYhwKnnFbNGQvWCcwH/?format=pdf&lang=pt>
- 17 Silva ALM, Oliveira AS, Ruas BJS, Barbosa LPLP, Landim MEPA, Bruno RR, et al. Os impactos no pré-natal e na saúde mental de gestantes durante a pandemia de COVID-19: uma revisão narrativa. Revista Eletrônica Acervo Científico. 2021 [citado 02 nov 2021];34. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/cientifico/article/view/8633/5255>
- 18 Souza KV, Schneck S, Pena ED, Duarte ED, Alves VH. Direitos humanos das mulheres no parto frente à pandemia de covid-19: o que fazer da enfermagem obstétrica. Cogitare Enferm. 2020 [citado 02 nov 2021];25:e73148. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/73148/pdf>
- 19 Rio Grande do Sul. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Seção da Saúde da Mulher. Nota técnica 01/2020: orientações sobre o atendimento de pré-natal diante da pandemia do Covid-19. Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde; 2020 [citado 03 nov 2021]. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202006/05102723-04181050-nt-01-orientacoes-sobre-o-atendimento-de-pre-natal-diante-da-pandemia-do-covid-19-02jun.pdf>

- 20 Chisini LA, Castilhos ED, Costa FS, D'Avila OP. Impact of the COVID-19 pandemic on prenatal, diabetes and medical appointments in the Brazilian National Health System. Rev. Bras. Epidemiol. 2021 [citado 10 nov 2021];24(supl 1)]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/XFbBvgSPLDWSD98vpcS3TRQ/?lang=en>
- 21 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Ciclos da Vida. Coordenação de Saúde das Mulheres. Nota técnica nº 7/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020 [citado 03 nov 2021]. Disponível em: https://saude.mg.gov.br/images/noticias_e_eventos/000_2020/mar_abr_maio/14-04_NOTA-TECNICA-N-72020_COSMU__08_04.pdf

ORIENTAÇÕES ÀS GESTANTES SOBRE A CONSTRUÇÃO DO PLANO DE PARTO DURANTE O PRÉ-NATAL²⁸

Vitória Hahn Hendler²⁹

Vania Schneider³⁰

Raquel Vieira Schuster³¹

Vania Celina Dezotti Micheletti³²

Aline Aparecida da Silva Pierotto³³

RESUMO

Objetivo: descrever as orientações dos profissionais médicos e enfermeiros às gestantes durante o pré-natal na Atenção Primária à Saúde. Investigar se os referidos profissionais utilizam o plano de parto durante as consultas de pré-natal. **Método:** trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, realizada em um município da região metropolitana de Porto Alegre. **Resultados:** os resultados revelaram três categorias: as orientações fornecidas durante o pré-natal, plano de parto: uma ferramenta a ser utilizada e a comunicação entre os serviços de saúde do município. **Considerações finais:** este estudo possibilitou descrever as orientações fornecidas às gestantes, por médicos e enfermeiros, durante o pré-natal, assim como os motivos para a não utilização do plano de parto no município em todos os atendimentos.

Palavras-chave: Cuidado Pré-Natal; Parto; Saúde Materno-Infantil.

INTRODUÇÃO

A gravidez ocorre quando um óvulo é fecundado por um espermatozoide, gerando um novo ser. Durante a gestação, o casal e a sua família passam por grandes transformações e

28 Artigo baseado na monografia elaborada para o Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem, Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

29 Bacharel em Enfermagem pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS, São Leopoldo, RS. Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família pela Feevale, Novo Hamburgo, RS. E-mail: vitoriahahnhendler@gmail.com. ORCID: 0000-0002-9727-8855.

30 Mestre em Saúde Coletiva (2005) pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Coordenadora do Curso de Graduação de Enfermagem/Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS, São Leopoldo, RS. E-mail: vanias@unisinobr. ORCID: 0000-0002-0938-2303.

31 Mestre em Enfermagem pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS (2018). Professora no Curso de Enfermagem da Unisinobr. E-mail: raqvieira@unisinobr. ORCID: 0000-0002-8021-1443.

32 Doutora em Ciências Pneumológicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS (2012). Coordenadora e professora da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinobr) nos programas de Atenção Básica e Saúde Mental e professora na Graduação em Enfermagem na Unisinobr. E-mail: vaniadm@unisinobr. ORCID: 0000-0003-1254-7479.

33 Mestre em Saúde da Criança pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS, Porto Alegre, RS. Coordenadora e Professora do Curso de Graduação de Enfermagem/Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS, São Leopoldo, RS. E-mail: apierotto@unisinobr. ORCID: 0000-0002-8040-9177.

o corpo da mulher vai se modificando lentamente, preparando-se para o parto⁽¹⁾. Ao longo desse período, o pré-natal (PN) possui como objetivo assegurar o desenvolvimento saudável da gestação, abordando aspectos físicos, psicossociais e atividades preventivas e educativas⁽¹⁾.

O momento da gravidez e do parto costumam ser únicos para os pais e para as suas famílias, então, é usual que eles busquem uma compreensão mais ampla e abrangente da situação. De acordo com o Ministério da Saúde (MS), informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde, a fim de promover a compreensão do processo de gestação⁽¹⁾. As informações e orientações fornecidas durante o PN contribuem significativamente para a satisfação e sucesso da mulher no trabalho de parto e parto, além de influenciarem na sua autonomia⁽²⁾.

Dessa forma, o Plano de Parto (PP) surgiu no final dos anos 1970, introduzido por educadores pré-natais, como uma ferramenta facilitadora da comunicação entre gestantes e profissionais de saúde. O instrumento é responsável por encorajar a tomada de decisão informada sobre as escolhas, os riscos e os resultados do trabalho de parto⁽³⁾. Desde 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a construção do PP e considera o instrumento como um mecanismo de encorajamento às mulheres pela busca de informação adequada, construção de expectativas reais relacionadas à maternidade e o desempenho do seu protagonismo⁽⁴⁾.

Os profissionais que realizam o PN desempenham um papel primordial no apoio à elaboração de PPs condizentes com a condição clínica das mulheres e com a realidade do serviço de saúde a ser usufruído, assim como no cumprimento destes durante todo processo de parturição⁽⁵⁾. É essencial a qualificação da atenção à gestante, garantindo que as decisões sejam tomadas de forma clara e compartilhada entre a gestante e a equipe de saúde. Infelizmente, poucos serviços de saúde brasileiros conseguem implementar o PP, e muitos profissionais sequer conhecem o significado dessa terminologia⁽⁶⁾. Assim, as questões da pesquisa são: “Quais são as orientações fornecidas pelos médicos e enfermeiros às gestantes durante o pré-natal na APS, em um município da região metropolitana de Porto Alegre? Utilizam o plano de parto?”

Buscando responder as questões de pesquisa deste estudo, os objetivos foram: descrever as orientações dos profissionais médicos e enfermeiros às gestantes durante o pré-natal na Atenção Primária à Saúde e investigar se os referidos profissionais utilizam o plano de parto durante as consultas de pré-natal.

MÉTODO

O presente estudo trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa. Entende-se por pesquisa qualitativa a que trabalha com a profundidade do ser humano,

sua capacidade de modelar e criar experiências e a convicção de que a verdade é um conjunto de realidades⁽⁷⁾.

A pesquisa foi realizada na rede de Atenção Primária de Saúde (APS), em Estratégias de Saúde da Família (ESF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) de um município da região metropolitana de Porto Alegre. Os participantes deste estudo foram enfermeiros e médicos que realizam o pré-natal na APS do município. Os critérios de inclusão exigiam a formação em Enfermagem ou Medicina e que o profissional realizasse consultas de pré-natal na APS do município em questão. Para os critérios de exclusão foram considerados enfermeiros e médicos que estivessem de férias, licença ou afastados por algum motivo, no período da coleta de dados.

Os dados foram coletados a partir da realização de uma entrevista semiestruturada por meio de videochamada pela plataforma Microsoft Teams e tiveram duração aproximada de 15 a 20 minutos, sendo todas elas gravadas e posteriormente transcritas. Para a análise dos dados, empregou-se a técnica de análise de conteúdo, sugerida por Bardin⁽⁸⁾, que contempla a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados junto com a inferência e a interpretação.

O presente estudo foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Vale do Rio dos Sinos e da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Leopoldo (CAAE: 34971120.3.0000.5344). O estudo respeitou as diretrizes da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, que regulamenta a pesquisa em seres humanos⁽⁹⁾. Aos profissionais foi lido ou enviado por e-mail, conforme a solicitação de cada participante, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ao qual eles responderam de forma verbal ou escrita que estavam de acordo. A todos os participantes foi garantido a confidencialidade dos dados e o anonimato das suas identidades.

RESULTADOS

O estudo abrangeu sete profissionais atuantes em um município da região metropolitana de Porto Alegre, sendo eles enfermeiros e médicos, com idades entre 28 e 54 anos. O tempo de atuação no local variou entre quatro meses e nove anos e o tempo de realização de PN no local também, com exceção de uma profissional que atua no serviço há nove anos e começou a realizar o pré-natal há dois anos, antes realizando apenas a primeira consulta da gestante.

Os resultados encontrados se dividiram entre três categorias temáticas, sendo elas: O pré-natal e as orientações fornecidas, o plano de parto: uma ferramenta a ser utilizada e a comunicação entre os serviços de saúde do município.

As orientações fornecidas durante o pré-natal

Neste tópico serão abordados os relatos dos profissionais referentes às orientações fornecidas durante as consultas de pré-natal. Entre as orientações transmitidas, as mais prevalentes foram sobre a alimentação, ingesta hídrica e a realização dos exames que fazem parte do período gestacional, abordando principalmente as orientações referentes às primeiras consultas.

A primeira consulta é sempre com a enfermeira, é que a gente mais aborda informações, tanto sobre o início do pré-natal, como que vai funcionar o pré-natal, a gente explica que faz o pré-natal intercalado, uma consulta com o médico e outra com a enfermeira, como funciona o agendamento, o tempo entre uma consulta, os exames, a gente aborda sobre vacinas, teste rápido, a presença do parceiro, se o parceiro já estiver presente na primeira consulta a gente já realiza os testes rápidos, fala pra ela sobre o pré-natal do parceiro... Também inicia brevemente orientações sobre alimentação [...] sobre a ingestão de líquidos, sobre os cuidados, os sinais de alerta... (M.T.)

Pede exames, faz teste rápido e se tá tudo bem a gente dá orientação sobre alimentação, inicia o ácido fólico, orientação sobre o que pode comer e o que não pode comer, elas vêm com bastante dúvidas. (F.M.) [...] na primeira consulta é mais aquele buscar geral assim sobre os antecedentes obstétricos da gestante, se ela tem alguma questão social que a gente pode fazer alguma orientação, e aí a gente já entra ali na primeira consulta com as orientações nutricionais, com as orientações sobre ingesta hídrica, orientação sobre tabaco, álcool, drogas, todas essas primeiras orientações gerais. A partir da segunda é feita com o médico, na terceira elas já retornam comigo e já tem uma ecografia então a gente já tem os resultados dos primeiros exames, então a gente já consegue olhar para os exames e ver se tem alguma deficiência nutricional ali, ver como tá os exames e a partir dali a gente já pode ter mais portas de discussões para ter com a paciente... (F.L.)

Alguns profissionais entrevistados relataram a realização de orientações voltadas para a fisiologia do trabalho de parto, mas não para todas as gestantes, como podemos ver nas falas a seguir:

Eu gosto de falar sobre o parto, sobre o que é o parto em si, qual é a fisiologia, e daí eu uso alguns desenhos, eu tenho algumas réguas também que eu uso pra falar sobre dilatação, sobre posições, né, o que ajuda pro alívio da dor, que o marido pode atuar junto também... (S.L.)

Converso sobre o trabalho de parto, sobre algumas intervenções que são feitas, né, mas não de rotina, para algumas eu converso e com outras não. (G.T.)

Quando questionados os profissionais sobre o motivo de não fornecerem esta orientação para todas as gestantes, a falta de tempo foi o principal fator indicado. Também foi observado que muitas das consultas eram voltadas para o quadro de saúde geral da mulher, que é um dos objetivos do pré-natal, deixando outros temas para serem abordados conforme o questionamento das usuárias.

[...] eu dou liberdade pra gestante conversar sobre os seus medos, os seus receios, as suas dúvidas, sempre me coloco a disposição porque às vezes assusta uma gestante de primeira viagem, mas eu sou muito pontual, é tudo muito direcionado porque senão eu vou ficar a tarde toda com uma gestante e as outras vão me matar lá fora. (C.M.)

Um tema pouco abordado pelos profissionais durante as consultas foi o da violência obstétrica. Menos da metade dos entrevistados relatou que conversa sobre o assunto. Porém, uma enfermeira declarou que costuma abordar o tema desde a primeira consulta, como forma de empoderar a mulher.

[...] assim, a primeira orientação que parte da gente é orientar sobre a violência obstétrica, porque eu acho que toda essa política da humanização, toda essa política veio através da violência que as mulheres estavam sofrendo e eu tento explicar, falando o que é o parto humanizado, sobre as práticas que são ilegais, essas práticas que não tem base científica pra serem praticadas, então assim, dando pra elas... abrindo a porta pra elas terem um entendimento para que no momento do parto elas possam dizer que não aceitam os procedimentos e o porquê elas não aceitam. Se não elas ficam muito inseguras, o pessoal fala "ah, eu vou ter que fazer isso, se não o teu bebê vai morrer" então elas acham que o bebê vai morrer. Então a gente começa a partir daí a abordar assim e abrir algumas portas pra gente falar com elas sobre, principalmente o campo da violência obstétrica, principalmente porque o [...] ainda não tem um trabalho humanizado no Centro Obstétrico, então é bem ruim pra gente como profissional preparar a gestante, fazer todo um trabalho com um pré-natal muito bonito e chegar lá e a gente tem uma decepção depois, sobre o atendimento que ocorre, né. Mas fazer o que, né? Faz parte. (F.L.)

Alguns profissionais entrevistados comentaram que há alguns anos existia um projeto municipal em que as gestantes podiam visitar o Centro Obstétrico e a Maternidade como forma de criar vínculo com o hospital.

Antigamente, eu lembro, isso já faz um tempo, que o hospital fazia visita pra conhecer o Centro Obstétrico, né. Alguns hospitais fazem isso, particulares geralmente fazem, de tu conhecer a maternidade, e eu acho que isso, claro que agora não se aplicaria porque a gente tá na

pandemia, mas eu acho que seria importante pra inserir as gestante, às vezes a gente fala do hospital, mas é a primeira gestação, ou às vezes elas ganham em outro hospital [...] eu acho que ter esse acesso, a gente conversar, ligar pra lá e poder discutir casos com esses profissionais, eu acho que seria importante e facilitaria a gente planejar um, fazer o plano de parto, né. (B.A.)

Muitas orientações e discussões aconteciam durante os grupos de gestantes, atividade que não estava acontecendo durante a coleta de dados devido a pandemia causada pelo SARS-CoV-2.

[...] como os grupos a gente acabou não fazendo por causa da pandemia, são os espaços que a gente pode estar conversando sobre outras coisas, pra além dos exames, pra além de fazer aquela questão da anamnese, exame físico da gestante, pra ver se tá tudo bem, né. Eu acho que ter esses outros momentos assim são bem importantes para poder conversar... (G.T.)

Plano de Parto: uma ferramenta a ser utilizada

Os sete entrevistados relataram não utilizar o plano de parto e quatro conheciam a ferramenta. Quando questionado aos participantes que estavam familiarizados quais eram os motivos para a não utilização do PP, foram apontados a falta de tempo, a dificuldade de entendimento das gestantes devido a sua vulnerabilidade social e o fato de não constar no protocolo de Saúde da Mulher do município.

No SUS a gente trabalha com demanda e se tu começa a perder... não é perder, mas se tu destinas muito tempo para uma gestante, para explicar o que seria o plano de parto ou o que o hospital poderia oferecer para ela, as consultas de pré-natal eu vou ter que fazer em um turno inteiro, manhã e tarde e não dá, porque é corrido. (C.M.)

Eu acho que as consultas às vezes acabam sendo tão corridas. Assim, a gente não tem tanto tempo, espaço pra conversar sobre isso... (G.T.)

Bom, daí também não é uma coisa que a gente pode deixar de ofertar por isso, mas por ser um público bem carente também... não sei se por a gente acabar trabalhando bastante com pessoas bem carentes, não sei se elas iriam assim, é... não sei te dizer se no hospital eles conseguiriam atender, porque assim é meio frustrante porque como a gente tem o retorno de como é no hospital, a gente não tem aquele estímulo, então eu passo o básico pra elas saberem que existe e que tem, e pra elas tentarem conversar lá, mas a gente sabe que a realidade é diferente aqui no município. (S.L.)

Na maioria das vezes as gestantes são gestantes adolescentes ou gestantes com vários filhos, múltiparas, mas que o entendimento delas não é bom. Mas não entenda isso como uma coisa preconceituosa, elas infelizmente não tiveram oportunidade de estudar. (C.M.)

[...] algumas orientações do plano de parto a gente utiliza, mas ele estruturado a gente não tem na rede disponível. (F.L.)

Outro fator apontado foi o medo de frustrar a gestante, como é possível perceber nas seguintes falas:

[...] na realidade que nós vivemos hoje a gente pode criar um plano de parto e chegar lá na hora e não ter essa opção, o que é frustrante para essa mulher. Além de outras frustrações, expectativas para essa gestante que se cria na gestação. Vai ver ela faz todo o plano pra um parto vaginal e mais natural possível e acaba evoluindo para uma cesárea e o quanto isso é frustrante, né. (M.T.)

Eu vou falar pra gestante que ela vai ter a possibilidade de ir pro chuveiro, vai ter um parto humanizado, vai ter um parceiro e atualmente não tá acontecendo isso, então a gente foca mais no tipo de trabalho de parto, mais no que ela tem que levar, como vai ser, como é o acesso, né. (B.A.)

A maioria dos profissionais responderam que teriam interesse em usar a ferramenta nas consultas de pré-natal.

Com certeza, tenho total interesse porque elas são muito beneficiadas. Nossa, teria total interesse. Acho que enriquece muito o nosso trabalho, tudo que a gente pode estar apoiando nesse momento tão especial e importante na vida delas, o que pode estar trazendo melhorias, com certeza eu implementaria. (T.G.)

Eu tenho bastante interesse sim, mas sempre acho que isso deve estar articulado e vinculado com toda a rede para que aconteça da melhor forma possível... acho que isso precisa ser mais abordado porque na verdade, até a ida ao hospital tá muito claro o que precisa ser feito porque a gente reforça muito aqui na Atenção Primária, mas até pra nós a gente tem um conhecimento de pós-graduação, mas eu nunca conheci a maternidade do nosso hospital de referência, o que seria interessante até pra gente fazer esse plano de parto e saber o que é acessível também. (M.T.)

A comunicação entre os serviços de saúde do município

Nessa categoria, emergiram relatos sobre a importância do trabalho em saúde por meio de Redes de Atenção à Saúde (RAS).

[...] se a Atenção Primária tivesse mais conversa com a rede, e com o [...] em si, tivesse essa troca, né, do conhecer a unidade, conhecer o centro obstétrico, por exemplo, eu não conheço o centro obstétrico, eu conheço alguns profissionais que eu conheço da vida, né, mas eu não

sei quem são os profissionais que atendem lá, como é a estrutura do C.O. Eu acho que isso seria importante, a gente ter essa troca de conhecer, de também ter uma abertura de ligar e conversar. (B.A.) [...] se a gente conseguir ter também uma ligação entre a atenção básica e a atenção secundária lá no hospital, a gente vai desenvolver um trabalho, um plano de parto onde a gente está orientando e sabe que tem recursos para ser realizado [...] então, se houvesse uma integração entre a primária e a secundária, quem seria beneficiária seriam as gestantes e os bebês que nasceriam muito melhor, né. (F.L.)

Evidenciaram-se relatos negativos referentes à comunicação entre os serviços de saúde do município.

A gente lê o que tá na nota de alta, essa é a nossa comunicação com o serviço. (M.T.) [...] a gente não tem uma ligação com o hospital, antes de se falar de pandemia já não tinha, agora a gente tá na pandemia então tá tudo fora dos eixos, né. Mas antes de se falar em pandemia, não existia a rotina de visita à maternidade, de ela conhecer o local, de ela saber onde ela vai entrar, ela ter o acompanhante com ela, ela ter um apoio de alguém da família no momento do nascimento do bebê, então tudo interfere assim. Parece que não é ligado, sabe? Às vezes acontece alguma coisa no parto que a unidade básica, que é quem vai prestar o atendimento depois, deveria ter conhecimento e a gente não tem conhecimento. Às vezes não tem uma nota de alta, a gente não consegue seguir os cuidados... e é bem ruim assim, essa comunicação entre a atenção primária e a secundária, que não ocorre. (F.L.)

DISCUSSÃO

Conforme o MS, é recomendado que durante o PN a gestante receba orientações relacionadas a vários temas, sendo fundamental conversar sobre o trabalho de parto e o parto⁽¹⁾. De acordo com o resultado de pesquisa⁽¹⁰⁾ realizada com 358 puérperas de uma maternidade pública do sul do Brasil, 52% das mulheres não receberam qualquer orientação para o parto durante as consultas de PN.

No município onde o estudo foi desenvolvido, o atendimento pré-natal é realizado por meio da padronização pelo Protocolo de Saúde da Mulher, elaborado pela gestão municipal a partir de orientações do MS. De acordo com o documento, as orientações referentes ao preparo para o parto, como as vantagens do parto normal, os sinais de trabalho de parto e o processo fisiológico do mesmo devem ser abordados com todas as gestantes, principalmente a partir da trigésima sexta semana⁽¹¹⁾.

O estudo já citado⁽¹⁰⁾ indica que variações em características socioeconômicas, demográficas e obstétricas não impactam em diferentes orientações para o parto durante o PN. Mesmo assim, vale a pena mencionar que as mulheres que haviam realizado cesárea anteriormente foram menos orientadas (20,9%) sobre o parto do que as mulheres com parto normal anterior (43%).

No protocolo municipal de Saúde da Mulher é abordada a importância de se discutir com a gestante sobre a violência institucional que ela pode sofrer, citando exemplos desde agressões verbais ou físicas até as práticas inadequadas como tricotomia, lavagem intestinal e manobra de Kristeller⁽¹¹⁾. Como foi encontrado no presente estudo, o tema da violência obstétrica foi pouco abordado pelos profissionais. A falta de conhecimento de seus direitos leva a parturiente a naturalizar a violência, acarretando na experiência de dor, sofrimento e angústia. Para evitar tal cenário, é necessário que o tema seja discutido⁽¹²⁾.

Dessa forma, a educação em saúde sobre a violência obstétrica durante o PN é benéfica à gestante, pois além de incentivar a sua autonomia, aumenta a sua autoconfiança e o seu poder de escolha frente aos procedimentos realizados com o seu corpo⁽¹³⁾. Porém, é importante questionar se apenas a educação em saúde sobre o tema ao longo do pré-natal é suficiente. Parturientes entrevistadas em um estudo realizado em 14 maternidades públicas do Estado do Tocantins relataram outros fatores como predominantes. A formação precária, a desorganização dos serviços, a ausência de educação permanente em saúde, os problemas estruturais e o descumprimento de práticas baseadas em evidências científicas foram os principais pontos identificados pelas mulheres como contribuintes para o fenômeno, não sendo citada a falta de conhecimento sobre o tema como um fator⁽¹⁴⁾.

Uma outra prática benéfica são os grupos de gestantes⁽¹⁵⁾, que possibilitam a troca de experiências e a prática de ações de educação em saúde no formato mais eficiente, que é inserido dentro da comunidade, dando voz para os usuários. De acordo com o MS, as visitas à maternidade e os encontros de grupos de gestantes de forma presencial foram suspensos devido a pandemia ocasionada pelo SARS-CoV-2, a fim de prevenção⁽¹⁶⁾. Os achados do presente estudo estão em concordância com os resultados encontrados na literatura, porque mesmo que estas práticas não estivessem ocorrendo durante a coleta de dados, foram apontadas pelos entrevistados como importantes.

Referente ao PP, o MS orienta que é necessário estimular e informar a gestante sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo, durante esse processo, a elaboração da ferramenta como o oitavo passo para o PN de qualidade na APS⁽¹⁾. A construção do mesmo serve como auxílio para a comunicação e a tomada de decisão da mulher acerca do seu processo de parturição, promovendo o empoderamento e atuando na prevenção da violência obstétrica⁽¹⁷⁾.

Um resultado de revisão integrativa da literatura publicada em 2019 apontou os principais desafios relacionados a utilização do PP, dentre os quais destacam-se: necessidade de maior divulgação entre os profissionais devido à falta de conhecimento sobre a ferramenta; a inclusão nas rotinas dos serviços da APS e; o apoio de profissionais que conhecem a realidade dos serviços de saúde obstétrica para a realização de PP flexíveis e realistas⁽⁵⁾. Os achados do presente estudo estão em concordância com a literatura quando mostram que não eram todos os profissionais que estavam apropriados sobre o PP, e os que referiam ter conhecimento alegaram não utilizar devido à falta de inclusão no protocolo do município, além de relatarem a falta de comunicação entre os pontos da rede de saúde.

Alguns dos fatores para a pouca utilização do PP é a sua baixa adesão nos protocolos de enfermagem e a falta de conhecimento dos enfermeiros em relação ao instrumento. Também se aponta a necessidade de reformulação destes protocolos para respaldar e incentivar a assistência do profissional de enfermagem⁽¹⁸⁾.

Os resultados do presente estudo indicam o interesse dos profissionais em empregar o PP em suas consultas. Esse comportamento já foi observado em um estudo com quinze enfermeiros que realizam pré-natal⁽¹⁹⁾. Neste estudo, os autores apontam o desejo dos participantes em aprender sobre o planejamento do parto e, mediante a inclusão no protocolo municipal, aplicar no cotidiano do seu trabalho.

Referente aos resultados encontrados sobre a comunicação entre os serviços de saúde do município, estudos⁽²⁰⁾ evidenciaram que o PP é uma ferramenta capaz de melhorar a comunicação com os profissionais envolvidos no cuidado à gestante e promover resultados maternos e neonatais mais satisfatórios. Porém, ressalta-se que, para atingir esses resultados, torna-se fundamental a adesão do instrumento pelos serviços de saúde, estimulando a sua construção na APS e o seu grau de cumprimento nas maternidades. Para que haja a introdução desta ferramenta no município, torna-se fundamental a educação permanente. Dentre as atribuições do profissional de saúde está a de educação em saúde, como a educação permanente que contribui para a promoção de boas práticas, baseadas em evidências e em consonância com as diretrizes globais de qualidade da assistência e saúde coletiva⁽¹⁰⁾. Dessa forma, é possível observar que para a utilização de um instrumento de excelência e qualidade como o PP é necessária a participação de diversos pontos da RAS, a fim de acarretar maior qualidade para o cuidado materno infantil⁽²⁰⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo apontaram que, dentre as orientações dos profissionais médicos e enfermeiros às gestantes durante o pré-natal na Atenção Primária à Saúde, destacaram-se orientações sobre a alimentação, ingestão hídrica e a realização dos exames que fazem parte do período gestacional. Além disso, foi visto que ainda são pouco abordados temas como a violência obstétrica e o processo de trabalho de parto.

Destaca-se que, dentre os motivos para não se utilizar o Plano de Parto, foram referidos: o desconhecimento dos profissionais em relação à ferramenta; a falta de tempo durante as consultas de Pré-Natal e; o fato de o Plano de Parto não estar inserido no protocolo municipal de Saúde da Mulher. Além disso, foi possível perceber a fragilidade da comunicação entre os pontos de assistência da Rede de Atenção à Saúde, fator importante para a implementação do Plano de Parto.

Considera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para estimular discussões sobre o tema, e que novas pesquisas sejam realizadas visando estimular a qualidade das orientações oferecidas às gestantes durante o pré-natal e a promoção da implantação do Plano de Parto na assistência obstétrica do município.

REFERÊNCIAS

- 1 Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica [Internet]: atenção ao pré-natal de baixo risco. 2012^a [citado 2021 out 07]. Brasília: Ministério da Saúde. 318p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
- 2 Carvalho SS, Oliveira BR, Bezerra ISA. Importância das orientações sobre trabalho de parto nas consultas de pré-natal: revisão de literatura. Revista Educação em Saúde [Internet]. 2019 jul [citado 2021 out 10];7(1):142-50. Semestral. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/234552415.pdf>
- 3 Pennell A, Salo-Coombs V, Herring A, Spielman F, Fecho K. Anesthesia and Analgesia– Related Preferences and Outcomes of Women Who Have Birth Plans. J. midwifery women’s health [Internet]. 2011 jul [citado 2021 nov 01];56(4):376-81. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1542-2011.2011.00032.x>
- 4 World Health Organization (WHO). Health Promotion Glossary [Internet]. [citado 2019 out 01]. Genebra: World Health Organization; 1998. Disponível em: <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
- 5 Medeiros RMK, Figueiredo G, Correa ÁCP, Barbieri M. Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. Revista Gaúcha de Enfermagem [Internet]. 2019 [citado 2021 nov 01];40:1-12. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/FwsQmg48tP6BrWrd95GhWhJ/?lang=pt&format=pdf>
- 6 Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal [Internet]: versão resumida. 2017 [citado 2019 set 24]. Brasília: Ministério da Saúde. 51p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_norm_al.pdf
- 7 Polit DF, Beck CT. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. Ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. 669p.
- 8 Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011. 279p.
- 9 Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União [Internet]. 2012b dez 12 [citado 2019 set 24]. Brasília, DF. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
- 10 Gonçalves MF, Teixeira ÉMB, Silva MAS, Corsi NM, Ferrari RAP, Pelloso SM, et al. Pré natal: preparo para o parto na atenção primária à saúde no sul do Brasil. Revista Gaúcha de Enfermagem [Internet]. 2017 mar 12 [citado 2021 out 07];38(3):1-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/WRW56d7RPFCZQNRhbYk6J3f/abstract/?lang=pt>
- 11 Rio Grande do Sul. Prefeitura Municipal de São Leopoldo. Protocolo de Saúde da Mulher: planejamento reprodutivo, pré-natal e puerpério, prevenção do câncer de colo de útero e mama e climatério. 3. Ed. São Leopoldo: [PMSL]; 2019.
- 12 Silva WB, Santos MWCL, Borba AM, Oliveira AS, Santos PB, Settani SS, et al. Educação em saúde acerca da prevenção da violência obstétrica: relato de experiência. Revista Eletrônica Acervo Saúde [Internet]. 2019 set 04 [citado 2021 nov 01];11(14):1-6. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/1163>

- 13 Andrade LFB; Rodrigues QP; Silva RCV. Boas Práticas na atenção obstétrica e sua interface com a humanização da assistência. Revista Enfermagem UERJ [Internet]. 2017 dez 20 [citado 2021 nov 01];25(1):1-7. Disponível em: <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/26442/0>
- 14 Guimarães LBE, Jonas E, Amaral LROG. Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins. Revista Estudos Feministas [Internet]. 2018 [citado 2012 nov 01];26(1):1-11. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/BPdk4Rs9YqDNcnhMKrFdmJh/?lang=pt&format=pdf>
- 15 Proganti JM, Costa RF. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiras: repercussões sobre vivências de mulheres na gestação e no parto. Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]. 2012 abr [citado 2012 out 17];65(2):257-63. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/ypCfzgv57FwCrVHyqNWbfpM/?lang=pt>
- 16 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Manual de recomendações para a assistência à gestante e puérpera frente à pandemia de Covid-19 [Internet]. 2021 [citado 2021 out 18]. 2. Ed. Brasília: Ministério da Saúde. 84p. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/manual-de-recomendacoes-para-a-assistencia-a-gestante-e-puerpera-frente-a-pandemia-de-covid-19/>
- 17 Narchi NZ, Venâncio KCMP, Ferreira FM, Vieira JR. O plano individual de parto como estratégia de ensino-aprendizagem das boas práticas de atenção obstétrica. Revista da Escola de Enfermagem da USP [Internet]. 2019 set [citado 2021 nov 02];53(1):1-7. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100473
- 18 Santos ES, Queiroz SB. O papel do enfermeiro na elaboração do plano de parto. [trabalho de conclusão de curso]. [Internet]. 2020 [citado 2021 nov 18]. 30p. Curso de Enfermagem, Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos, Gama, Distrito Federal. Disponível em: https://dspace.uniceplac.edu.br/bitstream/123456789/356/1/Edivaneide%20Soares%20dos%20Santos_004436_Suelen%20Borges%20de%20Queiroz_0004435.pdf
- 19 Barros APZ, Lipinski JM, Sehnem GD, Rodrigues NA, Zambiasi ES. Conhecimento de enfermeiras sobre plano de parto. Revista de Enfermagem da UFSM [Internet]. 2017 jun 27 [citado 2021 nov 02];7(1):69-79. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/23270/pdf>
- 20 Silva WNS, Azevêdo JAF, Holanda VR, Gomes ALV, Albuquerque GPM. Plano de Parto como Instrumento das boas práticas no parto e nascimento: revisão integrativa. Revista Baiana de Enfermagem [Internet]. 2019 mar 17 [citado 2021 nov 16];33(1):1-10. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/32894/20761>

AROMATERAPIA PARA PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM ATUANTES NA PANDEMIA COVID-19: RELATO DE EXPERIÊNCIA³⁴

Nathália Fortes Schlotfeldt³⁵

Letícia Martins Machado³⁶

Claudete Moreschi³⁷

Adriane dos Santos Nunes Anacker³⁸

RESUMO

Objetivo: relatar a experiência relacionada à oferta de Aromaterapia a profissionais de enfermagem atuantes em um Centro de Terapia Intensiva para pacientes com complicações pelo Coronavírus. *Método:* trata-se de um relato de experiência acerca do processo de oferta de Aromaterapia a profissionais da equipe de enfermagem de um Centro de Terapia Intensiva de um hospital localizado na região centro-oeste do Rio Grande do Sul no período de agosto a outubro de 2021. **Resultados:** participaram da ação nove profissionais de enfermagem, sendo predominante o sexo feminino, a faixa etária manteve-se entre 20 e 30 anos, o conhecimento pregresso aos óleos essenciais foi descrito em apenas uma resposta. A aceitação ocorreu de maneira expressiva onde os participantes se mostraram empolgados pela busca dos benefícios para sua saúde física e mental. **Conclusão:** a aromaterapia pode se mostrar efetiva na redução do estresse e ansiedade e trazer bem-estar físico e mental, conforme relatado pelos profissionais.

Palavras-chave: Práticas integrativas e complementares; Terapias complementares; Aromaterapia; Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O trabalho desenvolvido pela enfermagem é sistematizado por normas e rotinas de serviços, caracterizado-se por ser uma atividade produtiva cujas ações de saúde são diversificadas, consistindo-se em um labor composto por tarefas e hierarquizado por categorias profissionais⁽¹⁾. O trabalho em ambiente hospitalar é permeado por fatores que podem produzir

34 Artigo resultante de trabalho de conclusão de curso de graduação em enfermagem da Universidade Regional e Integrada do Alto Uruguai e das Missões Campus Santiago.

35 Enfermeira. Universidade Regional e Integrada do Alto Uruguai e das Missões Campus Santiago. E-mail: nathaliafschlotfeldt@gmail.com. ORCID: 0000-0002-6186-5038.

36 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Universidade Regional e Integrada do Alto Uruguai e das Missões Campus Santiago. E-mail: lehmachado@yahoo.com.br. ORCID: 0000-0002-0411-1889.

37 Enfermeira. Doutora em Ciências: Ambiente e Desenvolvimento. Universidade Regional e Integrada do Alto Uruguai e das Missões Campus Santiago. E-mail: clau_moreschi@yahoo.com.br. ORCID: 0000-0003-3328-3521.

38 Enfermeira. Mestre em Educação. Universidade de Santa Cruz do Sul. E-mail: adrianeanacker@unisc.br. ORCID: 0000-0003-4498-4462.

um desgaste psicológico do trabalhador, tais como: as cargas de trabalho, a sobrecarga laboral, os ritmos acelerados de trabalho impostos pela quantidade insuficiente de profissionais e, além disso, deve ser considerado o grau de complexidade das atividades a serem executadas e o nível de conhecimento técnico-científico exigido⁽²⁾.

A pandemia causada pelo vírus SARS-CoV-2 (novo coronavírus) trouxe inúmeros desafios para a população mundial, gerando uma situação de alerta e de muitas preocupações e incertezas, principalmente para os profissionais de saúde que estão atuando na linha de frente. A Organização Mundial da Saúde (OMS) ressalta que os trabalhadores da enfermagem pressionados pela pandemia apresentaram altos níveis de ansiedade, sucedidos do risco de adoecer, provocando diversos problemas de saúde mental e aumentando os casos da Síndrome de Burnout, além de gerar ansiedade, depressão e estresse⁽³⁾.

Diante disso, há estratégias que podem dar suporte ao desconforto vivenciado pelos profissionais de enfermagem. Ressaltam-se as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), as quais possuem eficácia e efetividade comprovadas e se consolidaram como abordagem de cuidado no Brasil através da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), instituída pela Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006⁽⁴⁾.

Dentre as PICS, a Aromaterapia é um dos recursos terapêuticos mais utilizados popularmente e vem se tornando uma área em expansão para a enfermagem. Esta prática é definida como a arte e a ciência que visa a promoção da saúde e do bem-estar do corpo, da mente e das emoções, por meio do uso terapêutico do aroma natural das plantas, através de seus óleos essenciais, do qual suas moléculas podem ser absorvidas pelas vias aéreas por inalação ou em via cutânea por uso tópico⁽⁵⁾.

Assim, este estudo se justifica pelo entendimento de que o trabalho em ambiente hospitalar é, por si só, promotor de agravos à saúde do trabalhador. A pandemia causada pelo novo Coronavírus intensificou o trabalho nos hospitais e, por conseguinte, pode ter aumentado a demanda física e emocional para os trabalhadores de enfermagem.

Frente a isso, tem-se como objetivo relatar a experiência relacionada à oferta de Aromaterapia a profissionais de enfermagem atuantes em um Centro de Terapia Intensiva para pacientes com complicações pelo Coronavírus.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência acerca do processo de oferta de Aromaterapia a profissionais da equipe de enfermagem de um Centro de Terapia Intensiva de um hospital localizado na região centro-oeste do Rio Grande do Sul, no período de agosto a outubro de 2021.

O Centro de Terapia Intensiva possuía 16 leitos para atendimento de pacientes com complicações pelo Coronavírus e contava com uma equipe multiprofissional composta por médicos, nutricionista, dentista, fisioterapeutas, enfermeiros e técnicos em enfermagem.

Foram convidados a participar da ação 22 profissionais de enfermagem, sendo quatro enfermeiros e 18 técnicos de enfermagem. Foram incluídos os profissionais de enfermagem atuantes no Centro de Terapia Intensiva. Foram excluídos os profissionais que estavam em férias ou licença de qualquer natureza no período de desenvolvimento da ação. Assim, participaram nove profissionais de enfermagem. Conduziram a ação uma acadêmica do 10º semestre e uma docente Aromaterapeuta do Curso de Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões.

Primeiramente, a acadêmica se apresentou aos participantes, bem como apresentou a proposta de oferta da Aromaterapia por meio de um *card* informativo compartilhado individualmente pelo aplicativo de mensagens WhatsApp.

Ao aceitarem participar da ação, os profissionais receberam uma ficha de anamnese terapêutica disponibilizada de forma virtual por um formulário do *Google Forms*. Esta ficha objetivou nortear a Aromaterapeuta na realização da anamnese, a qual subsidiou a elaboração das sinergias com óleos essenciais para cada participante, individualmente.

A partir da avaliação das fichas de anamnese e elaboração das sinergias, elas foram entregues pela acadêmica aos participantes juntamente com orientações sobre a forma de uso e precauções, com o suporte da Aromaterapeuta. Ao receberem as sinergias, os participantes foram orientados a borrifar a sinergias nos antebraços duas vezes ao dia e a inalá-las logo após a aplicação.

As respostas ao uso da sinergia de óleos essenciais foram acompanhadas mediante pedido de feedback uma vez por semana, via aplicativo de mensagens WhatsApp. Nos feedbacks, pedia-se que o participante relatasse por mensagem escrita, áudio ou chamada de vídeo, sobre como ele estava percebendo o uso da sinergia; se ele percebia alguma sensação/emoção/percepção nova que poderia estar relacionada ao uso da sinergia e; como ele se sentia frente ao sentimento relatado na ficha de anamnese terapêutica. Foi salientado que o participante poderia entrar em contato a qualquer momento em caso de dúvidas ou efeito colateral.

Ao final das quatro semanas, a acadêmica realizou os agradecimentos pela participação e pela oportunidade de realizar a prática de intervenção profissional. Neste momento, para aqueles que demonstraram interesse, foi lhes revelado quais óleos essenciais compunham a sua sinergia.

RESULTADOS

Verificou-se a predominância de profissionais de enfermagem do sexo feminino (n=8; 89%) em comparação ao sexo masculino (n=1; 11%). Esses dados reforçam estudos existentes sobre a temática que evidenciam a predominância de mulheres atuantes na profissão de Enfermagem. Este predomínio vem atrelado a história da profissão, pois a Enfermagem sempre foi vista como uma profissão feminina, onde a ideia de cuidar e proteger está relacionada à história da mulher⁽⁶⁾.

Destes, cinco (56%) profissionais encontravam-se na faixa etária entre 20 e 30 anos e quatro (44%) na faixa etária entre 30 e 40 anos. Quanto a função que exercem na instituição, constatou-se enfermeiros 33% (n=3) e 67% técnicos de enfermagem (n=6).

Quando questionados sobre possuir problema de saúde diagnosticado, 100% (n=9) respondeu não possuir nenhum tipo de doença. Os profissionais participantes da intervenção se consideram pessoas saudáveis, pois citaram não possuir comorbidades prévias diagnosticadas. Isto pode ser influenciado pela faixa etária, pois a maioria está entre 20 e 30 anos de idade. Eles puderam realizar uma autoavaliação e realizar uma reflexão sobre o seu estado geral de saúde.

Porém, 33% (n=3) relataram fazer uso de medicações, sendo as citadas: Sertralina; Amato; Lexapro e Donaren, a grande maioria pertencente a classe dos antidepressivos. Em consequência ao contexto de trabalho e obstáculos diários, os profissionais ficam expostos ao uso de substâncias psicoativas. Diante disso, surge a importância do conhecimento sobre as drogas psicoativas e os malefícios que causam à vida desses profissionais. Todavia, a automedicação é apenas uma maneira de encobrir a doença que se instala progressivamente nesses trabalhadores, e que exige um diagnóstico e tratamento adequado. A facilidade com a qual estes profissionais dispõem no acesso e manuseio de medicamentos faz-se favorável à automedicação, ainda que conheçam os riscos e os danos inerentes a esse hábito, mas eles se automedicam no intuito de não enfrentar situações incômodas e encarar a árdua jornada de trabalho⁽⁷⁾.

Sobre os hábitos de saúde, 89% (n=8) relataram dormir menos de 8 horas diárias. O sono contribui para a restauração física que visa preservar o ser humano de danos que ocorrem naturalmente durante o desempenho das atividades diárias. Assim, a privação parcial ou total do sono influencia diretamente no desgaste do organismo, produzindo alterações psicofisiológicas que podem levar à: ansiedade, insônia, dificuldade de concentração, ira, tensão muscular, hipertensão e náuseas⁽⁸⁾.

Quanto a ingestão de bebida alcoólica, 89% (n=8) utiliza pelo menos 2 vezes na semana, 67% (n=6) não são tabagistas e 78% (n=7) não praticam atividades físicas. Assim, a realização de exercício físico regular, o controle do peso, a ingestão reduzida de bebida alcoólica

e a diminuição do hábito de fumar podem contribuir positivamente, reduzindo os riscos de adoecimento. Os hábitos e os costumes podem ser modificados quando os indivíduos se percebem protagonistas de suas histórias. Essa mudança, entretanto, constitui uma tarefa rigorosa, uma vez que é acompanhada de um movimento de resistência e exige investimento de energia física, mental e emocional que, muitas vezes, parece exceder as possibilidades, sob a alegação do tempo que o trabalhador se dedica ao trabalho⁽⁹⁾.

O conhecimento progresso aos óleos essenciais foi descrito em apenas uma resposta (n=1; 11%). Porém, a aromaterapia moderna teve início na Alemanha, no século XVI, e levou 400 anos para chegar no seu atual estado de desenvolvimento. Durante a década de 90, contamos com a contribuição de Marguerite Maury. Ela concebeu a noção de prescrição individual, a atuação para além do nível físico e a diluição destes óleos juntamente com óleo vegetal para massagens⁽¹⁰⁾.

Após o início do uso da sinergia, os participantes relataram em seus feedbacks estar a utilizando 2 vezes ao dia, conforme orientação, o que representou (n=7; 78%). Já os demais (n=2; 22%), não trouxeram essa informação em seus relatos. O esquecimento também pode ser constatado através da descrição em suas respostas como uma minoria (n=3; 33%).

Por fim, foi questionado sobre o que o participante esperava do tratamento com os óleos essenciais. Assim, identificou-se que eles esperavam bem-estar, melhora da ansiedade; alívio dos sintomas referidos na ficha de anamnese terapêutica; e relaxamento físico e mental.

Conforme a avaliação das fichas de anamnese terapêutica, foi prescrito o óleo essencial de Lavanda (*Lavandula angustifolia*) para os nove participantes (100%), juntamente com outro OE que variou entre: óleo essencial de Laranja Doce (*Citrus aurantium dulcis*), Tomilho (*Thymus vulgaris*), Tangerina (*Citrus reticulata*) e Gerânio (*Pelargonium graveolens*).

A Lavanda é um dos mais eficientes de todos os óleos essenciais⁽¹⁰⁾. Exerce-se reduzindo sintomas de ansiedade, depressão, insônia, irritabilidade e crises de pânico, reduz pressão arterial elevada, dores de cabeça, enxaqueca, artrite, dores e desconfortos musculares, reduz a dor e a inflamação, relaxa e tonifica. Atua principalmente como analgésica, antisséptica, antibiótica, antidepressiva, bactericida, repelente de insetos, possui efeito descongestionante, sedativo e de combate ao estresse⁽¹¹⁾.

A Laranja Doce produz efeito calmante, contribui no relaxamento e no sono reparado, auxilia a desenvolver a atitude da aceitação sem julgamentos, mantém o equilíbrio durante os desafios da vida e encoraja o centramento⁽¹²⁾.

O óleo essencial de Tomilho é indicado como calmante, tranquilizante e relaxante. Reequilibra o tônus. É um energizante e vitalizante geral. Indicado para estados de esgotamento físico e emocional⁽¹³⁾.

A Tangerina é um dos mais adaptáveis de todos os óleos essenciais⁽¹⁰⁾. Apresenta propriedades que atuam em consequências comuns do estresse, reconhecida pelo seu efeito calmante, antidepressivo e atenuador de ansiedade⁽¹⁴⁾.

O Gerânio possui inúmeras propriedades medicinais, tem ação adstringente, hemostático, diurético, antisséptico, antidepressivo, regenerador, tônico, anti-seborreico, anti-inflamatório, anti-celulítico, estimulante do sistema linfático, regulador das glândulas sebáceas, entre outros⁽¹⁵⁾.

Quanto aos feedbacks, estes foram organizados em 4 etapas, sendo elas semanais. O primeiro feedback foi respondido por todos os participantes; o segundo, sete responderam, um participante interrompeu o uso e um não respondeu; o terceiro feedback foi respondido por todos, contando com o retorno do participante que havia suspenso o uso no anterior; e no quarto feedback houveram seis respostas. Observou-se saturação em algumas falas, ou seja, nenhuma nova informação estava sendo acrescida, dando por encerrada esta fase.

Durante a avaliação dos feedbacks foi possível identificar que todos trouxeram respostas positivas, referindo melhora nos sintomas citados na ficha de anamnese e nenhum dos participantes relatou não ter percebido nenhuma melhora. Os relatos baseiam-se na melhora da angústia, da ansiedade, da irritabilidade, na melhora no bom humor e no aumento da disposição para realizar as atividades diárias.

Em relação aos efeitos observados, destaca-se uma melhora daqueles que estavam ligados a dificuldades enfrentadas no ambiente de trabalho. Nos resultados foram demonstrados que a aromaterapia ajudou na melhora do cansaço físico e mental e na ansiedade relacionada ao trabalho.

CONCLUSÕES

Conclui-se que os participantes da ação tiveram uma boa adesão em relação ao uso da Aromaterapia. Verificou-se que é possível ofertar Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, especialmente a Aromaterapia, para os profissionais de enfermagem atuantes em um Centro de Terapia Intensiva durante a pandemia do COVID-19, pois esta prática possui um grande potencial terapêutico evidenciado em diferentes estudos e foi de fácil aplicação na ação relatada neste trabalho.

Todos trouxeram feedbacks positivos a partir dos seus relatos de percepção, que mostraram através do seu engajamento pessoal a busca para uma melhoria do bem-estar físico e mental e, conseqüentemente, propiciar melhor qualidade de vida. Por fim, foram observados efeitos positivos pelos participantes relacionados ao uso da Aromaterapia, principalmente no que tange a redução do estresse e da ansiedade.

REFERÊNCIAS

1. Souza NVDO, Gonçalves FGA, Pires AS, David HMSL. Influência do neoliberalismo na organização e processo de trabalho hospitalar de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2017 [citado 11 de novembro de 2021]; 70(5):961-969. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0092>
2. Ribeiro RP, Marziale MHP, Martins JT, Galdino MJQ, Ribeiro PHV. Estresse ocupacional entre trabalhadores de saúde de um hospital universitário. *Rev Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2018 [citado 26 de outubro de 2021]; 39:e65127. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.65127>
3. Humerez DC, Ohi RIB, Silva MCN. Saúde mental dos profissionais de enfermagem do Brasil no contexto da pandemia covid-19: ação do conselho federal de enfermagem. *Cogitare enferm.* [Internet]. 2020 [citado 30 de agosto de 2021]; 25:e74115. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.74115>
4. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília [Internet]. 2006 [citado em junho de 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf
5. Montibeler J, Domingos TS, Braga EM, Gnatta JR, Kurebayashi LFS, Kurebayashi AK. Efetividade da massagem com aromaterapia no estresse da equipe de enfermagem do centro cirúrgico: estudo-piloto. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2018. [citado 2 de novembro de 2021]; 52:03348. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017038303348>
6. Cestari VRF, Barbosa IV, Florêncio RS, Pessoa VLMP, Moreira TMM. Estresse em estudantes de enfermagem: estudo sobre vulnerabilidades sociodemográficas e acadêmicas. *Acta Paul Enferm.* [Internet]. 2017 [citado 7 de novembro de 2021]; 30(2):190-196. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700029>
7. Pereira IF, Faria LC, Vianna RSM, Corrêa PDS, Freitas DA, Soares WD. Depressão e uso de medicamentos em profissionais de enfermagem. *Arq. Ciênc. Saúde* [Internet]. 2017 [citado 15 de novembro de 2021]; 24(1):70-74. Disponível em: <https://doi.org/10.17696/2318-3691.24.1.2017.544>
8. Silva JSX, Silva RM, Cangussu DDD, Pérez IMM, Proença MFR. Qualidade do sono dos profissionais de enfermagem do serviço móvel de atendimento de urgência. *REVISA* [Internet]. 2019 [citado 15 de novembro 2021]; 8(3):264-272. Disponível em: <https://doi.org/10.36239/revisa.v8.n3.p264a272>
9. Conceição FC, Araújo MD, Luciano LS, Coelho MCR. Hábitos de vida e dimensões da síndrome de burnout entre trabalhadores da emergência pré-hospitalar. *Rev baiana enferm.* [Internet]. 2019 [citado 20 de outubro de 2021]; 33:e27539. Disponível em: <https://doi.org/10.18471/rbe.v33.27539>
10. Tisserand R. *Aromaterapia para todos*. Belo Horizonte: Ed Laszlo, 2017.
11. Cruz AB, Dutra CMR, Araújo FQ. *Massagem clássica com óleo essencial de lavanda no tratamento do estresse* [Trabalho de Conclusão de Curso]. Paraná: Universidade Tuiuti do Paraná; 2017.

12. Eidson D. Cura vibracional: revelando a essência da natureza por meio dos óleos essenciais na aromaterapia. Belo Horizonte: Editora Laszlo, 2019.
13. Baudoux D. O grande manual da aromaterapia de Dominique Baudoux. Belo Horizonte: Editora Laszlo, 2018.
14. Gasparetto KRBB, Benelli DAA, Santos P. Percepções de Trabalhadores de uma Instituição Particular Sobre os Efeitos da Aromaterapia. Rev Bras Terap e Saúde [Internet]. 2020 [citado em 16 de novembro 2021]; 10(2):7-13. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7436/rbts-2020.10.02.02>
15. Oliveira RKB, Sarmento AMMF. O uso dos óleos essenciais de gerânio e junípero no rejuvenescimento facial. Revista Diálogos em Saúde [Internet]. 2019 [citado em 16 de novembro de 2021]; 2(1):38-52. Disponível em: <https://periodicos.iesp.edu.br/index.php/dialogosemsaude/article/view/240/213>

MULHERES RURAIS COM DIABETES MELLITUS: RECONSTRUINDO SABERES A PARTIR DE PRÁTICAS EDUCATIVAS³⁹

Natália Dal Forno⁴⁰

Silvana De Oliveira Silva⁴¹

Flávia Camef Dorneles Lenz⁴²

Claudete Moreschi⁴³

Letícia Martins Machado⁴⁴

Sandra Ost Rodrigues⁴⁵

RESUMO

Objetivo: relatar a experiência de ação educativa, na perspectiva do Arco de Maguerez, com mulheres rurais que convivem com Diabetes Mellitus. **Método:** relato de experiência de ação educativa guiada pelo Arco de Maguerez com mulheres rurais, cadastradas na Estratégia de Saúde da Família da zona rural de um município do interior do Rio Grande do Sul, durante os meses de agosto a outubro de 2020. A ação se desenvolveu em quatro encontros virtuais por vídeo via *WhatsApp* e uma visita domiciliária. **Resultados:** ao observar a realidade, refletir e teorizar sobre os problemas vivenciados, as mulheres estabeleceram metas acerca dos hábitos de vida para promover a saúde e o autocuidado e alcançaram seus objetivos. **Conclusões:** a ação educativa embasada no Arco de Maguerez, desenvolvida de forma remota durante a pandemia de COVID-19, constitui-se como estratégia promissora para a educação em saúde de mulheres que convivem com a diabetes mellitus.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Saúde da população rural; Autocuidado; Cuidados de enfermagem.

39 Artigo resultante de trabalho de conclusão de curso de graduação em enfermagem da Universidade Regional e Integrada do Alto Uruguai e das Missões Campus Santiago.

40 Enfermeira. Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Campus de Santiago. Pós-graduanda em Saúde Pública com Ênfase em ESF/Faculdade Dom Alberto - Santa Cruz do Sul. E-mail: nataliadalfornoenf@gmail.com. ORCID: 0000-0002-8669-5055.

41 Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Campus de Santiago. E-mail: silvanaoliveira@urisantiago.br. ORCID: 0000-0002-1016-0062.

42 Enfermeira. Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Campus de Santiago. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: flaviacamefd@gmail.com. ORCID: 0000-0001-8820-7126.

43 Enfermeira. Doutora em Ambiente e Desenvolvimento pelo Centro Universitário UNIVATES, Coordenadora do Curso de Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Campus de Santiago/RS. E-mail: clau_moreschi@yahoo.com.br. ORCID: 0000-0003-3328-3521.

44 Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria/UFSM. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Campus de Santiago/RS. E-mail: lehmachado@yahoo.com.br. ORCID:0000-0002-0411-1889.

45 Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria UFSM, Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Campus de Santiago/RS. E-mail: sandrinhaost@yahoo.com.br. ORCID: 0000-0002-1715-9881.

INTRODUÇÃO

As mulheres rurais representam cerca de 47,9% da população rural brasileira⁽¹⁾. Este grupo, por vezes, encontra-se submetido a condições de vulnerabilidade em saúde, devido a exposição a uma jornada de trabalho intensa, significativas desigualdades de gênero, menor escolaridade em comparação às mulheres do meio urbano e dificuldades de acesso ao sistema formal de saúde⁽²⁾. Estes fatores se fazem presentes no processo saúde e doença da população rural, e podem contribuir para a ocorrência de certas enfermidades⁽³⁾, dentre elas a Diabetes Mellitus (DM).

A DM é uma doença crônica que requer mudanças no estilo de vida e o desenvolvimento de atitudes de autocuidado que necessitam ser mantidos durante toda a vida⁽⁴⁾. No Brasil, observa-se a crescente incidência do DM em mulheres ao longo das últimas três décadas. Estima-se que 6,2% da população brasileira com 18 anos de idade ou mais referiu diagnóstico médico de DM, sendo de 7,0% nas mulheres e de 5,4% nos homens⁽⁵⁾. Nesse sentido, a educação em saúde se torna uma ferramenta necessária para o estímulo do desenvolvimento de habilidades essenciais para o autocuidado e para o controle da DM, e a prevenção de complicações⁽⁴⁾.

As práticas educativas contribuem para o alcance da qualidade de vida e para a promoção do autocuidado. Além disso, sabe-se que no meio rural auxiliam na autonomia e no conhecimento, contribuindo, assim, para a promoção, prevenção e cuidado com agravos relacionados ao processo de saúde-doença⁽⁶⁾. Desse modo, busca-se relatar a experiência de ação educativa, na perspectiva do Arco de Magueréz, com mulheres rurais que convivem com Diabetes Mellitus.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência acerca de ação educativa utilizando o Arco de Magueréz, o qual vincula-se à perspectiva da Metodologia da Problematização (MP). A Metodologia de Problematização (MP) é utilizada como uma metodologia de ensino que é aplicada em situações nas quais os temas estejam relacionados com a vida em sociedade⁽⁷⁾. A MP foi desenvolvida na década de 1970 por Charles Magueréz, que implementou o Arco de Magueréz, constituído por cinco etapas: observação da realidade, pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação na realidade⁽⁸⁾.

A experiência foi desenvolvida em um município do interior da região centro-ocidental do Rio Grande do Sul. A população do município, de acordo com o censo de 2019, é de 3.651 habitantes, dos quais a maioria reside no âmbito rural. A economia do município é baseada na agricultura e na pecuária⁽⁹⁾, e este possui quatro assentamentos. Quanto aos

serviços de saúde, o município possui duas Estratégias de Saúde da Família (ESF), dentre as quais uma é localizada na área urbana e a outra em área rural, com uma cobertura de 100% da população. A prática ocorreu na ESF localizada na área rural, que é composta por 1.105 habitantes. O município possui um total de 56 pessoas cadastradas com diagnóstico de DM. Dessas, 32 são mulheres e 24 são homens.

As participantes da prática assistencial foram selecionadas a partir dos seguintes critérios de inclusão: serem mulheres com DM, cadastradas na ESF rural há mais de um ano, terem no mínimo seis meses de tratamento para DM, idade superior a 18 anos e acesso à internet. Quanto aos critérios de exclusão: mulheres não encontradas na residência na primeira tentativa, em virtude do difícil acesso, e mulheres ou seus familiares com suspeita ou diagnóstico confirmado de COVID-19. A seleção de cada participante foi realizada com a ajuda do Agente Comunitário de Saúde (ACS) da microárea eleita e com informações coletadas no prontuário. Do total de nove mulheres com DM, cinco atenderam aos critérios de inclusão.

A ação educativa ocorreu em cinco momentos, conforme preconiza a metodologia da problematização, de maneira remota, via *WhatsApp*, nos meses de agosto a outubro de 2020. No primeiro, as mulheres foram instigadas a observar a realidade vivenciada diante da condição de saúde. No segundo, elegeu-se os pontos-chave que, na perspectiva das participantes, seriam importantes de serem teorizados. No terceiro, ocorreu a teorização dos pontos-chave. No quarto, a definição de metas de solução de problemas. Na visita domiciliar ocorreu a aplicação das metas na realidade das mulheres e a avaliação da ação educativa.

Esta prática assistencial se desenvolveu em conformidade com a Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1989, que regulamenta o Exercício Profissional da Enfermagem e dá outras providências. No Art. 1º – É livre o exercício da Enfermagem em todo o território nacional, observadas as disposições desta Lei. Art. 2º – A Enfermagem e suas atividades.

RESULTADOS DA EXPERIÊNCIA

Primeiramente, fez-se contato com a enfermeira da ESF rural e com o ACS para apresentar a proposta e identificar as mulheres que poderiam ser incluídas na atividade. A equipe informou que eles estão em processo de transição do prontuário físico para o prontuário eletrônico. Ao acessar esses prontuários, identificou-se poucas informações no que se diz respeito aos resultados de exames, doenças pregressas e medicações em uso. No entanto, a informação mais presente foi em relação à verificação da glicemia capilar.

Foram selecionadas cinco mulheres com idades entre 42 e 70 anos. Destas, uma não aceitou participar da atividade. Dentre as quatro mulheres que aceitaram participar, todas são casadas e com filhos. Quanto à escolaridade, uma possui ensino superior e as demais, ensino fundamental. Acerca das informações sobre a condição de saúde, três delas

possuem DM do tipo II diagnosticado há mais de dez anos e uma há três anos. Quanto aos medicamentos em uso para a DM, utilizam antiglicemiantes orais. A maioria das mulheres reside no meio rural desde o seu nascimento.

Para apresentar a proposta, se aproximar da realidade de vida das mulheres e estabelecer vínculo, foi realizada visita domiciliária acompanhada do ACS. Salienta-se que, devido à pandemia do Coronavírus, foram tomados os devidos cuidados como o uso de equipamentos de proteção individual, álcool gel e distanciamento. Nessa oportunidade, elas relataram sobre suas vivências diárias acerca de sua família e de laços sociais. Percebeu-se, ainda, o sentimento de pertencimento e permanência naquela área rural.

A partir de então, ao considerar que as formas de cuidados de enfermagem sofreram inúmeras mudanças, que tecnologias ocuparam uma posição de destaque na atenção à saúde no período da pandemia e que, em diversos lugares do mundo, grupos de saúde e consultas estavam sendo realizados virtualmente⁽¹⁰⁾, foi acordado que os encontros virtuais seriam coletivos e ocorreriam por vídeo chamada via WhatsApp. Desse modo, foi necessário realizar explicações de como acessar a vídeo chamada. As participantes não apresentaram dificuldades de acessar o WhatsApp, uma vez que já utilizavam o aplicativo em seu dia a dia. Nesse encontro foi entregue a cada participante os materiais que seriam utilizados nos demais encontros, como folhas de ofício, cartolina, canetas, lápis de cor, canetões, tesoura e cola.

O primeiro encontro por vídeo chamada teve o intuito de explorar a realidade com as mulheres. Iniciou-se com as apresentações, de forma descontraída e afetiva, o que foi facilitado porque as mulheres já se conheciam, o que favoreceu um maior entrosamento entre elas. Neste encontro, as participantes foram instigadas a relatar a realidade vivenciada. Para isso, foi aplicada a dinâmica da reflexão da realidade com a proposta de que as mulheres escrevessem aspectos positivos e as inquietações sobre a saúde, a família e questões sociais e culturais.

As mulheres compartilharam suas percepções acerca dos aspectos que consideravam positivos e os que geravam inquietações em seus relatos com o grupo. Quanto aos aspectos relacionados a sua saúde, relataram sobre o tempo de diagnóstico da DM, a manutenção do tratamento e a influência da família na condição de saúde. Referiram o uso de plantas medicinais como forma complementar de tratamento, e as inquietações em relação aos cuidados necessários para a DM, em especial a atividade física e o consumo de doces.

A prática dos grupos de educação em saúde e do autocuidado auxiliam a construção de um espaço de compartilhamento de informações, ajudando a sanar dúvidas, bem como a elaboração e o conhecimento. Esses grupos também são uma potencialidade para a formação dos vínculos entre os sujeitos de uma comunidade⁽¹¹⁾. Grande parte do autocuidado com a DM é feito em casa. A DM pode ser considerada como uma doença que influencia no convívio familiar e, em vista disso, o apoio familiar é um componente vital no sucesso do controle da doença⁽¹²⁾.

No segundo, encontro buscou-se extrair da realidade das mulheres os pontos-chave, detectando os fatores que poderiam contribuir para a compreensão e a solução do problema. Esta etapa voltou-se para uma nova análise dos aspectos relacionados ao problema. Nesse momento, foi dada a ênfase aos principais aspectos que foram observados no encontro anterior, como as questões relacionadas com seus afazeres diários e com relação ao seu autocuidado. Esta etapa também possibilitou um momento de síntese, após o que já havia sido analisado, propondo a busca de respostas para o problema definido.

A partir de então, cada participante relatou sobre suas dificuldades e dúvidas em relação a sua saúde, no que se refere a dificuldades com a alimentação e sobre o uso das plantas medicinais, que comumente estão presentes em seu dia a dia como forma de tratamento complementar para a DM. Após as discussões, foram eleitos os seguintes pontos-chave: alimentação para pessoas com DM; plantas medicinais para diabetes.

As escolhas alimentares da população estão relacionadas com diversos aspectos socioculturais e psicológicos, assim como o acesso aos alimentos. Os hábitos alimentares são construídos ao longo da vida, como o tempo atribuído à alimentação, dentre outros aspectos. A partir disso, a educação em saúde voltada para a alimentação tem, por finalidade, modificar hábitos alimentares que interferem na qualidade de vida, através de um processo ativo, indo em busca de uma prática alimentar saudável que envolve mudanças no modo de pensar e agir, reforçando atitudes e práticas saudáveis⁽¹³⁾.

Em relação às plantas medicinais, estudos mostram que a proximidade das comunidades rurais com a natureza facilita o acesso aos recursos naturais, que exercem um papel no atendimento das necessidades básicas, sendo muitas vezes a primeira alternativa de tratamento, onde o conhecimento botânico local tem sido preservado ao longo das gerações⁽¹⁴⁾.

O terceiro encontro se constituiu quando as informações analisadas foram fundamentadas e teorizadas cientificamente buscando, a partir disso, explicações acerca da realidade que foi observada e a compreensão dos pontos-chave. Nesta etapa, a acadêmica, de forma expositiva dialogada, teorizou os temas elencados pelo grupo.

Embora muitos referenciais teóricos estejam presentes nas etapas anteriores, a etapa da teorização constitui-se um momento de construção de respostas mais elaboradas para a solução do problema. Foi nesta fase, utilizando as teorias sobre o DM, que se realizou a construção dos materiais para dar início a teorização.

A teorização foi dividida em dois momentos. No primeiro, foi realizada uma apresentação dialógica sobre os carboidratos, açúcares, sal e as frutas a partir dos seguintes questionamentos: o que são carboidratos? Doces são totalmente proibidos? Chás ajudam a controlar o DM? Esses questionamentos foram inseridos para proporcionar a reflexão crítica das mulheres sobre hábitos alimentares e a troca de experiências entre elas e a acadêmica, o que

propiciou a integração do conhecimento popular e científico. Para finalizar esse momento, foi realizada a dinâmica mitos e verdades sobre a alimentação, o que contribuiu para explorar ainda mais as percepções das participantes e a troca de conhecimentos.

Acerca da teorização sobre plantas medicinais, foram consideradas as comumente utilizadas pelas participantes: a macela (*Achyrocline satureioides*), a flor de insulina (*Cissus sicyoides*), o chá de amora (*Morus nigra L.*) e a pata de vaca (*Bauhinia forficata*). Inicialmente, as mulheres foram questionadas sobre o modo de utilização com o intuito de identificar os possíveis efeitos adversos das referidas plantas e a sua relação com o DM.

Nesse momento, teve-se como objetivo conhecer as plantas medicinais utilizadas pelas participantes, não detalhando a qualidade e a forma de uso destas plantas. A eficácia e a qualidade, bem como a segurança, são discutidas pelo ministério da saúde e por órgãos internacionais com o objetivo de desenvolver melhores condições na inclusão das plantas medicinais e fitoterápicos.

É importante ressaltar que o saber popular em saúde é o que há de mais nativo e ancestral na população brasileira. De acordo com autores, o conhecimento popular está relacionado com as tradições de cura e de costumes que, quando bem-sucedidos, por meio de experiências que trouxeram resultados positivos como ervas, rezas ou até rituais, foram passados de geração para geração. Desse modo, concorda-se que foi essencial um olhar respeitoso ao saber cultural e à realização de ações que promoveram resultados positivos entre a união do conhecimento popular e científico⁽⁴⁵⁾.

Pode-se perceber que, ao final do encontro, as mulheres participaram de forma efetiva no que diz respeito às plantas medicinais, pois esse é um saber tradicional. Elas relataram que gostaram dos assuntos estudados e que conseguiram compreender de forma positiva a importância da alimentação saudável para a DM e o uso controlado e correto das plantas medicinais.

O quarto encontro serviu para o estabelecimento de metas. As mulheres, então, foram instigadas a elaborar de maneira reflexiva e criativa possíveis soluções para os problemas detectados de acordo com a realidade de cada uma e, assim, estabeleceram metas. Vale destacar que todos os encontros foram conduzidos visando a transformação da realidade. Neste momento, a criatividade e a originalidade foram estimuladas através de reflexões do encontro anterior, e se buscou, além de tudo, o pensar e o agir de modo inovador para, a partir disso, estimular a superação ou a solução dos problemas identificados na segunda etapa da prática.

Nesta fase, refletiu-se sobre o ideal e o real, sabendo que a teorização forneceu subsídios, mas a teoria não tem o compromisso com a mudança de realidade, pois cada participante tem a sua própria realidade. Desse modo, a mediadora auxiliou as participantes

a produzirem suas possíveis hipóteses de solução, relacionando-as com possibilidades e limitações do cotidiano.

Nesse momento, as participantes foram convidadas a elaborar um cartaz de metas com as seguintes informações: a “missão”, a fim de que escrevessem uma palavra motivadora para quando estivessem com dificuldades de realizar alguma meta, “o que” gostariam de mudar na sua realidade, o “quanto” a participante iria se empenhar, “como” ela iria fazer para dar certo, e “por que” ela gostaria de mudar essa realidade.

No decorrer da elaboração do cartaz, a mediadora estimulou as mulheres a decidirem e definirem suas próprias metas, resultados e ações que gostariam de alcançar. As metas estabelecidas pelas participantes foram: diminuição dos carboidratos, refrigerantes, sucos e doces, dentre outras relacionadas com a alimentação, inclusão de atividades físicas semanais e o uso adequado das plantas medicinais.

O objetivo principal do estabelecimento das metas foi contribuir para a mudança da realidade das mulheres. Após o estabelecimento das metas, foi acordado um prazo de 25 dias para que as mulheres pudessem iniciar o processo de alcance das metas. Ao final deste prazo, a mediadora realizou visita domiciliária a cada uma das mulheres com o objetivo de identificar as dificuldades e as facilidades encontradas, e o reajuste necessário para o alcance das metas.

Na visita domiciliária, as mulheres encontravam-se satisfeitas e felizes por estarem alcançando a maioria das metas e fortalecidas quanto à importância das mudanças. Relataram, ainda, o desejo de manter novos hábitos, visto que perceberam uma melhoria na sua saúde. Nessa oportunidade, as mulheres foram instigadas a refletir sobre o que pode ser modificado durante o processo de aplicação e traçar novas possibilidades.

Um dos benefícios da metodologia de problematização é o desenvolvimento da autonomia dos participantes relacionados com o processo de aprendizagem, o que contribui com a criatividade e estimula a reflexão e as ações capazes de transformar a sua realidade ⁽⁷⁾. Na presente atividade educativa, esse benefício foi vivenciado.

Com o intuito de realizar uma avaliação da prática assistencial, as mulheres foram questionadas sobre suas percepções em relação aos encontros. De forma geral, relataram sentimento de satisfação em participar da atividade e compartilhar conhecimentos, mesmo que de forma remota devido à pandemia COVID-19. O vínculo estabelecido entre elas e a mediadora contribuiu para fortalecer o alcance de metas e a transformação da realidade.

CONCLUSÕES

A ação educativa com embasamento teórico na metodologia da problematização, por meio do Arco de Magueréz, mostrou o seu potencial. As mulheres refletiram sobre a realidade

vivenciada, trocaram e aprofundaram conhecimentos sobre a sua condição de saúde, estabeleceram metas e as aplicaram em suas realidades. Assim, pode-se dizer que as mulheres participaram de forma ativa, trocaram conhecimentos e se empoderaram em relação ao autocuidado e à diabetes mellitus.

Os encontros virtuais se mostraram promissores, especialmente durante as restrições impostas pela pandemia COVID-19. No entanto, o acesso restrito à internet por parte das mulheres rurais se refletiu em um alcance menor de participantes. Acredita-se que o objetivo foi alcançado na medida em que houve melhoria do conhecimento e no comprometimento das mulheres com a sua condição e com o autocuidado.

REFERÊNCIAS

- 1 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Tecendo a saúde das mulheres do campo, da floresta e das águas: direitos e participação social / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília [internet]. 2015. [citado 20 de março de 2020]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tecendo_saude_mulheres_campo_floresta.pdf
- 2 Santos DCA, Paz EPA, Alves HJ, Cartaxo SAB. Narrativas de vida de mulheres assentadas rurais durante a pandemia de Covid-19. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro [internet]. 2021. [citado em 28 de março de 2020]; 29:e62340. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2021.62340>
- 3 Tavares DMS, Bolina AF, Dias FA, Ferreira PCS, Santos NMF. Excesso de peso em idosos rurais: associação com as condições de saúde e qualidade de vida. Ciência & Saúde Coletiva [internet] 2018. [citado 30 de março de 2020]; 23(3):913-922. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.25492015>
- 4 Ohl RIB, Chavaglia SR, Gomes JLGC, Freitas MAO, Gamba MA. Mapa de conversação como estratégia de ensino para o desenvolvimento do autocuidado em diabetes mellitus. Enfermagem em Foco, São Paulo [internet]. 2019 [citado em 20 de abril de 2020]; 10(2) 110-117. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1964>
- 5 Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. [internet] 2019. [citado em 05 de dezembro de 2020]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf>
- 6 Lima, ÂRA, Dias NDS, Lopes LB, Heck RM. Necessidades de saúde da população rural: como os profissionais de saúde podem contribuir? Saúde em Debate [internet] 2019. [citado em 10 de junho de 2020]; 43, 755-764. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912208>
- 7 Clapis MJ, Marques EA, Corrêa, AK, Souza MCBDM, Borba KPD. Metodologia da problematização no ensino de atenção primária à saúde. Revista brasileira de enfermagem [internet]. 2018 [citado em 12 de junho de 2020]; 1671-1677. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0157>
- 8 Mattar J, Aguiar APS. Metodologias Ativas: Aprendizagem Baseada Em Problemas, Problematização e Método Do Caso. Cadernos de Educação, Tecnologia e Sociedade [internet]. 2018. [citado em 29 de julho de 2020]; 11(3) 404-415. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14571/brajets.v11.n3.404-415>
- 9 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Indicadores Sociais Municipais: uma análise dos resultados do universo do Censo Demográfico 2019. Rio Grande do Sul, 2019. [internet]. 2019. [citado em 14 de maio de 2020] Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rs/capao-do-cipo.html>
- 10 Granjeiro ÉM, Musse JDO, Peixoto TM, Nunes IV, Soares IMSC, Silva ICOD, Dias YO. Estratégias de ensino à distância para a educação interprofissional em Saúde frente à pandemia COVID-19. Revista de Divulgação Científica Sena Aires [internet]. 2020. [citado em 13 de novembro de 2020]; 591-602. Disponível em: <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/613>

- 11 De Almeida JS, De Almeida JM. A educação em saúde e o tratamento do diabetes mellitus tipo 2 em uma unidade de família. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba [internet] 2018. [citado em 15 de novembro de 2020]; 20(1) 13-17. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/1984-4840.2018v20i1a4>
- 12 Pucci VR, Cassola TP, Weiller TH, Blümke AC. O autocuidado em indivíduos com diabetes mellitus na atenção primária à saúde: compreensão sobre o papel da alimentação. Revista de APS [internet]. 2018. [citado em 16 de outubro de 2020]; 21(3). Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2018.v21.15946>
- 13 De Oliveira, BR, Schott E, De Figueiredo GR, Dos Anjos PMS. Educação alimentar e nutricional para o controle do diabetes mellitus: um relato de experiência na atenção básica. Revista Extensão [internet]. 2020. [citado em 19 de novembro de 2020]; 4(1) 103-111. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/extensao/article/view/3158>
- 14 Valverde AV, Silva NCBD, Almeida MZD. Introdução da Fitoterapia no SUS: contribuindo com a Estratégia de Saúde da Família na comunidade rural de Palmares, Paty do Alferes, Rio de Janeiro. Revista Fitos [internet] 2018. [citado em 19 de outubro de 2020]; 12(1) 27-40. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/26728>
- 15 Rocha MB. Panorama sobre o saber e a experiência popular nas práticas de Educação em Saúde: uma revisão integrativa. Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais [internet] 2019. [citado em 10 de novembro de 2020]; 16(1). Disponível em: <https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/1899>

PARTE II

**ARTIGOS COM ÊNFASE NO
ENSINO DE ENFERMAGEM**

EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM NA PANDEMIA DE COVID-19: MAPEAMENTO DE METODOLOGIAS EMPREENDIDAS NO ENSINO REMOTO EMERGENCIAL⁴⁶

Lucinéia Mielke Hoffmann⁴⁷

Dagmar Elaine Kaiser⁴⁸

Joel Rolim Mancia⁴⁹

Claudia Capellari⁵⁰

RESUMO

Objetivo: identificar metodologias utilizadas em cursos de graduação em Enfermagem durante o ERE adotado na pandemia de COVID-19. **Método:** estudo transversal, realizado junto a coordenadores de cursos de graduação em Enfermagem de um estado brasileiro. A coleta de dados ocorreu via questionário eletrônico, com variáveis de adesão ao ERE, sincronidade das aulas, plataformas e ferramentas digitais, e metodologias de ensino. A análise ocorreu por meio de estatística descritiva e inferencial. **Resultados:** identificou-se a adesão de 100% das escolas ao ERE; as aulas ocorreram majoritariamente síncronas (75,6%), com uso de plataformas e ferramentas digitais, e metodologias tradicionais e inovadoras. Destacaram-se aulas expositivas dialogadas (91,7%), estudo de caso (87,5%), metodologia baseada em problemas (75%), mapas conceituais (72,9%) e sala de aula invertida (62,5%). Como ferramentas digitais, destacaram-se o YouTube (85,4%), o WhatsApp (72,9%) e o Google formulários (70,8%). Dentre as ferramentas digitais utilizadas pelos docentes de disciplinas do curso para interação com os estudantes, verificou-se que a maior parte dos coordenadores de curso relataram utilizar de 6 a 10 ferramentas (54,2%), seguido daqueles que informaram utilizar de 1 a 5 ferramentas (39,6%). **Conclusão:** metodologias e estratégias tradicionais e inovadoras foram adotadas pelos cursos de graduação em Enfermagem durante o ERE, garantindo a continuidade do ensino durante a pandemia de COVID-19.

Palavras-chave: Educação em enfermagem; COVID-19; Educação superior; Pandemias. Pesquisa em educação de enfermagem.

46 Artigo resultante de trabalho de conclusão de curso de graduação em enfermagem das Faculdades Integradas de Taquara-FACCAT.

47 Enfermeira egressa do Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas de Taquara (FACCAT). E-mail: lucineiahoffmann@sou.faccat.br. ORCID: 0000-0001-8438-2357.

48 Enfermeira (UFRGS). Mestre em Educação (PUCRS). Doutora em Enfermagem (UFRGS). Coordenadora e docente do Curso de Enfermagem da UFRGS. E-mail: dagmar.kaiser@ufrgs.br. ORCID: 0000-0001-5652-4653.

49 Enfermeiro (UNISINOS). Mestre e doutor em Enfermagem (UFSC). Docente do Mestrado profissional em Enfermagem na Universidade do Rio dos Sinos (UNISINOS). E-mail: joelmancia@uol.com.br. ORCID: 0000-0001-9817-2537.

50 Enfermeira (UFSM). Mestre em Enfermagem (UFRGS). Doutora em Ciências da Saúde (PUCRS). Coordenadora e docente do Curso de Enfermagem da FACCAT. Endereço para contato: Faculdades Integradas de Taquara - FACCAT. Av. Oscar Martins Rangel, 4500 - ERS 115. CEP 95612-150 - Taquara - RS. E-mail: claudiacapellari@faccat.br. ORCID: 0000-0002-2003-1424.

INTRODUÇÃO

O processo de ensino-aprendizagem requer interação social do ser humano com seus pares e com o meio, visando a evolução constante mediante a uma teia de relações complexas e dinâmicas⁽¹⁾. Para a educação profissional, esse processo é direcionado às competências e habilidades necessárias ao exercício específico do trabalho. Em relação à Enfermagem, tais características estão descritas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para o ensino de graduação em Enfermagem⁽²⁾, com vistas ao alcance do perfil de egresso ideal: um enfermeiro generalista, crítico e reflexivo, preparado para lidar com desafios e rápidas transformações globais, que possua habilidades, competências e atitudes éticas que correspondam às necessidades exigidas pelos serviços de saúde e à intersectorialidade. Também, um profissional que queira mudanças, que seja protagonista junto às ações de saúde e no fortalecimento dos princípios da integralidade, universalidade e equidade, com um nível de liderança transformacional num cenário interprofissional⁽³⁻⁴⁾.

Buscando a formação do enfermeiro, as instituições de ensino superior (IES) se valem de diferentes metodologias de ensino-aprendizagem, dentre as quais pode-se destacar as metodologias ativas ou inovadoras, que posicionam o aluno como protagonista de seu processo de aprendizagem. Estas metodologias são utilizadas na formação de profissionais da área da saúde do mundo todo desde a década de 60. Seu processo de aprendizado é centrado no estudante, que é encorajado a solucionar problemas por meio da elaboração de projetos e ferramentas, sendo um método de aprendizagem fundamentado na descoberta, pesquisa e aplicação de conhecimentos prévios⁽⁵⁾. Existem muitas metodologias ditas como ativas, como a cultura *maker*, aprendizagem baseada em projetos, aprendizagem por pares, gamificação, entre outras. Estes exemplos são estratégias que constituem um conjunto importante na educação do futuro⁽⁶⁾.

Levando em conta que as DCNs para a graduação em Enfermagem estimam um processo formativo centrado no cuidado, é preciso assegurar aos indivíduos, grupos e comunidades, perante a égide da universalidade, equidade, integralidade e controle social, a formação de enfermeiros com autonomia, discernimento e proatividade. Com uma nova realidade instalada em função da pandemia de COVID-19 (*Coronavirus disease*), foi preciso o planejamento das aulas em ambiente virtual, mediada por dispositivos tecnológicos diversos, que desenvolvessem a interatividade e a criatividade. Para que tudo isso fosse possível, foi fundamental adaptar as metodologias utilizadas nas aulas presenciais, de modo a atender às demandas do Ensino Remoto Emergencial (ERE) e oportunizar aprendizagem ativa, com significados e perspectivas de ensino tanto para o aluno quanto para o docente⁽⁷⁻⁸⁾.

O ERE, ao mesmo tempo em que visa atender de forma rápida e efetiva as demandas de formação acadêmica, também permite o distanciamento social. Este formato de ensino se vale do uso de plataformas educacionais com o intuito de compartilhar conteúdos curriculares. Apesar de estar relacionado ao uso de tecnologias digitais, ensinar remotamente se difere de ensinar a distância, sendo esta opção uma modalidade de concepção teórico-metodológica própria, desenvolvida em um ambiente de aprendizagem virtual, com material didático-pedagógico específico, juntamente com o acompanhamento de tutores. As circunstâncias do ERE vão ao encontro da proposta de período suplementar excepcional e presume o planejamento de componentes curriculares do ensino presencial adaptadas ao formato remoto⁽⁷⁾. Diferente do ensino a distância (EaD), o ERE vem sendo uma solução temporária à continuidade das atividades pedagógicas nos momentos em que o ensino presencial não é possível por circunstâncias particulares⁽⁹⁾, como aconteceu com o advento da pandemia de COVID-19, em que aulas presenciais foram suspensas.

Para tanto, era necessário identificar a existência de práticas pedagógicas que pudessem dar conta do propósito de formar enfermeiros. Tendo isso em consideração, o objetivo deste estudo foi identificar metodologias utilizadas em cursos de graduação em Enfermagem durante o ensino remoto emergencial adotado na pandemia de COVID-19.

MÉTODO

Delineamento do estudo

Estudo transversal, norteado pela ferramenta STROBE.

Local

Foram eleitas as escolas de graduação em Enfermagem do estado do Rio Grande do Sul (RS), Brasil, como locais para a realização da pesquisa.

Período

Os dados foram coletados entre outubro de 2020 e janeiro de 2021.

População e amostra

A população foi constituída pelos coordenadores de curso de graduação em Enfermagem do estado do Rio Grande do Sul (RS), Brasil.

Para o cálculo de tamanho amostral, considerou-se o número de escolas de enfermagem no estado. Existem 56 instituições de ensino superior (IES) que oferecem graduação em Enfermagem na modalidade presencial⁽¹⁰⁾. Ao contatá-las, identificou-se que três delas não possuíam unidade no estado. Assim, a população foi constituída por 53 coordenadores de curso. Considerando um nível de confiança de 95%, margem de erro de 5% e heterogeneidade de amostra, o número esperado era de 47 coordenadores.

Crítérios de seleção

Como critérios de inclusão, considerou-se ser coordenador de curso de graduação em Enfermagem no RS, na modalidade presencial. Para os critérios de exclusão, foram considerados a impossibilidade de responder ao questionário, férias, afastamentos do trabalho e coordenador de curso descontinuado ou não iniciado.

Coleta de dados

O primeiro contato com os participantes foi realizado via *e-mail*, a partir do banco de dados da Associação Brasileira de Enfermagem, Seção Rio Grande do Sul (ABEn-RS). Adicionalmente, em reunião mensal do Conselho Consultivo das Escolas de Enfermagem do RS e da ABEn-RS foi realizado um convite ampliado. Aos cursos que não estavam registrados junto à associação, foi enviado convite via correio eletrônico, mediante consulta na *internet* ou após contato telefônico.

O *e-mail* enviado continha uma breve explicação sobre a pesquisa e o convite para acessar o *link* que direcionava para um formulário do *Google*, com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), seguido de um instrumento de coleta de dados elaborado especialmente para a pesquisa, que continha 26 questões, entre fechadas e abertas.

Análise e tratamento dos dados

Após a conclusão da coleta foi realizada a extração dos dados da planilha gerada pelo formulário do *Google*, na forma de planilha do Excel, seguida de análise estatística por meio do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 25.0. A apresentação dos resultados ocorreu pela estatística descritiva - distribuição absoluta e relativa (n - %), bem como pelas medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (desvio padrão e intervalo interquartil), com estudo da simetria das distribuições contínuas analisada pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov*.

Aspectos éticos

Foram seguidos os preceitos éticos da Resolução nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, de forma que todos os participantes forneceram sua anuência mediante a concordância com o TCLE, e o projeto recebeu a aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 38810220.8.0000.8135).

RESULTADOS

Responderam à pesquisa coordenadores de 48 cursos de graduação em Enfermagem, pertencentes a IES privadas (n=19; 39,6%), comunitárias (n=14; 29,2%), públicas federais (n=13; 27,1%) e filantrópicas (n=2; 4,2%). A totalidade das escolas aderiu ao ERE.

Em relação à sincronicidade das aulas, o percentual de aulas síncronas, no ERE, foi de $75,6 \pm 21,8$ (20 - 100)%, realizadas por meio de plataformas digitais.

No que diz respeito às metodologias utilizadas no ERE, em pelo menos um componente curricular do curso, verificou-se que, para o total da amostra, prevaleceram os itens “aula expositivo dialogada”, 91,7% (n=44); “estudo de caso”, 87,5% (n=42); “metodologia baseada em problemas”, 75,0% (n=36); “mapas conceituais”, 72,9% (n=35), e “sala de aula invertida”, 62,5% (n=30).

Quando as metodologias foram comparadas à categoria administrativa das IES, identificou-se diferença estatisticamente significativa no item “casos de papel” ($p=0,039$), que se mostrou superior na IES pública federal, 61,5% (n=8); quando comparada às demais instituições.

No item “mapas mentais” a diferença significativa ($p=0,009$) apontou frequência mais elevada na instituição comunitária, sendo 71,4% (n=10). Em relação à metodologia “sala de aula invertida”, esta característica predominou significativamente ($p=0,046$) nas instituições comunitárias, 71,4% (n=10); e privada, 63,2% (n=12). Ainda se destacou a gamificação, apontando que esta metodologia se mostrou significativamente ($p<0,001$) mais utilizada na instituição privada, 57,9% (n=11); quando comparada à frequência de uso nas instituições públicas federais, 23,1% (n=3) e comunitárias, 42,9% (n=6).

Nas demais metodologias, quando comparadas entre a categoria administrativa das IES, as diferenças entre as proporções não implicaram em diferenças representativas nesta amostra.

Tabela 1: Distribuição absoluta e relativa para as metodologias utilizadas em pelo menos um componente curricular do curso, nas aulas de ERE, sobre o total da amostra e por categoria administrativa das instituições de ensino superior (N = 48). Rio Grande do Sul, Brasil, 2021.

Metodologias	Total † (n=48)		Categoria administrativa †								p‡
			Pública Federal (n=13)		Comunitária (n=14)		Privada (n=18)		Filantrópica (n=2)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Aula expositivo dialogada	44	91,7	12	92,3	13	92,9	17	89,5	2	100,0	0,713
Metodologia baseada em problemas	36	75,0	9	69,2	11	78,6	14	73,7	2	100,0	0,622
Metodologia baseada em times	3	6,3	1	7,7	0	0	2	10,5	0	0,0	---
Aprendizagem por pares	13	27,1	2	15,4	6	42,9	4	21,1	1	50,0	0,233
Ensino baseado em projetos	13	27,1	2	15,4	6	42,9	4	21,1	1	50,0	0,568
Casos de papel	10	20,8	8	61,5	2	14,3	0	0	0	0,0	0,039
Mapas conceituais	35	72,9	8	61,5	10	71,4	15	78,9	2	100,0	0,265
Mapas mentais	23	47,9	3	23,1	10	71,4	8	42,1	2	100,0	0,009
Sala de aula invertida	30	62,5	6	46,2	10	71,4	12	63,2	2	100,0	0,046
<i>Design Thinking</i>	5	10,4	0	0,0	2	14,3	3	15,8	0	0,0	---
<i>Just in time teaching</i>	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	---
Debate	21	43,8	6	46,2	5	35,7	8	42,1	2	100,0	0,615
Estudo de caso	42	87,5	11	84,6	13	92,9	16	84,2	2	100,0	0,687
Leitura científica	27	56,3	10	76,9	8	57,1	7	36,8	2	100,0	0,141
Construção de resumos	14	29,2	7	53,8	4	28,6	1	5,3	2	100,0	0,203
Portfólio	20	41,7	7	53,8	6	42,9	6	31,6	1	50,0	0,264
Dossiê	1	2,1	0	0,0	1	7,1	0	0	0	0	---
Gamificação	21	43,8	3	23,1	6	42,9	11	57,9	1	50,0	<0,001
Outras	13	27,1	3	23,1	3	21,4	7	36,8	0	0,0	0,209

* Percentuais obtidos com base no total da amostra; † Percentuais obtidos com base no total de cada tipo de instituição; ‡ Teste Qui-quadrado de aderência.

Os participantes foram questionados sobre as ferramentas digitais (exceto as plataformas utilizadas para a transmissão das aulas) utilizadas para dar conta dos processos pedagógicos. A Tabela 2 apresenta as ferramentas digitais utilizadas pelos docentes para interação com os estudantes, sem contar as plataformas digitais para o ERE.

Tabela 2: Distribuição absoluta e relativa para as ferramentas digitais em pelo menos um componente curricular, nas aulas de ERE, sobre o total da amostra (N = 48). Rio Grande do Sul, Brasil, 2021.

Ferramenta digital	Total * (n=48)	
	n	%
YouTube	41	85,42
WhatsApp	35	72,92
Google formulários	34	70,83
Google docs	29	60,42
Kahoot	27	56,25
Mentimeter	23	47,92
Padlet	20	41,67
Instagram	18	37,50
Planilhas Google	17	35,42
Quadro interativo/lousa digital (Jamboard/Miro)	15	31,25
Facebook	13	27,08
Realidade virtual	11	22,92
CmapTools	7	14,58
Canal no YouTube Edu	7	14,58
Trello	5	10,42
Mural (mural.co)	4	8,33
Plicker	4	8,33
Screencastify	3	6,25
Wordwall	3	6,25
GoConqr	1	2,08
Anchor	1	2,08
Twitter	1	2,08
Classcraft	1	2,08

* Percentuais obtidos com base no total da amostra.

DISCUSSÃO

Os cursos de Enfermagem referidos neste estudo pertencem a todas as categorias administrativas presentes no estado, conforme consta no sistema e-MEC: 12,3% públicos, 31,6% privados com fins lucrativos e 56,1% privados sem fins lucrativos⁽¹⁰⁾, os últimos descritos nesta pesquisa como IES filantrópicas e comunitárias.

Todas as IES representadas no estudo aderiram ao ERE. O redirecionamento das estratégias de ensino/aprendizagem para ambiente remoto poderia gerar dificuldade de adesão para os docentes e estudantes, em função das metodologias pedagógicas e dos protocolos estabelecidos institucionalmente para contemplar estratégias virtuais de ensino e de

gestão para o retorno das atividades acadêmicas⁽¹¹⁾, no entanto, os coordenadores de curso tinham a ciência da inevitabilidade do processo.

A adesão ao ERE por todas as IES com cursos de Enfermagem do RS, representadas neste estudo, denota a preocupação e o compromisso dessas instituições em atender à demanda da comunidade acadêmica estadual.

Corroborar-se que, devido à adoção de aulas síncronas no ERE, docentes e estudantes passaram a dividir o espaço doméstico com as atividades de trabalho e estudo. A sincronidade das aulas foi mantida em mais de 75% dos encontros, o que reforça a ideia de que as aulas do ERE são diferentes das aulas na modalidade a distância. As aulas em ERE tendem a reproduzir a metodologia tradicional, utilizando a “presença cognitiva”, em espaços geográficos diferentes, enquanto a EaD utiliza tempos e locais diferentes, além de exigir do aluno a organização pessoal para o acompanhamento e realização das atividades. O ERE assemelha-se ao EaD somente no que se refere à educação mediada por tecnologia⁽¹²⁾.

O presente estudo destaca que o uso das TICs, por meio de sistemas de informação integrados, evoluiu dentro das IES, tornando-se rico, com o propósito de apoiar agilmente docentes, estudantes e gestão nos processos de ensino/aprendizagem durante o ERE. Seu uso foi otimizado para qualificar a formação, porém jamais foi tido como o centro da educação em Enfermagem, sendo proferido seu uso pela situação emergencial posta, em detrimento excepcional da não presença docente e estudantil juntamente aos profissionais nos cenários de formação, onde o cuidado acontece às pessoas e coletivos, atores do ensino e da aprendizagem em Enfermagem.

Ainda, a partir dos achados, observou-se que, embora houvesse predomínio da metodologia tradicional (aula expositivo-dialogada), também ocorreu grande diversidade na adoção de metodologias inovadoras. Um estudo sobre práticas inovadoras desenvolvidas por docentes de Enfermagem identificou que elas resgatam a subjetividade do sujeito, estimulam mudanças quanto ao olhar clínico para um olhar compreensivo, promovendo diálogo e interação, onde o estudante se torna um elo importante quanto à cadeia de inovação, pois estabelece-se sustentabilidade, adesão e participação na prática profissional⁽¹³⁾.

Vale salientar que, além da adoção de tais metodologias, houve a necessidade de adaptação delas para o ambiente remoto, o que exigiu dos docentes e estudantes grande resiliência, exigindo esforço e dedicação. Consoante a isso, um estudo realizado na região Sul do Brasil quanto às experiências dos docentes de uma universidade pública na utilização de casos de papel e *role play* evidenciou o despertar do estudante quanto à sua valorização, motivação e participação efetiva no processo de aprendizagem⁽¹⁴⁾. Outro estudo, sobre formação de competências em informática para a Enfermagem, destacou a gamificação por tornar a educação mais envolvente, em contraponto às práticas tradicionais no ensino da

profissão, sendo uma importante ferramenta ao incentivo e construção de competências com estudantes de graduação⁽¹⁵⁾. Independentemente da categoria administrativa das IES que integram este estudo, pode-se inferir que todas adotaram metodologias inovadoras e que houve diversidade entre elas. Algumas, no entanto, podem ser mais exploradas, como o *just in time teaching* e o *design thinking*.

Para dar conta das metodologias adotadas e do formato de aula, os docentes utilizam ferramentas digitais que oferecem um suporte substancial ao processo de ensino-aprendizagem, tornando as aulas mais interessantes, prazerosas e motivadoras. A utilização dessas ferramentas tecnológicas favorece o ensino, tendo como características explorar no estudante a agilidade, dinamismo e interatividade nas suas relações pessoais, com objetivo de analisar a capacidade de aprendizado⁽¹⁶⁾.

Em relação a tais aspectos, foi realizado um estudo ampliado com docentes de todo o território brasileiro, envolvendo desde a Educação Básica até o Ensino Superior. Os docentes atuavam em redes estaduais e privadas, e os achados da pesquisa evidenciaram que as estratégias mais usadas foram a elaboração de videoaulas (55,8%), uso de webconferências (45,7%) e uso das redes sociais (42,5%). E, dentre as ferramentas mais utilizadas para o ensino através de videoconferência, destacou-se o Google Meet (48,7%), seguido pelo WhatsApp (46,8%) e pelo Zoom (44,2%). Vale destacar que o Google Meet e o Zoom são caracterizadas como plataformas digitais, já o WhatsApp como ferramenta digital, a qual corrobora com o estudo realizado, sendo uma das ferramentas mais utilizadas durante o ensino remoto emergencial⁽¹⁷⁾.

Apesar da adoção rápida do ERE para a manutenção das atividades, é de extrema importância que haja uma reflexão quanto à avaliação dos programas educacionais, em especial na área da Enfermagem e na saúde. Visa-se a formação de um profissional competente, o que envolve diversos domínios, habilidades e atividades. O processo avaliativo educacional necessita ser sistemático, contínuo, deve estar alinhado com os objetivos educacionais, estratégias de ensino e de avaliação do estudante. A avaliação dos programas educacionais e o *feedback* aos estudantes no seu processo de formação são importantes pois, por meio dos resultados, identificam-se oportunidades ímpares para a progressão e o aprimoramento do programa educacional⁽¹⁶⁾.

Quanto às limitações do estudo, a pesquisa se restringiu a avaliar a realidade na adoção de metodologias e estratégias de um estado sul brasileiro. Assim, a expansão de tal análise para os demais estados da federação poderá trazer uma visão mais abrangente e a identificação de diferentes estratégias e potencialidades para o ensino de Enfermagem. Ainda, se reconhece que, dentre os atores envolvidos no processo de ensino-aprendizagem na Enfermagem, apenas os coordenadores foram consultados, conferindo outra limitação ao estudo.

A presente investigação contribui para a identificação de possíveis metodologias de ensino para uso dos docentes no contexto do Ensino Remoto Emergencial. Mas, além de tal contexto, tais iniciativas podem contribuir para a ampliação de práticas pedagógicas problematizadoras pelos docentes que contribuam para o alcance do perfil de egresso desejado. Além disso, identificaram-se metodologias com potencial de ampliação no cotidiano do ensino de Enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A necessidade social de se adotar medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional, decorrente do Novo Coronavírus, trouxe aos cursos de Bacharelado em Enfermagem presenciais do Rio Grande do Sul injunções do Ensino Remoto Emergencial, pela não possibilidade de oferta das atividades presenciais, interrompidas em virtude da pandemia. Para a Enfermagem, a migração do ensino presencial para o Ensino Remoto Emergencial requereu a adoção de metodologias que garantissem, na medida do possível, a formação de um profissional competente para atuar no cuidado em saúde, imerso em um mundo em constante transformação.

Neste estudo, identificou-se que no Ensino Remoto Emergencial as aulas foram majoritariamente programadas no formato síncrono, com uso de plataformas e ferramentas digitais que oportunizaram a adoção de metodologias ativas e inovadoras de ensino. Ainda que a tradicional aula expositivo-dialogada tenha sido amplamente adotada, estudos de caso, metodologia baseada em problemas, mapas conceituais e sala de aula invertida figuraram entre as mais utilizadas pelas escolas de Enfermagem do Rio Grande do Sul. Outrossim, há possibilidade de ampliação no uso de outras metodologias, como *design thinking*, *just in time teaching* e dossiê. Para tanto, observou-se um número expressivo de ferramentas digitais utilizadas.

Agradecimentos

Coordenadores de cursos de graduação em Enfermagem do estado do Rio Grande do Sul.
Associação Brasileira de Enfermagem, seção Rio Grande do Sul.

REFERÊNCIAS

- 1 Santos JLG, Souza CSBN, Tourinho FSV, et al. Didactic Strategies In The Teaching-Learning Process Of Nursing Management. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2018; [citado 2021 dez 22];27:e1980016. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180001980016>
- 2 Brasil. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. [Internet]. 2001. [citado 2021 dez 22]; Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>
- 3 Ximenes Neto FRG, Lopes Neto D, Cunha ICKO, et al. Reflections on Brazilian Nursing Education from the regulation of the Unified Health System. Cien Saude Colet [Internet]. 2020; [citado 2021 dez 22]; 25: 37–46. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27702019>
- 4 Frota MA, Wermelinger MCMW, Vieira LJES, et al. Mapping nursing training in Brazil: challenges for actions in complex and globalized scenarios. Cien Saude Colet [internet] 2020; [citado 2021 dez 22]; 25: 25–35. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27672019>
- 5 Mayer R. How engineers learn: a study of problem-based learning in the engineering classroom and implications for course design. Graduate Theses and Dissertations. [internet] 2013; [citado 2021 dez 22]13202. doi: <https://doi.org/10.31274/etd-180810-1693>
- 6 Pascoalino KCS. Active methodologies as facilitators of remote learning due to the Covid-19 pandemic. Revista Estudos e Negócios Acadêmicos. [internet] 2021; 1: 45–56. [cited 2021 out 27]; Available from: <http://portalderevistas.esags.edu.br:8181/index.php/revista/article/view/17/25>
- 7 Garcia TCM, Morais IRD, Zaros LG, et al. Ensino remoto emergencial: orientações básicas para elaboração do plano de aula. SEDIS/UFRN. [internet] 2020; [cited 2021 out 27]; Available from: https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/29766/1/ENSINO%20REMOTO%20EMERGENCIAL_orientacoes_basicas_elaboracao_plano_aula.pdf
- 8 Camacho ACLF. Remote teaching in times of the COVID-19 pandemic: new experiences and challenges. Online braz j nurs. [internet] 2020; [citado 2021 dez 22];19:4. doi: <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20206475>
- 9 Soares FA, Rocha KKA, Aguiar Portela R, et al. Scenario of distance higher education in health in Brazil: the situation of Nursing. Esc Anna Nery. [internet] 2020; [citado 2021 dez 22];25 (3): e20200145. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0145>
- 10 Brasil. Ministério da Educação. Cadastro Nacional de Cursos e Instituições de Educação Superior - Cadastro e-MEC. e-MEC.[internet] 2020. [cited 2021 out 27]. Available from: <https://emec.mec.gov.br/>
- 11 Moreno-Correa S-M. Vista de La innovación educativa en los tiempos del Coronavirus. Saludem Scientia Spiritus [internet] 2020; [cited 2021 out 20]; 6: 14–26. Available from: <https://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/saludemscientiaspiritus/article/view/2290/2863>
- 12 Rabello ME. Lições do coronavírus: ensino remoto emergencial não é EAD. Desafios da Educação [internet] 2020. [cited 2021 out 10]. Available from: <https://desafiosdaeducacao.grupoa.com.br/coronavirus-ensino-remoto/> (2020)

- 13 Tavares CMM, Pastor Junior AA, Paiva LM, et al. Innovations in the teaching-learning process of psychiatric nursing and mental health. Rev Bras Enferm. [internet] 2021. [citado 2021 dez 22];74:e20200525. doi:<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0525>
- 14 Cogo ALP, Pai DD, Aliti GB, et al. Role and role play cases: nursing learning strategies. Rev Bras Enferm. [internet] 2018. [citado 2021 dez 22]; 69: 1231–1235. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0277>
- 15 Castro TC, Gonçalves LS. The use of gamification to teach in the nursing field. Rev Bras Enferm [internet] 2018. [citado 2021 dez 22];71: 1038–1045. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0023>
- 16 Reis FJC, Navarro AM. Evaluation of Educational Programs in the Context of Remote Education and COVID 19. Medicina (Ribeirão Preto). [internet] 2021. [citado 2021 dez 22]; 54:e-184768. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2021.184768>
- 17 Herrera VAS, Silva S, Santos CER, et al. Teaching challenges during the COVID-19 Pandemic. Revista de Estudos e Pesquisas sobre Ensino Tecnológico (EDUCITEC) [internet] 2020. [citado 2021 dez 22];6: e156420. doi: <https://doi.org/10.31417/educitec.v6.1564>

ESTUDANTES NEGROS NO ENSINO PÚBLICO SUPERIOR: VIVÊNCIAS E QUESTÕES ASSOCIADAS À SAÚDE MENTAL⁵¹

Alessandra Luiza Tolentino da Silva⁵²

Vanessa Tavares Ribeiro⁵³

Ana Cristina Wesner Viana⁵⁴

RESUMO

Introdução: o racismo é um elemento estrutural da nossa sociedade e determina desigualdades sociais. Com a inserção dos estudantes negros nas universidades públicas, estas instituições têm se democratizado, porém as relações sociais também se reproduzem dentro destes ambientes. Além disso, sofrer discriminação racial foi associado ao desenvolvimento de sintomas depressivos e aos sentimentos de isolamento e não pertencimento, fatores que podem influenciar a permanência no ambiente acadêmico. As categorias abordadas objetivaram identificar o racismo percebido pelos estudantes negros do ensino superior público, suas reações emocionais e estratégias de enfrentamento empregadas. **Método:** trata-se de um estudo qualitativo descritivo com análise de conteúdo dos relatos realizados por estudantes negros de uma Instituição de Ensino Superior no estado do Rio Grande do Sul. A coleta de dados ocorreu no período de janeiro de 2021 a julho de 2021 através de uma entrevista semiestruturada realizada por videoconferência. **Resultados:** espaços educacionais são essenciais para o combate de desigualdades sociais na universidade pública, pois a construção e disseminação do conhecimento associadas à disponibilização de material em relação ao racismo primam à prática da assistência psicossocial aos estudantes negros. **Conclusão:** a partir da exploração dos dados e das análises das entrevistas foi possível proporcionar um olhar sensível dos discentes e docentes da universidade pública em relação ao racismo, bem como auxiliar na prática da assistência psicossocial aos estudantes negros.

Palavras-chave: Racismo; Emoções; Saúde mental; Estudantes; Instituições de ensino superior.

51 Artigo resultante de trabalho de conclusão de curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA.

52 Graduada em enfermagem pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Membro do Grupo de Pesquisa em Tecnologia, Gestão e Segurança no Trabalho (TeGEST). Membro do Coletivo Negro Raça da UFCSPA. E-mail: alitolentino.s@gmail.com. ORCID: 0000-0003-0334-483X.

53 Graduada em enfermagem pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Bolsista do projeto de extensão Estratégias de Enfrentamento para crianças e familiares em tratamento oncológico. Bolsista voluntária no projeto Promoção do desenvolvimento neuropsicomotor em crianças de 0 a 24 meses de idade atendidas em creches municipais e conveniadas da Zona Norte de Porto Alegre, RS. Membro do Grupo de Pesquisa em Tecnologia, Gestão e Segurança no Trabalho (TeGEST).

54 Docente de Enfermagem da UFCSPA. Dra. em Enfermagem pela UFRGS. Mestre em Ciências Médicas: Psiquiatria pela UFRGS. Especialista em Enfermagem em Saúde Mental pela UFRGS. Pós-Graduada em Terapia Cognitivo-Comportamental pela PUC-PR. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFCSPA. Membro do Grupo de Pesquisas do Programa de Transtornos de Ansiedade do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (PROTAN-HCPA) e do Grupo de Pesquisa em Tecnologia, Gestão, Educação e Segurança no Trabalho TeGEST da UFCSPA. Coordenadora do Projeto de Extensão Kids Coping da UFCSPA. ORCID: 0000-0002-0290-8288.

INTRODUÇÃO

O racismo, como ferramenta de controle de corpos negros, é um dos elementos da estrutura da nossa sociedade. Desta forma, é possível dizer que nossas relações são pautadas pelo racismo, mesmo tendo sido decorridos mais de 130 anos da abolição da escravidão no Brasil. Ainda percebemos como os quase 400 anos de escravidão e a falta de políticas para a inserção de pessoas negras na sociedade após a abolição influenciam nas desigualdades sociais enfrentadas atualmente, pois “embora as estruturas sociais tenham sofrido modificações, o modelo de hierarquia social caracterizado pela manutenção dos privilégios da branquitude foi mantido”⁽¹⁾.

Estas desigualdades são evidenciadas quando 55,8% da população brasileira é composta por negros e pardos e, no entanto, apesar de serem maioria da “força de trabalho”, o grupo apresenta maiores taxas de desemprego, independentemente do nível de instrução⁽²⁾. Além do desemprego, a informalidade é maior entre a população negra ou parda e, pela falta de vínculos empregatícios, o trabalho informal está associado à precarização, por não assegurar direitos ao trabalhador⁽²⁾. Os dados também apontam menor rendimento mensal, menor concentração de rendimentos e, conseqüentemente, condições de moradia mais precárias entre a população preta ou parda⁽²⁾. Estes são alguns dos dados que demonstram um cenário de marginalização resultante de um sistema construído e mantido pelo racismo.

Entre os processos de manutenção do racismo no Brasil existe o mito da democracia racial, baseado na miscigenação, que foi fruto do abuso de mulheres negras escravizadas. O mito da democracia racial apaga e naturaliza as violências racistas, e a própria visão de que a miscigenação ocorreu de forma pacífica isenta os colonizadores portugueses da objetificação, hiper sexualização e abuso sexual de mulheres negras. Também, com o conceito de diversidade racial, denúncias de racismo, tanto pelo sistema por negação de direitos, quanto de ataques diretos, se tornam difíceis, isso quando identificadas. Portanto, cabe a indagação: “Como refletir e cuidar de algo que não existe? Como lidar com esse paradoxo insolúvel? A perversidade existente nesse processo está justamente em se invisibilizar o que está clara e limpidamente visibilizado, mas não verbalizado, não admitido, não permitindo, deste modo, a cura e a elaboração do trauma”⁽³⁾.

Além das desigualdades sociais enfrentadas, é extremamente importante pontuar que o racismo influencia também na saúde mental de pessoas negras, visto que os estereótipos racistas resultam em uma imagem negativa de pessoas pretas, não só física, mas intelectualmente. Estudos indicam que a prevalência de transtornos mentais comuns é maior em pessoas negras do que em pessoas brancas, e as autoras relacionam os dados com estressores ambientais, como experiências de discriminação sofridas por pessoas negras⁽⁴⁾.

Concomitantemente, houve um aumento de 12% dos casos de suicídio entre jovens e adolescentes negros entre 2012 e 2016 no Brasil. Os dados mostram que, em 2016, a probabilidade de um jovem negro cometer suicídio era 45% maior em relação a jovens brancos⁽⁵⁾. Sabe-se que a depressão é um dos fatores de risco para o suicídio. Pesquisadoras apontam que a depressão é uma das principais consequências da experiência de discriminação racial na população negra, mas em contrapartida concluem que os estudos sobre o assunto no Brasil ainda são “incipientes”⁽⁶⁾.

A discriminação racial no ensino superior foi associada a sentimentos de invisibilidade, falta de confiança e baixa expectativa, além de um baixo senso de pertencimento⁽⁷⁻⁸⁾. Sofrer micro agressões foi considerado um fator importante para o desenvolvimento de sintomas depressivos⁽⁹⁾, e a síndrome do impostor influenciou o desenvolvimento de ansiedade em pessoas racializadas, especialmente em estudantes negros⁽⁹⁾. Ainda, existe dificuldade em identificar situações de discriminação racial.

Uma das estratégias sugeridas para o enfrentamento e resposta à discriminação foi a criação de contra espaços dentro e fora das universidades por estudantes e organizações que os apoiam. Estes espaços de suporte permitem a validação das experiências de estudantes negros e as consideram importantes. Ao mesmo tempo, eles fornecem apoio social e emocional⁽⁶⁾. Identifica-se a necessidade de incentivar os estudantes a utilizarem os recursos que a universidade oferece para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento e, em consonância, os profissionais devem estar preparados para atender a estas demandas⁽¹⁰⁾. Esses são movimentos importantes, mas não excluem a necessidade de articulação por parte das instituições de proporcionar um ambiente antirracista através de ações estratégicas articuladas às políticas públicas⁽¹⁰⁾.

O interesse por investigar sobre a saúde mental de estudantes negros partiu de vivências da autora com demais estudantes negros de graduação em uma Instituição de Ensino Superior e através, também, do coletivo negro do local, um ambiente criado por e para alunos negros da instituição para discutir problemáticas raciais, específicos sobre negritude e suas implicações na graduação e na sociedade. Fazendo parte do coletivo e sendo uma pessoa negra, houve a necessidade de discutir sobre o assunto, visto que, em diálogos informais com estes estudantes, foram discutidos casos de discriminação racial que podem influenciar negativamente em diferentes campos de suas vidas.

O estudo objetiva identificar a influência do racismo institucional em aspectos da saúde mental dos estudantes negros e suas consequências na forma de vivenciar o ensino público superior. Para tal, buscou-se analisar e descrever as relações raciais na universidade e identificar como os estudantes percebem a influência do racismo em aspectos da sua saúde mental. Neste artigo, será abordado como estudantes percebem o racismo institucional, suas reações emocionais e as estratégias de enfrentamento adotadas.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo exploratório descritivo qualitativo. A abordagem qualitativa possibilita o entendimento e a descrição do fenômeno investigado, fundamentado nos discursos dos participantes⁽¹¹⁾. As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento entre variáveis⁽¹²⁾.

O estudo foi realizado em uma Instituição de Ensino Superior situada no município de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul.

A população da pesquisa foi composta por estudantes negros de uma Instituição de Ensino Superior de Porto Alegre matriculados em cursos de graduação do ensino superior. O contato com os estudantes foi estabelecido através do Coletivo Negro Raça e por meio de divulgação nas redes sociais. A pesquisa qualitativa não pressupõe um número amostral⁽¹¹⁻¹²⁾. No entanto, o estudo teve a participação de 10 alunos do ensino superior matriculados na referida universidade pública. O número de sujeitos incluídos no estudo foi determinado conforme a saturação de dados, ocorrendo a seleção de participantes até a ocorrência desta saturação. Os critérios de inclusão do estudo foram: estar matriculado na Instituição de Ensino Superior e ter idade mínima de 18 anos. Os critérios de exclusão foram: alunos de intercâmbio, em razão de barreiras de comunicação, diferenças culturais e políticas.

A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a junho de dois mil e vinte e um, através de uma entrevista semiestruturada, utilizando um roteiro com questões norteadoras que buscaram responder os objetivos do estudo. As entrevistas foram realizadas via plataforma digital online Google Meet[®] e gravadas, o que possibilitou a transcrição das falas na íntegra para a realização da análise do discurso. A entrevista foi norteada pelas seguintes questões: Como você caracteriza sua relação com a universidade? (Q1); Como você observa a relação de estudantes negros com os demais colegas e professores? (Q2); Como você observa a relação entre estudantes brancos e estudantes negros? (Q3); Caso você tenha presenciado ou passado por situações de discriminação racial ou que te causaram desconforto, como as descreveria? (Q4); De que forma você lidou com estas situações? (Q4A); Caso você já tenha presenciado ou passado por situações de discriminação racial ou que te causaram desconforto na universidade, como as descreveria? (Q5); De que forma você lidou com estas situações? (Q5A); Você considera que estas situações influenciam sua relação com a instituição ou com os estudos? De que forma? (Q5B). Para a utilização dos relatos, os nomes das pessoas entrevistadas foram substituídos por codinomes a fim de manter o anonimato das participantes. Foi utilizada a letra “P” seguida por um algarismo arábico correspondente à sequência de realização das entrevistas, por exemplo “P1”.

Análise dos dados

As informações foram analisadas a partir da proposta de Análise de Conteúdo, que busca definir temas e agrupar em categorias⁽¹¹⁾. Esta análise objetiva o entendimento do sentido da comunicação. No entanto, também enfatiza o olhar para outra interpretação da mensagem, que pode ser histórica, sociológica, política ou psicológica. Na pré-análise, foi realizada a organização do material⁽¹¹⁾. Houve a escolha dos documentos que foram utilizados, formulação das hipóteses e os objetivos e a criação dos indicadores que foram utilizados para basear a interpretação final e a referenciação dos índices. Antes de ser realizada a análise, foi preciso preparar o material. A exploração do material é uma fase longa, onde ocorre a codificação, enumeração ou a divisão dos dados. No tratamento dos resultados obtidos e na interpretação, os resultados foram analisados de modo a serem significativos e pertinentes⁽¹¹⁾. A análise ou exploração do material contou com a codificação, categorização e quantificação dos resultados. Nesta fase, foi realizada a conclusão da preparação do material para análise, em função das regras estabelecidas⁽¹¹⁾. O tratamento dos dados, a inferência ou a interpretação contaram com o cálculo das frequências e percentagem deles, além da determinação de categorias e/ou subcategorias de análise. Assim, a partir das proposições deste estudo, as categorias de análise foram construídas no contato com a realidade empírica tendo como base principal os relatos dos sujeitos sobre o fenômeno em questão. Os dados foram preparados com o auxílio de uma planilha do Excel[®]. Realizou-se a análise categorial através da identificação de similaridades dos elementos para o agrupamento. Além da análise de conteúdo, foram levantados e analisados dados referentes às informações descritivas da população estudada para traçar o perfil sociodemográfico dos sujeitos.

Considerações éticas

O estudo está de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Ciências da Saúde, de Porto Alegre, via Plataforma Brasil, e foi aprovado conforme CAAE 41673620.2.0000.5345, parecer número 4.499.015. Os participantes do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os arquivos das gravações, relativos às entrevistas, foram inutilizados após o término da pesquisa, e as transcrições serão guardadas em mídia digital pelo pesquisador responsável em ambiente seguro, durante o período de cinco anos após a publicação dos resultados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa levou em consideração dados objetivos e subjetivos obtidos durante as entrevistas. Os dados objetivos do estudo correspondem aos dados sociodemográficos, relevantes na análise dos resultados por influenciarem as vivências e percepções dos participantes.

A amostra foi composta por dez participantes, sendo 30% do gênero masculino e 70% do gênero feminino. A idade média dos participantes é de 24,5 anos. No que diz respeito à formação, 60% da amostra provém de escola pública. Referente à renda familiar, 10% têm renda de até dois salários-mínimos, 40% têm renda de dois a quatro salários-mínimos, 20% têm renda de quatro a dez salários-mínimos, 20% têm renda de dez a vinte salários mínimos e 10% têm renda acima de vinte salários mínimos. Apenas uma participante trabalha.

A partir da leitura do material transcrito e utilizando o método lógico-semântico, foi realizada a categorização dos dados subjetivos. Utilizando o tema como unidade de registro, foram determinadas categorias e subcategorias, dentre elas: racismo institucional, reações emocionais e estratégias de enfrentamento.

Racismo institucional

A pesquisa evidenciou a ocorrência do racismo institucional. Se incluem nesta categoria as subcategorias: situações relacionadas aos docentes, questões relacionadas à estrutura da universidade e do ambiente acadêmico e à desproporcionalidade entre a quantidade de pessoas negras e pessoas brancas na instituição.

As situações relacionadas aos docentes envolvem exotificação, reprodução de termos racistas e micro agressões, definidas como insultos verbais, não verbais ou visuais, geralmente não intencionais, direcionados a pessoas racializadas⁽⁹⁾. Dentre os participantes, 70% sofreram, presenciaram ou souberam de casos de racismo vindo dos docentes destas diferentes formas, como por exemplo:

Eu pedi ajuda pra um professor, coordenador do curso, e aí ele simplesmente me olhou dos pés à cabeça e falou: “tem certeza que tu quer continuar no curso?”; Depois, ao longo dos anos eu descobri que eu não fui a única que tive esse mesmo conselho. (P5)

Há também a percepção da diferença de tratamento por parte dos docentes em determinados contextos:

Na universidade é interessante, porque tu achas que tá tudo tranquilo, tá tudo indo bem, parece que nem notaram ali, e aí um certo dia vira uma chavinha e tu começa a ver que a forma de tratamento é diferenciada [...]. (P10)

Mas quando chega nessas sutilezas, questões de convidar aluno pra participar de grupo, de pesquisa, da bolsa., questões até de nota, às vezes, dá pra você ver que existe um conflito. E eu acho que, especialmente, existe talvez uma certa resistência em aceitar que as coisas estão mudando. Eu tenho visto muito essa movimentação de os professores que estão percebendo que vão ter que mudar algumas coisas na maneira com que eles dão aula e lidam com a cultura acadêmica e com seus colegas, e os professores que não estão lidando tão bem com isso [...]. (P2)

A fala da **P2** também demonstra a existência de docentes que se posicionam contra os padrões culturais dentro da instituição, buscando a construção de um ambiente que acolha acadêmicos de diferentes perfis, ao invés de proporcionar a inclusão sem que se preocupe com a permanência destes estudantes.

Estudos apontam que, apesar da evasão ser semelhante entre estudantes negros e brancos, um dos aspectos com maior relevância na trajetória educacional de estudantes negros, no que diz respeito a desigualdades raciais, seria o efeito subjetivo de aquisição de capital cultural, explicado pelas autoras como “o conjunto de expectativas para estar na universidade”. Outro aspecto relevante seria a intersecção entre raça, gênero e classe e seus efeitos objetivos⁽¹³⁾. Portanto, são necessários estudos sobre evasão na instituição para melhor entendimento destes fenômenos.

Houve, também, apagamento de autores negros por parte de docentes dentro da universidade:

“Ah, vocês não citaram psicólogos nesse trabalho, então por isso eu estou deixando essa nota mais baixa”. E eu tinha citado Frantz Fanon, eu tinha citado Grada Kilomba, eu tinha citado Neusa Santos Souza [autores referências na área], sabe? [...] eu acho que foi caindo a ficha, mas eu acho que ela não mudou tanto a nota que daí taria reconhecendo demais. Mas eu lembro que ela falou: “Ah, depois dessa conversa que eu vi que vocês fizeram uma coisa diferente, realmente eu acho que eu devia aumentar um pouquinho a nota.” (P2)

Os espaços educacionais são essenciais para o combate de desigualdades sociais por meio da construção e disseminação de conhecimento, porém, teóricos negros e não-brancos muitas vezes não estão presentes no referencial teórico destes espaços. Esse processo de apagamento é denominado epistemicídio, que seria a deslegitimação, a anulação e o impedimento da formulação de saberes vindos de populações não hegemônicas, ou seja, que não seja vindo de homens cisgêneros, heterossexuais e da raça branca⁽¹⁴⁾.

Pesquisadores reforçam a importância de enriquecer a bibliografia dos ambientes de produção científica, não somente dentro das discussões étnico-raciais, mas nas diversas áreas de conhecimento, e algumas das ações propostas para isso seriam minicursos, eventos, coletivos e disciplinas sobre estes saberes⁽¹⁵⁾. Existem aspectos relacionados à estruturação da universidade e seu funcionamento, pois 20% dos estudantes comentam sobre esta problemática, e um dos pontos levantados é a falta de proatividade para aumentar o acesso de pessoas negras e a espera de que os discentes da instituição gerem tensionamentos para que sejam feitas intervenções neste sentido. Outro ponto seria a existência de estabelecimentos inacessíveis para os próprios estudantes dentro da universidade, contribuindo para um senso de hierarquização tanto de raça quanto de classe:

[...] Parece que existe como se fosse uma hierarquia, existem os alunos extremamente elitistas, onde tem o poder monetário alto, e os alunos que são o resto, a classe C, que ficam ali no DCE, sabe? E não é só com a pessoa preta, eu tenho colegas que são pobres e são brancos e não têm, chega a ser ridículo sabe? (P9)

Além disso, os fatores históricos contribuem para que estes estudantes não se vejam dentro da constituição do ambiente institucional:

[...] Eu acho que o espaço acadêmico, só a existência dele, já é uma agressão nesse sentido, sabe? [...] Entrar numa universidade, que é extremamente elitista e branca, sabe? Que tem todo um histórico de um curso de medicina, eu acho que só isso, só o não se ver dentro daquele espaço já é uma agressão e algo que nos fere. (P8)

Historicamente, a Medicina e a Saúde Pública, por trazerem credibilidade, atuaram como receptáculos na constituição de pensamentos racistas e sua difusão dentro da estrutura social brasileira, como os princípios eugenistas de higienização racial, reformulados conforme as especificidades do país, e sua estatização através de políticas públicas⁽¹⁶⁾. Fala-se sobre a instituição ser branca, o que não é somente sobre o perfil das pessoas que a frequenta, apesar de 30% dos participantes terem reforçado que ainda é nítida a desproporcionalidade entre a quantidade de docentes e discentes negros na universidade, mas também sobre as origens deste formato educacional, a bibliografia utilizada, como discutido anteriormente, os temas debatidos e, novamente, a necessidade de tensionamentos feitos a partir dos próprios discentes para viabilizar espaços de discussão sobre raça e racismo, no caso.

[...] Mas eu acho que a gente tá sempre buscando um conhecimento a mais, eu acho que o fato da Universidade e da estrutura da Universidade, os planos de ensino, a formação, serem tão brancos é o que faz com que, não só as pessoas negras, mas as pessoas que tenham

interesse pra além de uma epistemologia branca, tenham que fazer um trabalho a mais, sabe? A gente tem que ir atrás de algo que não nos é apresentado. [...] Então parece que a gente tem sempre que fazer um trabalho a mais pra que, não é só o que nos interessa, mas onde a gente possa se ver e esteja sendo pautado. E quando não é pautado, que a gente esteja construindo isso em algum outro lugar, né? (P8)

Reações emocionais

As questões que buscavam alcançar os objetivos do estudo também buscaram entender os sentimentos e emoções envolvidos nas vivências dos estudantes negros ao passarem pelo racismo interpessoal e institucional. Autores reforçam que para o melhor entendimento do racismo é importante conhecermos as emoções envolvidas nestas situações⁽¹⁷⁾.

A raiva é comum em pessoas que passaram por ofensas raciais e demonstra que foi feita a avaliação de que aquela ação é ilegítima e causou danos relevantes a algo considerado importante para o bem-estar pessoal do indivíduo⁽¹⁷⁾. Este sentimento também foi identificado após perceberem o racismo institucional:

Eu sei como é que é o meio acadêmico, eu sei que o meio acadêmico é um ambiente branco que vai passar a mão, mas isso me indigna, não é algo que eu fique confortável, eu não consigo pensar da maneira que diz assim: “não se preocupa com isso”, ou, “tenta não pensar nisso e faz o teu”; não é fazer o meu, eu não quero que um irmão meu, de cor, sofra racismo por um professor dentro da universidade, e a universidade não faça nada, venha com essas falas de que “aí, não tem como provar”, como não tem como provar? Tem como provar, tu tens quatro, cinco testemunhas, tem como provar. (P9)

Os participantes também se sentiram frustrados ao passar por micro agressões repetidamente dentro do ambiente universitário e ao perceberem que algumas situações pelas quais passaram envolviam racismo. Identificou-se que 50% dos estudantes que participaram da pesquisa relataram este sentimento através das seguintes falas: “[...] eu não acredito que está acontecendo comigo, sabe?” (P4) e “Eu fico meio estarecida, surpresa, meio incrédula [...]” (P2).

Na universidade é interessante, porque tu achas que tá tudo tranquilo, tá tudo indo bem, parece que nem notaram ali, e aí um certo dia vira uma chavinha e tu começa a ver que a forma de tratamento é diferenciada, no meu caso, tu acaba sendo impedido de fazer algumas coisas, acho que é um sofrimento que tu acaba lidando, já conhecia, mas achava que naquele ambiente não ia acontecer, e acaba acontecendo. Não sei qualificar, mas são dores, processos. (P10)

O **P10** traz um ponto muito importante que trata sobre micro agressões e democracia racial dentro da sociedade brasileira, pois percebeu com o tempo que existiam diferenças de tratamento mesmo sem ter sofrido ataques raciais diretos. Como explicitado pelo participante, “parece que nem notaram” sua raça dentro daquele local. O conceito “color blindness” pode ser associado a essa experiência, e é definido como a transcendência dos rótulos raciais, quando se diz enxergar apenas pessoas e não suas raças/cores, ou seja, não considerar que os marcadores raciais sejam relevantes nas relações interpessoais⁽¹⁸⁾. No entanto, não é possível negar ou agir de uma forma que não considere que as experiências de pessoas não brancas sejam moldadas por suas raças.

A sensação de não pertencimento ao ambiente acadêmico foi relatada pela maioria dos participantes e presente na literatura, relacionada à composição hegemonicamente branca do corpo discente e docente, como evidenciado na fala da **P2**: “Mas por outro lado também acho que é bastante difícil por ter sido, também, um espaço em que eu percebi de verdade que eu não devia tá ali, pelo menos não era esperado assim.”. O não pertencimento também esteve relacionado às micro agressões, ao apagamento da temática racial dentro do ambiente acadêmico e ao processo de inserção neste meio:

Mas eu sentia que era um espaço que não me pertencia, me sentia um pouco deslocado ali dentro. Ficava tipo “ué?”, não sei, a gente observa as pessoas olhando diferente... ainda mais na minha turma, na minha turma acho que eram 4 pessoas negras de 100... então foi um pouco impactante para mim (P1)

Tanto que, quando eu estava lá [presencial], duas semanas, durante essas duas semanas eu não me via, eu não via como meu lugar... eu vou estudar e eu tenho professores brancos, eu tenho colegas brancos, eu tenho bixos, e tem, que nem eu falei, um aluno negro só. (P9)
O ambiente é violento também, o que a gente estuda, e o fato da gente não se ver ali também é um reflexo disso e acaba gerando sofrimento, eu acho que é muito pra além de uma esfera individual, acho que sim, as pessoas sofrem individualmente né, inegavelmente, mas tem um aspecto que afeta a todos nós. (P8)

Então, na hora eu fiquei bem chateada, fiquei bem braba, eu lembro que quando eu cheguei, que era uma das primeiras vezes que eu fui procurar essa ajuda do coordenador, eu me lembro que eu cheguei em casa muito chateada, falando: olha não vai dar, eu vou ter que desistir, essa faculdade não é pra mim [...] (P8)

Essa sensação também foi identificada em um estudo com metodologia similar⁽¹⁹⁾. Dois dos estudantes informaram que lidaram com o não pertencimento estando com outros estudantes negros, demonstrando a importância da formação de uma rede de apoio entre os pares:

Porque eu acho que tem muita gente que fica meio solitário nos cursos, são raros, mas eu acho que existem momentos em que você se sente um alienígena ali dentro né, mesmo dentre os seus colegas e os amigos mais próximos, se eles são brancos, tem momentos que eu acho que, pelo que eu vejo, parece quase como se fosse um duplo, tem o aluno que você é pros seus colegas brancos e tem o aluno que você é com seus colegas negros, sabe? (P2)

Estratégias de enfrentamento

O racismo pode causar consequências físicas, mentais e emocionais, portanto é necessário que se entenda de que forma as vítimas lidam com estas experiências negativas para melhor compreensão deste fenômeno.

Os participantes se envolveram em estudos teóricos sobre raça e racismo. Esse envolvimento foi relatado por 30% dos participantes e esteve relacionado ao fato de tentar entender a motivação do racismo (estrutural e interpessoal), os conceitos envolvidos no tema, entender as próprias vivências enquanto pessoas negras e aplicar este entendimento na formação e atuação profissional.

A primeira vez que eu vivi eu guardei muito pra mim e tentei fugir dessas situações, eu acabo levando pro lado racional, busquei estudar sobre o tema e entender por que as pessoas fazem isso, então, foi mais essa a minha resposta (P4)

Depois destas situações, eu acho que, por exemplo, o coletivo negro entra e ajuda muito nisso também, da gente compartilhar relatos, ideias e informações, então acho que a partir daí eu comecei a me interessar mais a buscar esse tipo de assunto sabe, entender esses conceitos todos, que são amplos” (P1)

Eu comecei a estudar racismo com muita vontade [risos]. Porque eu comecei a perceber que nenhuma professora minha sabia disso quando eu perguntava, especialmente na matéria das aulas ou como que isso se relacionava com o processo de saúde-doença, como isso se relacionava com [o curso], onde estavam essas pessoas nas referências assim. (P2)

Um dos participantes percebeu que a sua inserção em projetos universitários e no Coletivo Negro Raça ajudou a lidar com a sensação de não-pertencimento durante sua adaptação na graduação:

Mas depois eu fui me encontrando nas coisas que eu fui sentindo que eu gostava de fazer, daí eu comecei os projetos dentro da Universidade, e aí depois eu fui me envolvendo com várias coisas, e aí eu me senti fazendo parte da Universidade [...] até encontrei o coletivo e aí me senti um pouco melhor. (P1)

Por fim, dois dos participantes informaram ter adotado a mobilização política como estratégia de enfrentamento ao racismo interpessoal e estrutural, além de buscar utilizar o espaço acadêmico como ferramenta de mudança social:

Acho que é por isso que eu luto muito hoje, sabe? Porque eu não quero sofrer, eu não quero ter que ver uma amiga minha sofrendo, eu não quero ter que ver um amigo meu sofrendo, eu não quero ter que ver ninguém tendo que sofrer esse tipo de agressão. (P9)

Durante as minhas ações enquanto do movimento estudantil eu sempre [estive] numa busca coletiva de algo para além de mim sabe? Eu acho que a minha forma de lidar é muito mais de tipo, sei que isso tá errado, vamos tentar mudar em forma de uma ação sabe? (P8)

Nosso papel também, hoje, na universidade é fazer com que as mudanças que a gente quer e que a gente vê que são possíveis não fiquem só na nossa cabeça pra que as outras pessoas realmente tenham uma experiência melhor do que nós e assim subsequentemente né. (P8)

CONCLUSÃO

Através da análise dos dados foi possível compreender o fenômeno do racismo institucional e entender como os estudantes negros universitários o vivenciam, bem como entender as emoções e estratégias de enfrentamento envolvidas. Os dados apresentados neste artigo permitiram identificar estes aspectos dentro do ambiente universitário, demonstrando como a raça e o racismo influenciaram nas experiências acadêmicas.

As dificuldades enfrentadas durante a realização do estudo envolveram a coleta de dados, sendo elas a disponibilidade de horários para a realização das entrevistas, instabilidade da rede de internet em algumas das entrevistas e como lidar com a condução das entrevistas iniciais. Além disso, foram encontrados poucos estudos com o mesmo delineamento que tratassem do tema, expondo uma lacuna na literatura e necessidade da realização de pesquisas e estudos acerca do assunto.

O material produzido poderá contribuir com a construção do conhecimento e proporcionar um olhar sensível dos discentes e docentes da universidade pública em relação ao racismo, bem como, auxiliar na prática da assistência psicossocial aos estudantes negros.

REFERÊNCIAS

- 1 Santos G, Sales S. A Mulher Negra Brasileira, Miscigenação e o Estupro Colonial: O mito da democracia racial e o reforço de estereótipos racistas e sexistas. Caderno Espaço Feminino [Internet]. 2018. [citado em 2020 Jul 7];31(1): 40-62. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/neguem/article/view/41554>
- 2 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil (2019). Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica, Rio de Janeiro. 2019 [citado em 2020 Jul 29];41: 12 p. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf
- 3 Sampaio A. Ecos do silêncio, reflexões sobre uma vivência de racismo. In Batista LE, Werneck J, Lopes F, organizadores. Saúde da População Negra, Brasília: Associação Brasileira de Pesquisadores Negros (ABPN); 2012. [citado em 2020 Jul 29]. p. 262-272. Disponível em: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/populacao_negra.pdf
- 4 Smolen JR, Araújo EM. Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2017. [citado em 2020 Jul 29];22: 4021-4030. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172212.19782016>
- 5 Ministério da Saúde (BR). Óbitos por Suicídio entre Adolescentes e Jovens Negros 2012 a 2016 [Internet]. Brasília; 2019. [citado em 2020 Jul 30]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/obitos_suicidio_adolescentes_negros_2012_2016.pdf
- 6 Damasceno, MG, Zanello VML. Saúde mental e racismo contra negros: produção bibliográfica brasileira dos últimos quinze anos. Psicologia: Ciência e Profissão [Internet]. Brasília; 2018. [citado em 2020 Ago 08]; 38(3): 450-464. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-37030003262017>
- 7 Dotterer AM, McHale SM, Crouter AC. Sociocultural factors and school engagement among african american youth: the roles of racial discrimination, racial socialization, and ethnic identity, applied. Applied Developmental Science [Internet]. Pensilvânia; 2019. [citado em 2020 Set 23]; 13(2): 61-73. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/10888690902801442>
- 8 Solórzono D, Ceja M, Yosso T. Critical race theory, racial microaggressions, and campus racial climate: The experiences of African American college students. The Journal of Negro Education [Internet]. 2000 [citado em 2020 Set 25]; 69: 60-73. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/2696265?seq=1>
- 9 Cokley K, et al. Impostor feelings as a moderator and mediator of the relationship between perceived discrimination and mental health among racial/ethnic minority college students. Journal of Counseling Psychology [Internet]. Texas; 2017 [citado em 2020 Set 25]; 64(2): 141-154. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1037/cou0000198>
- 10 Cazeiro F, Costa CS. Discriminações raciais e sexuais na educação superior: questões para saúde mental. In: Oliveira AC (ed.). A Psicologia em Diferentes Contextos e Condições [Internet]. Ponta Grossa: Atena Editora; 2020 [citado em 2020 Set 24]: 17-35. Disponível em: <https://doi.org/10.22533/at.ed.8932017072>
- 11 Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70: 2016. 228 p.
- 12 Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 6. ed. São Paulo: Atlas; 2017. 192 p.

- 13 Costa AL, Picanço F. Para além do acesso e da inclusão: impactos da raça sobre a evasão e a conclusão no Ensino Superior. *Novos estudos CEBRAP* [Internet]. 2020 [citado em 2021 Out 30]; 39: 281-306. Disponível em: <https://doi.org/10.25091/s01013300202000020003>
- 14 Figueiredo A, Grosfoguel R. Racismo à brasileira ou racismo sem racistas: colonialidade do poder e a negação do racismo no espaço universitário. *Sociedade e Cultura* [Internet]. Goiânia; 2009 [citado em 2021 Out 30]; 12(2): 223-224. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/sec.v12i2.9096>
- 15 Carmo MA, et al. Enegrecendo as referências: intervenções possíveis do movimento negro na educação brasileira. *Revista Inter Ação* [Internet]. 2021 [citado em 2021 Out 31]; 46(1): 80-94. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ia.v46i1.65156>
- 16 Gonçalves MM, Marques MCC., Schuman LV. Raça e racismo na formação em saúde: do conceito a práxis. In Mota A, Marinho MGSMC, Schraiber LB, organizadores. *Educação, medicina e saúde: tendências historiográficas e dimensões interdisciplinares* [Internet]. Santo André: UFABC/CD&G; 2018 [citado em 2021 Out 31]; 44(1): 79-106. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.supl.1-20200405>
- 17 Williges F. Racismo e Emoções. *Revista Dissertatio de Filosofia* [Internet]. 2018 [citado em 2021 Out 31]; 6: 49-68, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.15210/dissertatio.v0i0.11773>
- 18 Braddock III CH. Racism and bioethics: The myth of color blindness. *The American Journal of Bioethics* [Internet]. 2021. [citado em 2021 Out 31] 21(2): 28-32. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/15265161.2020.1851812>
- 19 Santos VS. As expressões das desigualdades de gênero, raça e classe sobre a saúde mental das estudantes negras do curso de serviço social da UFBA. *Revista Feminismos* [Internet]. 2020. [citado em 2021 Out 31]; 8(1): 9 p. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/feminismos/article/view/42611>

PARTE III

**ARTIGOS COM ÊNFASE NA
ATENÇÃO HOSPITALAR**

AVALIAÇÃO DA ACESSIBILIDADE ESPACIAL EM UMA UNIDADE HOSPITALAR E AS IMPLICAÇÕES NA SAÚDE DO IDOSO⁵⁵

Patricia Queiroz Silva⁵⁶
Karin Viégas⁵⁷

RESUMO

Introdução: com o aumento significativo de idosos e a maior ocupação de leitos hospitalares por essa população surge o desafio de diminuir as barreiras arquitetônicas e possibilitar a acessibilidade espacial. É uma dimensão importante do cuidado, tendo em vista estratégias para evitar acidentes e promover a autonomia do idoso. **Objetivo:** analisar a acessibilidade espacial para idosos em um hospital terciário. **Método:** estudo transversal, composto por dois grupos de participantes (idosos e profissionais de saúde). Os dados foram coletados através da aplicação de Formulário do Google para identificar as dificuldades dos profissionais no cotidiano da instituição em relação aos problemas de acessibilidade espacial. A avaliação do ambiente físico se deu através da observação das estruturas, utilizando-se de instrumento *checklist* de acordo com determinações da ABNT/NBR 9050. A análise de que a percepção de barreiras ambientais se modifica de acordo com o nível funcional dos idosos foi verificada através da Escala de Katz e o questionário FRAQ-BR avaliou a percepção dos idosos quanto aos riscos de queda, na forma de entrevista, bem como foram analisados dados clínico-funcionais coletados do prontuário do paciente. **Resultados:** participaram 37 idosos e 53 profissionais da saúde. Os maiores níveis de dependência funcional se destacam entre o sexo feminino, bem como a prevalência de quedas. A correlação da queda com a funcionalidade dos pacientes e a barreira arquitetônica não foi significativa. Dos profissionais de saúde, 58,5% afirmaram ter sentido dificuldades em relação à acessibilidade espacial ao prestar assistência ao paciente idoso. Das dificuldades mencionadas, destacam-se problemas com o leito do paciente, como falta de grades e cama com altura elevada, sem possibilidade de ajuste. **Conclusão:** identificaram-se falhas na estrutura física hospitalar, evidenciando-se o desalinhamento com as políticas públicas para o idoso e, com isso, a necessidade de transformar o espaço em busca da acessibilidade.

Palavras-chaves: Acessibilidade física; Estruturas de acesso; Saúde do idoso; Limitação da mobilidade; Assistência de enfermagem.

55 Artigo resultante de trabalho de conclusão de curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

56 Acadêmica de enfermagem, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.
E-mail: patriciaqueirozk3@gmail.com. Telefone: (55)99655-1457. ORCID: 0000-0002-2632-4340.

57 Doutora em Gerontologia Biomédica pela PUCRS, Mestre em Enfermagem pela UFRGS, Professora Associada da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. E-mail: kviegas@gmail.com. Telefone: (51)33038858. ORCID: 0000-0002-2546-9281.

INTRODUÇÃO

Uma característica muito marcante da atual dinâmica demográfica mundial é o processo de envelhecimento populacional. O caso brasileiro não é muito diferente da tendência global, mas o processo de envelhecimento populacional no Brasil é ainda mais rápido. A população idosa brasileira, de 60 anos ou mais, representava 4,9% do total de habitantes em 1950 e passou para 14% em 2020, devendo atingir o impressionante percentual de 40,1% em 2100⁽¹⁾.

Esse fato acarreta desafios ao país para a preservação da qualidade de vida dessa população. Um dos desafios de maior relevância para promover a cidadania é a acessibilidade, que abrange desde a adequação das calçadas, sinalização, até a arborização das cidades, tornando não só os espaços acessíveis, como também os estabelecimentos. Esse fato decorre de o idoso ter independência e viver em comunidade⁽²⁾.

A diminuição de barreiras arquitetônicas e a acessibilidade espacial são uma dimensão importante do cuidado, tendo em vista que se poderia evitar acidentes e, ainda, promover a independência do idoso, mantendo-o seguro e motivado a realizar suas tarefas de vida diária; porquanto o espaço físico pode ser um facilitador ou inibidor à participação e desempenho de atividades⁽³⁾ e à deterioração da qualidade de vida⁽⁴⁾.

Em relação a isso, a Norma Brasileira (NBR) 9050 estabelece critérios e parâmetros técnicos a serem observados quando ao projeto, construção, instalação e adaptação de edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos às condições de acessibilidade⁽⁵⁾.

Sendo o hospital um ambiente de recuperação e restabelecimento da saúde, este deveria estar em conformidade com as normas, promovendo um ambiente adequado para acolher essa população e providenciando a prevenção de quedas no ambiente hospitalar como meta de segurança.

Até 20% das quedas resultam em lesões graves que podem exigir cuidados médicos prolongados, incluindo hospitalização e serviços de reabilitação, podendo aumentar significativamente os custos associados a lesões resultantes de quedas. Nos Estados Unidos, os custos anuais ficaram em torno de 30 bilhões de dólares em 2015, sendo que a incidência é maior em idades mais avançadas e no sexo feminino⁽⁶⁾.

Uma das atribuições do profissional enfermeiro é promover a segurança dos pacientes no âmbito hospitalar⁽⁷⁻⁸⁾, isso inclui estar ciente sobre a estrutura física e as adequações necessárias do local, garantindo acessibilidade e segurança, bem como tomar as medidas cabíveis para pôr em prática as reformas necessárias para garantir o cuidado. Assim, considerando os principais elementos do cenário até aqui apresentado, estabelece-se como problemática a ser tratada: qual é a situação da acessibilidade de uma unidade em um hospital terciário e como isso interfere no cotidiano do idoso com mobilidade reduzida?

O objetivo foi analisar a acessibilidade espacial para idosos com capacidade funcional reduzida, em um hospital terciário.

MÉTODO

Estudo transversal, que se caracteriza pela ausência de intervenção aplicada pelo pesquisador, constando somente observação e registro de informações para posterior análise. As vantagens desse tipo de delineamento são o baixo custo, a facilidade de realização e objetividade, e a rapidez no retorno dos dados obtidos. Por outro lado, nesse tipo de trabalho, coletar simultaneamente dados sobre exposição e desfecho pode dificultar a capacidade de estabelecer relações de causa e efeito⁽⁹⁾.

Os participantes foram divididos em dois grupos:

Grupo 1 - constituído por 37 idosos internados na Unidade de Internação Clínico-cirúrgica B e C de um Hospital terciário de Porto Alegre, no período de maio a junho de 2021. Como critérios de inclusão considerou-se: idade igual ou superior a 60 anos, ambos os sexos, deambulação com ou sem dispositivos auxiliares para a marcha. Foram excluídos: participantes com dificuldade de se comunicar verbalmente e incapacidade de compreender e atender a comandos verbais simples.

Grupo 2 - composto por 53 funcionários que atuam diretamente no cuidado ao idoso na unidade de internação, dentre eles, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas e médicos. Os critérios de inclusão foram: estar em atividade nos dias da coleta, ser profissional da área de saúde. Já como critério de exclusão, evitou-se aqueles que exercem atividades exclusivamente administrativas, que não têm contato direto com os pacientes.

O estudo foi conduzido em uma unidade de internação que atende pacientes clínicos e cirúrgicos de um Hospital terceirizado de Porto Alegre. Para atingir os objetivos propostos, foram aplicados os seguintes instrumentos:

Para **identificar as dificuldades dos profissionais e dos pacientes** no cotidiano da instituição em relação aos problemas de acessibilidade espacial, foi elaborado um formulário do Google disponibilizado e preenchido diretamente na plataforma pelos profissionais de saúde, constituído de três questões para caracterização da amostra com informações como idade, sexo e profissão e três questões relacionadas à assistência ao paciente idoso.

Para **avaliar o ambiente** mais utilizado pelos idosos na instituição, foi elaborado previamente um formulário do tipo checklist, baseado na NBR 9050, para auxiliar na observação e anotação dos dados observados. A coleta de dados foi realizada em duas Unidades de internação clínico-cirúrgica, onde corredores, quartos e banheiros foram avaliados através de observação direta das estruturas e registro fotográfico e, quando necessário, realizou-se mensuração com auxílio de instrumento de medição (trena).

A análise de que a **percepção de barreiras ambientais** se modifica de acordo com o nível funcional dos idosos foi verificada através das atividades básicas de vida diária (ABVD),

avaliada pela Escala de Katz, que contempla ações relacionadas ao autocuidado, classificando as pessoas idosas como independentes ou dependentes⁽¹⁰⁾.

Além disso, foi aplicado o **questionário FRAQ-BR**, um instrumento com o objetivo de avaliar a percepção de idosos quanto aos riscos de queda, na forma de entrevista⁽¹¹⁾. Também foram analisados dados clínico-funcionais, coletados do prontuário do paciente.

Os dados foram armazenados em planilha do Excel desenvolvida para esta pesquisa e, posteriormente, analisados com o software *Statistical Package for Social Science (SPSS)* versão 25.0, para tabulação e análise. As variáveis foram descritas por estatística descritiva por frequência, médias, medianas e desvio padrão e apresentados na forma de tabelas e/ou gráficos, conforme apropriado. Para avaliar associações, foi utilizado o teste estatístico Qui-quadrado de Pearson para variáveis categóricas, e o teste T de Student para variáveis quantitativas. Quanto à correlação da queda com a funcionalidade do paciente e a barreira arquitetônica, ela foi calculada pelo coeficiente de correlação de Spearman.

Para o planejamento e a execução dessa pesquisa, foram respeitados os aspectos éticos descritos na resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012⁽¹²⁾, e o projeto foi submetido aos comitês de ética em pesquisa (CEP) das instituições envolvidas, aprovadas com o CAEE 40993020.0.0000.5345 e 40993020.0.3001.5335.

RESULTADOS

A análise do acesso foi realizada por meio de registro fotográfico, facilitando a visualização da estrutura. Como a avaliação da acessibilidade foi direcionada às unidades clínico-cirúrgicas, foi necessário registrar todo o caminho percorrido do estacionamento até a entrada interna do local.

No momento do registro e avaliação da estrutura física, o hospital estava passando por diversas reformas e construção de novos espaços. Por conta disso, foi um pouco conturbado circular pelas áreas externas onde a faixa livre está mais reduzida devido aos obstáculos das obras, sinalização e acessos provisórios. Entretanto, pode-se notar algumas alterações importantes relacionadas à acessibilidade, como a inclusão de elevador com acesso restrito para pacientes em uma área onde havia somente escadas e nenhum espaço para construção de rampas.

As rampas associadas às escadas têm a largura mínima recomendável, piso antiderrapante e inclinação adequada de maneira que não despenda de grande esforço para subir. Entretanto, não há presença de guia de balizamento por toda a extensão da rampa e na projeção dos guarda-corpos. Outro ponto, é praticamente a mesma cor do piso e da rampa, o que pode trazer dificuldade de visualização ao anoitecer, apesar de existir iluminação no local.

O acesso para uma das unidades de internação cirúrgica se dá através das escadas ou de elevadores que superam as dimensões mínimas recomendadas e contam com proteção no batente da porta.

Quanto à avaliação das portas dos quartos, as dimensões são adequadas, pois permitem a livre passagem de macas, cadeiras de rodas, etc. As maçanetas são do tipo alavanca e estão instaladas a uma altura de 1,10m.

Tanto as portas dos quartos como as dos banheiros não possuem puxador horizontal associado às maçanetas, que estão instaladas em altura apropriada. Outro fato é que não há revestimento resistente a impactos na parte inferior das portas e, além disso, o dimensionamento da largura, 0,71m, não confere com o valor mínimo recomendado de 0,8m.

A UCC possui cinco quartos, dos quais cada um possui cinco leitos, exceto um dos quartos, que possui seis leitos. Cada quarto conta com um banheiro. Todos com dimensões muito parecidas, diferindo-se em pequenos detalhes do mobiliário.

A NBR-9050 prevê área de manobra para os banheiros de 1,20 m para circulação em linha reta, com 1,20m x 1,20 m para rotação de 90 graus, 1,50 m x 1,20 m para rotação de 180° e 1,50 m x 1,50 m para rotação de 360°⁽⁵⁾. Essas dimensões devem ser respeitadas para o paciente chegar com comodidade ao vaso sanitário, bem como devem ser cumpridas na parte interior do box de banho. Nenhum dos banheiros da UCC atendem a essas medidas. Entretanto, são atendidas as medidas previstas para área de transposição de pessoa usuária de cadeira de rodas, de 0,80m x 1,20m. O piso dos banheiros é antiderrapante. Não há desníveis junto à entrada ou soleira da porta, no entanto há esse obstáculo na divisão do box. O revestimento do piso e da parede é contrastante.

As bacias e os assentos sanitários não possuem elevação (42 a 45 cm do chão) ou acento próprio para elevação. As válvulas de descarga estão a uma altura correta, sendo necessário imprimir força moderada para seu acionamento. Não há barras de apoio e auxílio de transferência na parte posterior do vaso sanitário, em vez disso há apenas uma barra de 0,7m x 0,6m na lateral. O acesso ao papel higiênico está livre e de fácil acesso, não atrapalha o acesso à barra.

Recomenda-se que os lavatórios sejam sem coluna ou com coluna suspensa, ou ainda lavatório sobre tampo a uma altura de 0,80m do chão para permitir aproximação da cadeira de rodas⁽⁵⁾. Entretanto, em todos os banheiros da unidade os lavatórios possuem coluna, além disso, a torneira não é de monocomando.

As dimensões mínimas dos boxes de chuveiro não foram cumpridas. O material de confecção do box não é resistente a impacto e não possui largura livre mínima de 0,90m. O recomendado é o uso de cortina ou porta de correr, desde que sem trilho no piso⁽⁵⁾.

As saboneteiras e torneiras estão acima de 1m do piso, conforme recomendado. Há apenas uma barra horizontal, bem fixada, para apoio no box a 1,10m do chão. Os boxes não são providos de banco articulado ou removível, apenas um dos banheiros possui uma cadeira específica para banho e, conforme observado, o espaço para manobra da cadeira é muito restrito.

Além disso, na área de banho, usa-se cortina em vez de porta de correr; no piso onde seria o trilho de uma porta de correr há uma divisória com altura de 1 cm entre a área molhada e a área seca do banheiro, que não está prevista nas normas e pode interferir na área de transferência da cadeira de rodas ou ser causa de tropeço em indivíduos desatentos. O ralo está posicionado fora da área de manobra e de transferência, acordando com a norma. As barras de apoio, tanto do box de banho quanto do vaso sanitário, estão bem fixadas e em altura adequada. Os boxes não estão providos de banco articulado ou removível para auxiliar pessoas que não conseguem permanecer muito tempo em posição ortostática, por exemplo.

Avaliação do estado funcional e atividades da vida diária dos idosos internados

Do universo de 40 idosos, 37 concordaram em participar da pesquisa. Do total da amostra, 55,3% são do sexo feminino. A idade dos idosos variou entre 61 e 90 anos (média = 72,6 anos).

Na avaliação do estado funcional e ABVD, avaliou-se a independência no desempenho de seis funções (banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação), classificando as pessoas idosas como independentes ou dependentes, conforme a classificação do índice de Katz⁽¹⁰⁾. Houve predominância de idosos classificados como independentes para todas as atividades, considerando 25% das mulheres e 29,4% dos homens.

Na avaliação do grau de dependência por função, constatou-se que o banho é a função de maior dependência entre os idosos 35,1% (n=13), seguido da função “se vestir” com 27,03% (n=10), confirmando que as limitações de mobilidade em idosos não são distribuídas igualmente, com mulheres demonstrando maiores limitações e maior risco de deficiência de mobilidade em comparação aos homens⁽¹³⁾.

Constatou-se que 78,4% (n=29) dos idosos têm controle das eliminações urinárias e intestinais, bem como esse mesmo quantitativo tem controle sobre a alimentação, na qual o idoso consegue realizar a tarefa de forma totalmente independente.

Em relação a doenças preexistentes, revela-se que a hipertensão arterial foi a patologia de maior frequência, sendo 70,3% (n=26) nos idosos.

Do total da amostra, apenas 10,8% (n=4) dos idosos fazem uso de 4 ou mais medicamentos. Pelo menos 89,2% (n=33) fazem uso de no mínimo um medicamento, sendo a classe dos anti-hipertensivos a de uso mais frequente: 78,4% (n=29), seguida pelos hipoglicemiantes: 21,6% (n=8), diuréticos: 16,2% (n=6) e antidepressivos: 16,2% (n=6).

As queixas mais frequentes entre os idosos foram dor musculoesquelética 43,2% (n=16) e dificuldade de marcha 35,1% (n=13), também foi mencionado tontura 27,02% (n=10), fraqueza 2,7% (n=1) e parestesia em membros inferiores 2,7% (n=1). Dos 32,4% (n=12) dos idosos que relataram realizar a prática de atividades físicas, 83,3% (n=10) mencionaram caminhadas leves. A maior parte nega a prática de exercícios, 67,6% (n=25).

O uso de óculos/lente é comum entre os idosos 78,4% (n=29), cerca de 35% (n= 13) declararam possuir acuidade visual ruim.

Quanto ao percentual de queda no último ano, 32,4% (n=12) dos idosos relataram ao menos um episódio de queda, dentre eles 50% (n=6) referiram ter sofrido abrasão e contusão como consequência dessas quedas, enquanto 16,7% sofreram cortes e apenas um (1) indivíduo precisou de internação hospitalar para realizar cirurgia de troca de prótese no joelho.

Dos doze (12) idosos que sofreram quedas, nove (9) foram mulheres. Esse dado também foi encontrado em outro estudo, onde houve prevalência de queda em mulheres, destacando fatores que contribuem para essa tendência, os processos fisiológicos experimentados ao longo da vida, os quais contribuem para maior perda de cálcio ósseo que favorecem a fragilização⁽¹⁴⁾.

Em relação à percepção do risco de queda, quando questionados sobre quais as principais causas de queda na população idosa, as causas mais citadas foram fraqueza 30,4% (N=7), seguida de ambiente mal iluminado 21,73% (n=5), tontura 17,4% (n=4), desequilíbrio 13% (n=3) e piso molhado 13% (n=3), enquanto houve apenas uma menção à piso irregular, desatenção, falta de reflexo e o ato de subir em bancos ou escadas para alcançar algum objeto como possíveis causas de queda. Acerca de risco de queda iminente, 46,9% (n=15) dos indivíduos sentem que correm o risco de cair a qualquer momento. Além disso, 76,1% (n=16) disseram nunca ter recebido informações sobre queda em idosos.

A porcentagem de acertos da entrevista FRAQ-BR variou de 21,8% a 65,6%. Foram 33 entrevistas válidas, em razão de considerar 4 entrevistas como perda amostral, por preenchimento incompleto ou recusa do participante em responder a perguntas essenciais do instrumento. Não houve nenhum participante que gabaritou todas as questões.

A correlação de Pearson não mostrou resultados significantes ($p < 0,001$) nas variáveis pesquisadas, inclusive no cruzamento entre queda com a funcionalidade do paciente e a barreira arquitetônica, conforme quadro 1.

Quadro 1. Teste Qui-Quadrado para avaliar a relação das quedas em função da classificação funcional do paciente.

	Quantidade de queda	Queda no último ano	Motivo da hospitalização
Classificação do estado funcional	0,685	0,588	0,125

Fontes: dados da pesquisa (2021).

Situações vivenciadas pelos profissionais de saúde sobre acessibilidade espacial no local de trabalho

Obtiveram-se 53 respostas no formulário online elaborado para coleta de dados referentes aos profissionais de saúde. O predomínio do gênero da amostra foi o feminino com 79,2% (n=42). Em relação às profissões, a amostra é composta majoritariamente por 50,9% (n=27) de técnicos de enfermagem, seguido de 22,6% (n=12) por enfermeiros. No questionamento sobre sentir alguma dificuldade em relação à acessibilidade espacial ao se prestar assistência ao paciente idoso, 58,5% (n=31) afirmaram ter sentido dificuldade.

Nessa amostra, 69,8% (n=37) negaram algum evento de queda em decorrência de problemas na acessibilidade espacial em seu turno de trabalho. Enquanto 30,2% (n=16) confirmaram esse tipo de incidente.

Do total de participantes, 43,39% (n=23) relataram situações que vivenciaram em sua prática profissional relacionadas a problemas de acessibilidade espacial com o paciente idoso, conforme tabela 2, profissional e respectiva situação vivenciada. Foram relatados diversos elementos que contribuem para a inacessibilidade espacial, principalmente na população idosa.

Tabela 1. Distribuição das dificuldades encontradas no cotidiano de profissionais de saúde (N=23)

Situações vivenciadas	Profissionais			
	Enfermeiro	Técnico de enfermagem	Fisioterapeuta	Médico/ Residentes medicina
Falta de grades no leito	4	1	-	-
Cama elevada e sem possibilidade de ajuste	3	4	2	-
Falta de barra de apoio	2	1	-	-
Paciente com dificuldade física (visual, motora)	1	1	-	-
Falta de corrimão	2	1	-	-
Falta de iluminação	1	-	-	-
Falta de escada auxiliar	1	1	1	1
Presença de obstáculo físico	1	1	-	-
Paciente sem o calçado adequado	1	-	2	-
Paciente com dificuldade para reconhecer suas próprias limitações	1	-	-	-
Falta de espaço para praticar deambulação	-	-	-	1
Falta de andadores/muletas nas unidades	-	-	1	-
Falta de acompanhante	-	2	-	-
Objetos de apoio (muletas, cadeiras de rodas) danificados	-	1	-	-
Box do banheiro muito pequeno	-	1	-	-
Falta de maca	-	1	-	-
Paciente com mobilidade reduzida	-	-	-	1

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

DISCUSSÃO

Os estudos sobre acessibilidade espacial realizam a construção de uma ferramenta de avaliação objetiva para realizar a vistoria técnica, de maneira a realizar comparações da realidade encontrada e que possibilite perceber a presença ou ausência das orientações das políticas públicas voltadas ao idoso. Demonstra-se que a partir dessa ferramenta é possível identificar os elementos que comprometem a estrutura como, por exemplo, pisos inadequados, desníveis, etc., assim, destacam-se os principais problemas, contribuindo para focar na respectiva solução⁽¹⁵⁾.

A partir de uma inspeção simples, já se constatou a inobservância da sinalização na maioria dos locais registrados fotograficamente. Pagliuca *et al.* (2017) mencionam a implantação do Símbolo Internacional de Acesso, o qual corresponde a um pictograma branco em

um fundo azul e serve para indicar adequação do espaço, devendo estar exposto para ser visualizado em diversas condições⁽¹⁶⁾.

Os sanitários são de modelo convencional, de acordo com o recomendado. Vasos sanitários de abertura frontal são proibidos, pois causam maior desconforto ao desagradável fato de a urina escorrer para fora do vaso, causando odores e a falta de higiene, além de ser mais perigoso, pois as pernas podem cair dentro da abertura provocando acidentes⁽¹⁷⁾.

Foi observado o uso de tapete de tecido, que não é antiderrapante, em alguns dos banheiros, objeto que não é recomendado, pois é considerado um fator de risco extrínseco para queda.

Estes problemas, identificados nos banheiros da instituição, repetem-se em outro estudo, onde os pesquisadores constataram que em nenhum dos hospitais as condições para transferência e mobilidade da cadeira para a bacia sanitária foram respeitadas, bem como o posicionamento da papeleira e a válvula de descarga. Desse modo, o exercício da autonomia, independência e uso seguro das instalações sanitárias está prejudicado e não favorece o direito básico de ir e vir⁽¹⁸⁾.

Outra pesquisa expõe o cenário de insegurança vivenciado por profissionais da enfermagem na região sudeste do país, constituída por dificuldades ligadas à infraestrutura, como falta de grades nas camas, falta de cadeiras e macas, ausência de campainhas de comunicação e sinalização no leito, cadeiras de banho e camas em condições inadequadas, obstáculos para o alcance das metas internacionais de Segurança do Paciente. De acordo com relatos desses profissionais, eles presenciaram acidentes, como quedas, ocorridos em consequência da falta de estrutura adequada⁽¹⁹⁾.

O enfermeiro tem a incumbência de avaliar sistematicamente os ambientes e adequar os espaços físicos, seja em meio domiciliar ou hospitalar. Para isso, deve estar ciente das normas e legislação sobre acessibilidade.

É notório que diversas publicações oficiais brasileiras cooperam para a prevenção de quedas entre idosos, mediante várias ações de prevenção diferenciadas em: intrínsecas, tais quais conscientização, participação social e extrínsecas como acessibilidade urbana e adaptação do ambiente domiciliar. Contudo, a categoria frequente nos documentos, reputada como prioritária e que efetivamente reduz a incidência de quedas, é a direcionada a fatores extrínsecos, ou seja, relacionada às modificações arquitetônicas⁽²⁰⁾.

CONCLUSÃO

A partir da análise das características estruturais e arquitetônicas realizadas nas unidades de internação, pôde-se concluir que as normas vigentes de acessibilidade não estão sendo

respeitadas em sua totalidade. Embora a instituição invista em reformas, muitos ambientes ainda carecem de adequações. Considera-se que ainda existe muito a ser transformado em busca da acessibilidade das pessoas idosas e portadoras de deficiência.

O espaço físico pode ser um facilitador ou inibidor à participação e desempenho de atividades. A diminuição de barreiras arquitetônicas e a acessibilidade espacial são dimensões importantes do cuidado, porquanto os acidentes ocasionados pela inadequação da estrutura física podem trazer ônus à instituição e comprometer os indicadores de qualidade do serviço de enfermagem.

Os fatores de risco extrínsecos são mais fáceis de serem modificados em comparação com os fatores intrínsecos, contudo a saúde dos idosos deve ser acompanhada e oportunamente agir para evitar o declínio funcional e perda de qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- 1 Alves José ED. Envelhecimento populacional no Brasil e no mundo. Revista Longevidade [Internet]. 2019. setembro [citado 2021 Out 12]; Disponível em: <https://revistalongevidade.com.br/index.php/revistaportal/article/view/787/842>
- 2 Vanleerberghe P, Witte ND, Clies C, Schalock R, Verté D. The quality of life of older people aging in place: a literature review. Qual Life Res: an international journal of quality-of-life aspects of treatment, care and rehabilitation vol. [Internet]. 2017. Jul 13 [citado 2021 Ago 25];26(11):2899-2907. DOI 10.1007/s11136-017-1651-0. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28707047/>
- 3 Lopes MC. Influência das barreiras arquitetônicas na capacidade funcional da pessoa idosa institucionalizada [Dissertação on the Internet]: Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa; 2016 [citado 2021 Jul 5]. 84 s. Disponível em: https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/12764/1/TeseFinal_MariaLopes.pdf
- 4 Heldak M, Stacherzak A, Przybyła K. Demand and Financial Constraints in Eliminating Architectural and Technical Barriers for People with Disabilities in Poland. J. healthc. Eng. [Internet]. 2018 Feb 19 [citado 2021 Set 25];2018. DOI <https://doi.org/10.1155/2018/1297396>. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/jhe/2018/1297396/>
- 5 Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. 2015. [citado 2020 Mai 20]. 3ª ed. Rio de Janeiro 148 p. Disponível em: http://accessibilidade.unb.br/images/PDF/NORMA_NBR-9050.pdf
- 6 Burns ER, Stevens JA, Lee R. The direct costs of fatal and non-fatal falls among older adults – United States. J Safety Res. 2016. [citado 2021 Set 12] Sep;58:99-103. DOI: 10.1016/j.jsr.2016.05.001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27620939/>
- 7 Fridman V. Redesigning a Fall Prevention Program in Acute Care: Building on Evidence. Clin Geriatr Med. 2019. [citado 2021 Ago 21] 35(2):265-271. DOI:10.1016/j.cger.2019.01.006 Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30929887/>
- 8 LeLaurin JH, Shorr RI. Preventing Falls in Hospitalized Patients: State of the Science. Clin Geriatr Med. 2019. [citado 2021 Ago 21] 35(2):273-283. DOI:10.1016/j.cger.2019.01.007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30929888/>
- 9 Setia MS. Methodology Series Module 3: Cross-sectional Studies. Indian J Dermatol. 2016. [citado 2021 Out 10] 61(3):261-264. DOI:10.4103/0019-5154.182410 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4885177/>
- 10 Lino VTS, et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). Cad. Saúde Pública [Internet]. 2008. Jan 11 [citado 2021 Set 20];24(1) DOI: 10.1590/S0102-311X2008000100010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/hssCqfGkZRfBCH5Nc9fBbtN/?lang=pt>
- 11 Lopes AR, Trelha CS. Translation, cultural adaptation and evaluation of the psychometric properties of the Falls Risk Awareness Questionnaire (FRAQ): FRAQ-Brazil. Braz. J. Phys. Ther. [citado 2020 Set 24] 17 (2013): 593-605. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-35552012005000128>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbft/a/mNYtdJKS5DnjWqG5ghKznJG/?lang=en>

- 12 Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012. [citado 2021 Set 01]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- 13 Nogueira GC, et al. Perfil das pessoas com deficiência física e Políticas Públicas: a distância entre intenções e gestos. Ciênc. Saúde colet. [citado 2021 Ago 20] 21 (2016): 3131-3142. DOI: 10.1590/1413-812320152110.17622016
- 14 Vieira LS, et al. Quedas em idosos no Sul do Brasil: prevalência e determinantes. ver. Saúde Pública. [citado 2021 dez 17] 52 (2018). DOI: 10.11606/S1518-8787.2018052000103. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/Zq76tNNmwsjPDq4qnSBHYGr/?lang=pt&format=html>
- 15 Klein P, Grigoletti G de C. Acessibilidade espacial de deficientes físicos, visuais e idosos em parque público. PARC Pesq. em Arquit. e Constr. [Internet]. 14º de julho de 2021 [citado 2021 dez 12];12(00):e021016. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/parc/article/view/8660648>
- 16 Pagliuca LM, et al. Acesso de idosos às unidades de atenção primária à saúde. 2017 [citado 2020 Mai 29]. REME [Online] 21:e1021. DOI: 10.5935/1415-2762.20170031. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/1157>
- 17 Botura GJR, et al. Usabilidade e adequação de peça sanitária destinada a pessoas com mobilidade reduzida e idosos. Blucher Engineering Proceedings. 2016. [citado 2020 Mai 29] 3(3), 884-895. DOI: 10.5151/engpro-condaerg2016-7001.
- 18 Pagliuca LM, Aragão AE de, Almeida PC. Acessibilidade e deficiência física: identificação de barreiras arquitetônicas em áreas internas de hospitais de Sobral, CearverRev. Esc. Enferm. USP [Online] 2007. [citado 2020 Mai 29] 41.4: 581-588. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/TyGdYtGsHTNnrwP3xNYfBRR/?format=pdf&lang=pt>
- 19 Siman AG, et al. Desafios da prática na segurança do paciente. 2019. Rev. Bras. enferm. [citado 2021 dez 13];72,1504-1511. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/xVGnxHjMmX8m5yty3BHty3f/abstract/?lang=pt>
- 20 Fonseca RFMR, Matumoto S. Prevenção de quedas nos idosos: o que dizem as publicações oficiais brasileiras? J. Nurs. health. 2020. [citado 2021 dez 15];10(3):e20103008. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/18501/119>

COTIDIANO DE CUIDADO E SAÚDE MENTAL DO FAMILIAR DO PACIENTE ONCOLÓGICO NA PANDEMIA DE COVID-19⁵⁸

Isadora Prates Bombardi⁵⁹
Maria De Lourdes Custódio Duarte⁶⁰

RESUMO

Objetivo: conhecer as percepções dos familiares de pacientes oncológicos sobre seu cotidiano de cuidado e saúde mental frente a pandemia de COVID-19. **Método:** trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo exploratória e descritiva, realizada em um Ambulatório de Quimioterapia, que pertence ao Serviço de Enfermagem Onco-Hematológica de um hospital geral do sul do Brasil. Participaram 13 familiares de pacientes em tratamento quimioterápico que atenderam aos critérios de inclusão do estudo. Foi adotada a técnica de entrevista semiestruturada na abordagem dos participantes e os dados obtidos foram analisados de acordo com o método de Análise Temática proposto por Minayo, compreendida em três etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. **Resultados:** após a análise dos dados obtidos, emergiram duas categorias: Repercussões do Tratamento do Familiar na Rotina e Estratégias para Manutenção da Saúde Mental. Na primeira categoria foram abordadas pelos entrevistados as seguintes mudanças: Abandono das atividades laborais; Estresse e sobrecarga emocional; e Reorganização da rotina familiar. Já na segunda categoria, os entrevistados relataram que desenvolveram hábitos de esperança, realização de atividade física, manual e doméstica, a busca pela religiosidade e espiritualidade e a aproximação com a rede de apoio como estratégias fundamentais para a promoção de sua saúde mental. **Considerações finais:** os achados desse estudo podem fortalecer a importância de uma reflexão por parte dos profissionais de Enfermagem sobre a inclusão e atenção à família como um elemento pertencente ao cuidado do paciente e atuar como facilitadora no desenvolvimento de práticas visando o cuidador, considerando uma assistência integral, qualificada e humanizada.

Palavras-chave: Enfermagem; Saúde mental; Família; Oncologia; COVID-19.

58 Artigo resultante de trabalho de conclusão de curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS.

59 Enfermeira formada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: isadorapratesbombardi@gmail.com. ORCID: 0000-0003-2229-2211.

60 Enfermeira. Professora Associada da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Email: malulcd@yahoo.com.br. ORCID: 0000-0001-6307-3942.

INTRODUÇÃO

O câncer é um dos maiores problemas de saúde pública que enfrentamos na atualidade. Pode ser caracterizado como um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento celular desordenado e a invasão de estruturas adjacentes. Esse conjunto de doenças é a segunda principal causa de morte no mundo, sendo responsável em 2018 por mais de 9,6 milhões de óbitos⁽¹⁾.

O aumento de incidência do câncer pode ser relacionado com alguns fatores, como o envelhecimento populacional, estilo de vida sedentário e obesidade, alimentação não saudável, consumo de álcool e tabagismo. Além disso, existem fatores de risco ambientais, genéticos, culturais e socioeconômicos envolvidos com o desenvolvimento da doença⁽²⁾.

Por ser caracterizada como uma doença crônico-degenerativa, impõe um grande desafio aos pacientes e familiares devido ao impacto direto que ocasiona no estilo de vida. O núcleo familiar tem seu cotidiano afetado diretamente pelas novas demandas decorrentes do tratamento e da dependência causados pela doença⁽³⁾.

Essas mudanças e adaptações em função da doença podem afetar a saúde mental da família como um todo, na perspectiva de representar uma ameaça à saúde e à integridade de um ente querido. O câncer é uma doença muito associada a desfechos negativos, podendo ocasionar um estado de sofrimento que atinge não somente o indivíduo doente, mas que gera um processo de fragilização e adoecimento de forma conjunta no ambiente familiar⁽⁴⁾.

Além dos desafios inerentes ao processo de adoecimento em decorrência de uma neoplasia, a pandemia ocasionada pelo vírus SARS-CoV-2 e seus desdobramentos representam mais uma adversidade a ser enfrentada por essas famílias. Os pacientes oncológicos fazem parte do grupo de risco da COVID-19, sendo mais propensos à evolução para formas graves da doença, com deterioração mais rápida e maior risco de óbito. Isso pode ser relacionado à imunossupressão causada pelos tratamentos antineoplásicos e à malignidade tumoral⁽²⁾.

O câncer e suas implicações impõem um sofrimento mental que sempre existiu no que tange a vivência dos pacientes, porém o estado de caos atual impôs mais um desafio e trouxe uma necessidade de adaptação não somente às rotinas do tratamento, como também ao cenário pandêmico⁽⁵⁾.

Com o aumento do número de contaminados pela COVID-19 e a sobrecarga dos serviços de saúde, ocasionou-se a necessidade de discutir adequações nas rotinas de cuidados desses pacientes, visando preservá-los⁽²⁾ e adequar a assistência à realidade. Assim, muitos hospitais e clínicas se posicionaram de forma a adiar terapias adjuvantes e cirurgias eletivas para casos menos agressivos, visto o alto risco de infecção por COVID-19 e de desfechos desfavoráveis.

A motivação para a realização deste estudo surgiu a partir das experiências acadêmicas desenvolvidas em um Ambulatório de Quimioterapia de um hospital geral do sul do Brasil, atuando na assistência direta ao paciente. Neste espaço foi possível observar, através de relatos de familiares, angústias e sofrimento no processo de cuidado e na reorganização de suas vidas para se fazerem presentes ao longo do tratamento, principalmente levando em conta os receios da realização do tratamento durante a pandemia de COVID-19.

Este estudo justifica-se na necessidade de dar visibilidade aos familiares de pacientes oncológicos, tendo em vista as demandas emocionais e de reorganização da rotina para o cuidado desse tipo de paciente. Ainda, pretende-se fortalecer a importância de os profissionais de Enfermagem terem um olhar atento à família, que passa pelo processo de adoecimento junto com o paciente e deve ser considerada para uma assistência qualificada e humanizada. Diante disso, indaga-se “Qual a percepção dos familiares de pacientes oncológicos sobre seu cotidiano de cuidado e sua saúde mental em meio a pandemia da COVID-19?”

Tem-se por objetivo conhecer as percepções dos familiares de pacientes oncológicos sobre seu cotidiano de cuidado e sua saúde mental frente à pandemia de COVID-19.

METODOLOGIA

O presente estudo se caracteriza como um estudo exploratório descritivo de cunho qualitativo⁽⁶⁾, que foi desenvolvido em um Ambulatório de Quimioterapia de um hospital do sul do Brasil. Este ambulatório oferece assistência no tratamento quimioterápico para pacientes adultos e pediátricos com doenças onco-hematológicas sem indicação de internação hospitalar. O ambulatório dispõe de 11 acomodações para adultos e 8 pediátricas, atendendo em média 60 pacientes por dia⁽⁷⁾.

No que diz respeito aos profissionais envolvidos no atendimento ao paciente, a unidade conta com equipe multiprofissional. O atendimento ocorre mediante um sistema de agendamento prévio, após consulta médica com oncologista do referido hospital.

A escolha dos participantes foi do tipo intencional por convite⁽⁸⁾. A população alvo deste estudo foram os familiares dos pacientes em tratamento no Ambulatório de Quimioterapia. Foi prevista a participação de 15 indivíduos, na qual ocorreu até a saturação dos dados, totalizando 13 familiares.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão o participante ter idade igual ou superior a 18 anos, estar acompanhando o paciente na unidade no momento da pesquisa, ser familiar do paciente e estar envolvido no seu cuidado, ser capaz de se comunicar verbalmente e aceitar participar voluntariamente da pesquisa. Estabeleceu-se como critério de exclusão cuidadores contratados por paciente ou pela família.

A coleta de dados do presente estudo foi desenvolvida por meio de entrevistas semiestruturadas, com base no instrumento de pesquisa, contendo perguntas abertas sobre a experiência subjetiva do familiar acerca do cuidado aos seus familiares.

Em um primeiro momento foi apresentado o projeto de pesquisa à chefia da unidade, de forma virtual. Após, iniciaram-se os convites para a participação dos familiares. As entrevistas foram realizadas presencialmente, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de forma individual em sala reservada nas dependências do Ambulatório de Quimioterapia, preservando a privacidade e garantindo a liberdade de expressão do entrevistado.

As entrevistas foram realizadas nos meses de setembro a novembro de 2021, com duração que variou entre 10 e 41 minutos, e foram aplicadas pela pesquisadora, sendo gravadas e transcritas na íntegra, de forma a registrar as informações para análise de maneira mais fidedigna. Os dados transcritos foram armazenados em banco de dados do Google Drive, em computador de uso pessoal da pesquisadora.

Os familiares entrevistados foram codificados pela letra “F” de Familiar, seguido pelo número de acordo com a sequência que as entrevistas ocorreram, por exemplo: F1, F2, e assim sucessivamente.

O tratamento dos dados coletados ocorreu através da técnica de análise de conteúdo do tipo Temática, em que o conceito central é o tema, compreendendo três etapas: Pré-análise, Exploração do material e Tratamento dos resultados obtidos e interpretação⁽⁶⁾.

A pré-análise contemplou a retomada das hipóteses iniciais e do objetivo da pesquisa. Durante essa fase, foi realizada uma leitura flutuante e exaustiva do conjunto de informações que emergiram a partir da transcrição das entrevistas, a fim de compreender o conteúdo de forma integral. A segunda etapa, de exploração do material, foi norteada com base no processo de classificação e codificação dos documentos, organizando o conteúdo em unidades de significado para se alcançar a compreensão textual. Na última etapa, de tratamento e interpretação dos resultados, evidenciou-se as informações obtidas e, com isso, foram propostas inferências de forma interligada ao referencial inicial e permitindo novas interpretações e dimensões teóricas com base em literatura⁽⁶⁾. Sendo assim, emergiram duas categorias, sendo elas: “Repercussões do tratamento do familiar na rotina” e “Estratégias para manter a saúde mental” .

O estudo foi realizado após apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da referida Instituição de Saúde, sob o CAEE 48188821.7.0000.5327. Aos participantes foi assegurada a preservação da identidade sigilosamente, sendo respeitados os itens que constam nas Resoluções nº 466/12 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõem sobre as Normas Éticas que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos.

Cada participante assinou sua participação por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), recebendo uma cópia do documento. O TCLE contemplou todas as informações sobre a justificativa, objetivos, instrumento de coleta de dados e divulgação da pesquisa, riscos e benefícios bem como a garantia do caráter voluntário de participação, a manutenção de seu anonimato e a possibilidade de retirar seu consentimento a qualquer etapa do estudo sem nenhum prejuízo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Verificou-se que a maioria eram cuidadores do sexo feminino (69,2%), na faixa etária de 67 a 77 anos (46,2%), com ensino médio completo (61,5%), com renda mensal de um a dois salários-mínimos (61,5%) e em sua maioria esposas (38,5).

Esses dados nos permitem refletir sobre o predomínio das mulheres exercendo o papel do cuidado, refletindo a associação que esta condição tem com gênero. Além disso, por estarem em uma faixa etária de idade mais avançada, entre 63 e 77 anos, podem ter sua saúde mais comprometida e o impacto do cuidado em sua saúde física e mental ser maior⁽⁹⁾, aumentando o risco para sobrecarga.

Repercussões do tratamento na rotina do familiar

Com a necessidade de acompanhar seus familiares durante o tratamento oncológico, foram relatadas diversas mudanças e adaptações em sua rotina pessoal por parte dos cuidadores, sendo as principais: Abandono das atividades laborais; Estresse e sobrecarga; Reorganização da rotina familiar.

A demissão e o abandono do serviço foram repercussões mencionadas pelos entrevistados como um dos impactos do tratamento de seus familiares em sua rotina.

Foi bem complicado [...] eu trabalhava direto num mercado e acabei saindo. [...] como eu abri mão de trabalhar fora, tô só fazendo alguns bicos... aí eu fiquei responsável dele para os outros poderem trabalhar [...] Prefiro largar tudo e pelo menos estar sempre do lado dele (F12). No meio disso tudo, eu fui demitida. [...] eu o acompanho nas consultas, exames, quimio, tudo. Isso vem se tornando bem cansativo [...] quando eu fui demitida ele achou que era por conta de eu estar vindo demais com ele. Mas eu acredito que não (F2).

Os pacientes oncológicos possuem necessidades de acompanhamento e demandas de cuidado de forma intensa, existindo uma tendência frequente do cuidador principal se afastar das atividades laborais para que possa dedicar-se exclusivamente às atividades de cuidado⁽¹⁰⁾.

As emoções vindas a partir do diagnóstico e o aumento da demanda são situações que prejudicam a performance no trabalho e que, muitas vezes, ocasionam o afastamento do cuidador de suas atividades remuneradas. Dessa forma, muitos cuidadores informais optam por pedir demissão para que se dediquem a atividades que giram em torno do cuidado e do lar. Em contrapartida, os familiares que permanecem em atividades laborais em concomitância com o cuidado possuem maiores níveis de sobrecarga e comprometimento de sua saúde⁽¹⁰⁾.

Esse afastamento, a longo prazo, acaba privando o cuidador de uma de suas atividades sociais que garantem um retorno financeiro. Com isso, o familiar envolvido no cuidado tende a se isolar, o que pode favorecer o surgimento de alterações físicas e emocionais que acabam interferindo na sua saúde e qualidade de vida⁽¹⁰⁾. Além disso, a insegurança financeira proporcionada pelo afastamento do trabalho pode ser um fator adicional às dificuldades e preocupações vividas por esses indivíduos.

Ademais, este tempo investido no cuidado, dada a condição crônica da doença e do tempo demandado pelo paciente limita as possibilidades de ascensão social e econômica do cuidador e dificulta a busca e o acesso a recursos terapêuticos⁽¹³⁾.

O aumento do estresse e a sobrecarga do familiar também foram situações mencionadas pelos entrevistados. Estas situações estiveram ligadas principalmente com medo da perda, ansiedade e a sensação de menor paciência pela necessidade de renunciar a tarefas para dar conta do cuidado e o prolongar das necessidades e demandas em função da doença.

No começo a minha cabeça era casa, filho, trabalho, marido, a mãe, médico. Eu estava quase surtando (F3).

Aumentou mais, digamos... fiquei mais sobrecarregada[...]. Eu não tenho mais paciência. Como eu fico muito cansada e depende muito de mim, eu não consigo muito descansar. É bem complicado. Não tenho muita paciência com ele durante o dia. Eu sei que ele tá doente, sei que ele não pode. Mas eu fico muito estressada [...] me deixa incomodada (F2).

A sobrecarga do cuidador é um dos aspectos que devem ser considerados quando se discute sobre o impacto do cuidado. Para atender às demandas de cuidado, uma série de alterações ocorrem na rotina pessoal do cuidador principal, que abandona partes de sua rotina habitual e encontra-se inserido em uma nova realidade, de doença.

Com o prolongar da doença e essa mudança de prioridades para o favorecimento da atenção à saúde do paciente oncológico, aparecem consequências no próprio cuidado e nas relações estabelecidas. De acordo com Silva *et al.*⁽¹¹⁾, pode surgir um desequilíbrio das relações pessoais, sociais e familiares. Essa situação favorece o aparecimento de problemas e de sentimentos negativos em relação ao cuidado, como o medo, a culpa e a ansiedade.

Conforme exposto nas falas dos familiares, uma série de sentimentos surgem mediante a notícia da doença e das incapacidades geradas por ela. Isso reforça a noção de que o diagnóstico do câncer está muito atrelado à ideia de morte e finitude. Seu impacto não está restrito somente ao paciente, abrangendo a família e provocando o surgimento de incertezas, medos, preocupações e isso pode gerar um estado de choque e negação⁽¹²⁾.

Outra questão relatada foi a necessidade de reorganização de suas rotinas para acompanharem seus familiares no tratamento. O revezamento se mostrou como uma das formas encontradas para colaboração.

No começo foi difícil, gerou estresse, mas agora já tá tudo normalizando. [...] Eu faço as correrias. Essas coisas de levar e trazer ela [...]. Somos entre 6, aí cada um vai fazendo uma parte (F5).

A gente teve que fazer tipo um revezamento pra ajudar e colaborar. Essas coisas dão muito trabalho. Cada um tem a sua rotina em casa, sua família [...]. Cada um faz uma parte, faz um pouquinho. Como dá, como consegue (F4).

Como consequência das demandas de cuidado, que são contínuas, e a importância de o cuidador ser presente, algumas modificações nas rotinas de cuidado podem ocorrer para que essa seja distribuída e o impacto seja menor para o cuidador principal, que está inserido na maior parte dos cuidados.

Quando pensamos em um cuidador familiar que não tem suporte para atender às demandas de cuidado, pode-se notar que o impacto se torna mais evidente. A dedicação exclusiva ao cuidado favorece o surgimento de alterações físicas e mentais no cuidador, pois este encontra-se em suporte, preparo ou ajuda para o desempenho das atividades⁽¹⁰⁾.

Nesse sentido, é positivo que ocorra um fortalecimento dos mecanismos familiares de enfrentamento, de forma a diminuir a sobrecarga a qual o cuidador é submetido. Com isso, as redes de apoio proporcionam que as responsabilidades e a carga do cuidado sejam compartilhadas e não mais concentradas em um único indivíduo. Esse suporte social pode diminuir a sobrecarga e minimizar os efeitos e sintomas físicos e emocionais decorrentes desse cuidado⁽¹³⁾.

Estratégias para manutenção da saúde mental

Foram mencionadas pelos familiares a realização de caminhadas, atividades manuais, cuidado com a casa e lazer como algumas das formas de lidar com o estresse do cotidiano.

Eu faço crochê, fiz capinha para o liquidificador, capinha pra batedeira e assim eu faço, atividade em que eu tenho controle total [...] Limpo a casa. Eu dobro as roupas, tiro tudo do guarda-roupas [...] Tu não

deixas a cabeça pensar em bobagem [...]. Vejo televisão, faço crochê, coisas bem tranquilas. Boto roupa na máquina de lavar e depois vou lá e tiro, boto na corda [...]. Ajuda muito (F1).

Academia fechou também. Aí o que eu fazia dentro de casa? Vou limpar a casa, vou lavar roupa, vou escutar uma música. Ocupar a cabeça, porque cabeça vazia não dá. Aí a gente pira mais ainda. Vou ler um livro, ver uma série (F3).

Eu gosto de ficar sozinho, fazendo meus afazeres. Limpando o pátio, capinar, plantar, ocupar a mente pra não deixar entrar coisas tristes e ruins na minha mente, só coisa boa. Aquilo me restaura [...]. Não fica a mente vazia (F5).

A gente sai para caminhar, a gente mora perto da praia né [...] vai fazer alongamento (F13).

Com o advento da doença no núcleo familiar, ocorre uma diminuição do tempo livre dos cuidadores para realização de suas atividades e para o cuidado da sua própria saúde. Com isso, esse envolvimento restringe a realização de seus planejamentos para envolver-se na atenção ao paciente⁽¹⁴⁾. Assim, é importante reorganizar a rotina e criar formas de suporte para a manutenção de atividades pessoais e autocuidado.

O envolvimento em atividades prazerosas é uma estratégia que auxilia no enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos cuidadores. Dentre essas, podem ser elencadas as atividades de lazer, atividade física, caminhadas, leitura de livros, assistir televisão, atividades artesanais e visitas⁽¹⁵⁾.

A fala do familiar expõe que existe uma preocupação em se ausentar para realização de atividades fora do ambiente de cuidado, não tendo tempo para fazer coisas longe do paciente com tranquilidade, ainda mais pela falta de suporte em sua rede de apoio. Dessa forma, até quando se realiza alguma atividade pessoal, o familiar sente a necessidade de retornar com a maior brevidade possível para perto do paciente. De acordo com a realização de atividades manuais, leitura e assistir televisão são atividades de lazer que acabam sendo mais frequentes, pois não exigem que o cuidador tenha que se afastar do doente para realizá-las⁽¹⁵⁾.

A religiosidade e a espiritualidade, apesar de serem distintas, se constituem como uma das formas de apoio às quais se pode recorrer em momentos de dificuldades e incertezas, em busca de conforto. Os familiares mencionaram essas estratégias para o enfrentamento das dificuldades vividas, na procura de iluminação, motivação, paz e fortalecimento.

Orar, rezar [...]. Fico pensando na vida, nas escolhas que a gente faz [...]. Acredito em Deus só e religião eu não tenho. Fui criado na católica, mas não sigo [...]. Faço minha oração, faço a minha parte que eu acho que eu devo fazer, ajudar o próximo com o que eu posso (F4).

Eu creio nas promessas de Deus [...]. Ajuda porque eu tenho fé. Eu já tive duas passagens na minha vida e eu sei que tudo é na hora e na permissão dele [...]. Eu acredito no milagre, está em tudo (F5).

Sou católica, bem católica. Vou à missa, gosto de fazer minhas novenas, beber minha água abençoada (F10).

Ao mesmo tempo que eu tenho medo, eu tenho fé. E isso me motiva todos os dias [...]. Eu rezo bastante [...], eu assisto vídeos motivadores sabe. Eu vejo pessoas que venceram [...] superaram... então, eu vejo coisas que me trazem esperança (F13).

Frente a um diagnóstico e tratamento desafiador como é o da doença oncológica, é possível observar que uma das ferramentas empregadas para trazer sentido a esse momento difícil é a espiritualidade. O modelo de atenção à saúde centrada no paciente, em seu contexto de doença, inclui a assistência espiritual, sendo a espiritualidade uma forma de consolo, esperança e conforto, e servindo de fonte de energia⁽¹⁶⁾.

Ao definir a espiritualidade, nos encontramos com um conceito que abrange a condição humana e se associa às formas pelas quais as pessoas procuram e veem o propósito da vida e se conectam consigo mesmas no mundo, nas relações, na natureza e no sagrado. Outro recurso empregado no enfrentamento é o apego às práticas religiosas, que têm aproximação com uma divindade e uma verdade absoluta⁽¹⁶⁾. Ambas as estratégias têm o poder de se apresentarem como ferramentas positivas no enfrentamento à doença oncológica e aos obstáculos vividos no cotidiano.

Estas práticas auxiliam na ressignificação do momento vivido e promovem a reorientação do cuidado tanto do paciente quanto do cuidador, e têm o poder transformador da ótica pela qual a doença e o cuidado são experienciados, atenuando sentimentos negativos e angústias⁽¹⁷⁾.

Além disso, podem ser importantes para a adesão ao tratamento, motivando a busca pelo bem-estar e melhora da qualidade de vida, o que se reflete em um empenho para se chegar ao equilíbrio emocional e espiritual, que proporcionam maior tranquilidade e paz. Dessa forma, a espiritualidade aliada à saúde pode fornecer conforto durante o enfrentamento da doença oncológica e servir de apoio para reagir às dificuldades e ao estresse que são ocasionados com o adoecer⁽¹⁷⁾.

Os familiares elencaram a aproximação com a rede de apoio como uma das formas de fortalecimento e cooperação encontradas para se lidar com as dificuldades e necessidades durante o processo de cuidado.

Afeta muito o psicológico, então cada um tem que segurar a mão do outro. Gosto de conversar [...] mandar uma mensagem [...]. Essa é nossa estratégia pra cada um se fortalecer e conseguir ajudar da melhor forma possível [...] o WhatsApp é uma maravilha [...] aproxima. A gente faz vídeo chamada [...] é bom, mas não substitui o abraço (F4). Eu conversei com meus irmãos, minhas irmãs [...]. Pego a mulher e as crianças e vou na casa deles passear [...]. Eu saio com meu filho, brinco

bastante com ele. [...] Ele me ajuda bastante, me fortalece [...] eu pensava que tinha que ser um espelho para ele, mostrar força, vitória, vontade de vencer. Não posso deixar isso me abater, tenho que cuidar dele também (F5).

Eu tenho umas vizinhas maravilhosas que trabalham aqui, enfermeiras aqui [...] Sempre tá lá em casa perguntando se precisa de alguma coisa [...]. Tu vês né, uma pessoa que nem é da família (F6).

No percurso da doença oncológica, é comum que a família se organize em forma de redes para suportar e dar assistência ao familiar. Essa rede geralmente é composta por pessoas com relação próxima ao paciente, como parentes, amigos, igrejas, instituições e profissionais da saúde e até mesmo vizinhos⁽¹⁸⁾.

Quando o suporte social é ausente, o familiar envolvido no cuidado acaba por se sobrecarregar com as responsabilidades, uma vez que centraliza em uma única pessoa as necessidades do paciente. A busca por suporte social favorece que o cuidador não mais se encontre em uma posição de solidão dentro do cuidado e promove a saúde desse indivíduo⁽¹⁵⁾.

Com isso, o fortalecimento das redes de apoio familiares é um fator protetivo que favorece o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento e relações positivas para se lidar com os problemas ocasionados pela doença e pelo tratamento. Portanto, o apoio social e afetivo oferece acolhimento, estimula o estabelecimento de vínculos e a sensação de pertencimento social e fomenta a elaboração de mecanismos para se lidar com as situações de risco impostas pela doença oncológica⁽¹⁸⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo como ótica o momento atual vivenciado, de pandemia da COVID-19, o estudo objetivou conhecer as percepções dos familiares de pacientes oncológicos sobre seu cotidiano de cuidado e saúde mental frente à pandemia de COVID-19 e teve a seguinte questão norteadora: “Qual a percepção dos familiares de pacientes oncológicos sobre seu cotidiano de cuidado e saúde mental em meio a pandemia da COVID-19?”

Com a análise dos dados obtidos, surgiram duas categorias. Na primeira categoria, Repercussões do Tratamento do Familiar na Rotina, foram abordadas pelos entrevistados os impactos e mudanças ocasionadas em seus cotidianos a partir do cuidado prestado a seus familiares em tratamento oncológico. As repercussões citadas foram: Abandono das atividades laborais; Estresse e sobrecarga emocional; e Reorganização da rotina familiar.

Na segunda categoria, denominada “Estratégias para Manutenção da Saúde Mental”, os familiares relataram que desenvolveram hábitos de esperança, realização de atividade física, manual e doméstica, a busca pela religiosidade e espiritualidade e a aproximação

com a rede de apoio, e que estas estratégias foram fundamentais para a promoção de sua saúde mental.

O presente estudo possui limitações, como o fato de ter sido realizado em apenas uma determinada unidade de tratamento ambulatorial, de um único hospital, de âmbito público e vinculado ao SUS, visto que os impactos causados aqui podem ter sido diferentes em outras unidades que possuam diferenças estruturais e de pacientes, bem como de perfil socioeconômico.

Levando em consideração a atenção ao paciente oncológico, é pertinente o incentivo a novos estudos que promovam a visibilização do familiar como um elo importante, que dá suporte ao tratamento e que deve ter suas demandas consideradas para fornecer o cuidado.

Além disso, os achados dessa pesquisa fortalecem a importância de uma reflexão por parte dos profissionais de Enfermagem acerca da inclusão e atenção à família, que enfrenta as dificuldades do processo de adoecimento juntamente com o paciente.

Portanto, a discussão levantada neste trabalho fomenta que se discuta a construção de espaços de cuidado em saúde mental, que abranja os cuidadores envolvidos com os pacientes e que promova suporte ao cuidado, sendo os grupos de apoio uma possível ferramenta que proporciona suporte, pertencimento e partilha para estes indivíduos. Ainda, evidencia-se a necessidade de desenvolvimento de estratégias que visem a promoção da saúde mental, tendo em vista a importância que esta tem no cuidado e na qualidade de vida de quem cuida e dos pacientes.

REFERÊNCIAS

- 1 Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: INCA, 2019. ISBN 978-85-7318-389-4.
- 2 Kawahara LT, Costa IBSS, Barros CCS, Almeida GC, Bittar CS, Rizk SI et al. Cancer and Cardiovascular Diseases during the COVID-19 Pandemic. *Arq Bras Cardiol.* 2020; 115(3):547-57. doi: <https://doi.org/10.36660/abc.20200405>
- 3 Sternberg C, Silva AP. Oncology practice during COVID-19 pandemic: a fast response is the best response. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2020;66(3):338-344. doi: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.3.338>
- 4 Mattos K, Blomer TH, Campos ACBF, Silvério MR. Estratégias de Enfrentamento do Câncer Adotadas por Familiares de Indivíduos em Tratamento Oncológico. *Rev. Psicolog. Saúde.* 2016;8(1):1-6. doi: <http://dx.doi.org/10.20435/2177093X2016101>
- 5 Kuderer NM, Choueiri TK, Shah DP, Shyr Y, Rubinstein SM, Rivera DR, et al. Clinical impact of COVID-19 on patients with cancer (CCC19): a cohort study. *The Lancet.* 2020; 395(10241):1907-18. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31187-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31187-9)
- 6 Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2017. 416 p.
- 7 Hospital de Clínicas de Porto Alegre [homepage na internet]. Enfermagem Onco-hematológica. Porto Alegre, 2021. Disponível em: Enfermagem Onco-hematológica [acesso em 09 mar. 2021]. Disponível em: <https://www.hcpa.edu.br/assistencia-servicos-de-enfermagem-enfermagem-onco-hematologica>
- 8 Polit DF, Beck CT Delineamento de Pesquisa em Enfermagem. In: Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para prática de enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2011. 247-368.
- 9 Ribeiro EMH, Fava SMCL, Terra FS. Caracterização dos cuidadores informais de pessoas em cuidados paliativos por câncer. *Ciênc. cuid. saúde;* 18(2): 8, 2019-03-18. doi: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v18i2.45996>
- 10 Coppetti LC, Girardon-Perlini NMO, Andolhe R, Dalmolin A, Dapper SN, Machado LG. Care Skill and Overload of the Family Caregiver of Patients in Cancer Treatment. *Texto Contexto - Enferm* [online]. (29) 2020. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0451>
- 11 Silva ARF, Fhon JRF, Rodrigues RAP, Leite MTP. Caregiver overload and factors associated with care provided to patients under palliative care. *Invest. educ. Enferm.* 2021;39(1)e10. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v39n1e10>
- 12 Gazzoni C, Carreta MB. Espiritualidade: ferramenta de resiliência familiar no enfrentamento do diagnóstico de câncer na criança e adolescente. *Saúde (Santa Maria), [S. l.]*. 2018;44(2). <https://doi.org/10.5902/2236583425284>
- 13 Pedrosa AO, Rocha DM, Oliveira AC, Santos AMR, Figueiredo MLF, Nogueira LT. Indicadores e fatores associados à sobrecarga em cuidadores informais de pacientes em radioterapia. *Acta Paul. Enferm.* [online]. 2021;34. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021A002924>

- 14 Piolli KC, Decesaro MN, Sales CA. O (des)cuidar-se como mulher ao ser cuidadora do companheiro com câncer. *Rev. gaúch. enferm.* 2018;39. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2016-0069>
- 15 Machado BM, Dahdah DF, Kebbe LM. Cuidadores de familiares com doenças crônicas: estratégias de enfrentamento utilizadas no cotidiano. *Cad. Bras. Ter. Ocup., São Carlos.* 2018;26(2),299-313. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoA01188>
- 16 Farinha FT, Bom GC, Manso MMFG, Razera APR, Mondini CCSD, Trettene AS. Fatores relacionados ao uso do coping religioso por cuidadores informais: revisão integrativa. *Rev. bras. Enferm.* 2021;74(3). e20201227. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1227>
- 17 Bittar CM, Cassiano RL, Silva LN. Espiritualidade e religiosidade como estratégia de enfrentamento do câncer de mama: relato de um grupo de pacientes. *Mudanças – Psicologia da Saúde.* 2018;26(2). <https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v26n2p25-31>
- 18 Cardoso AC, Noguez PT, Oliveira SG, Porto AR, Perboni JS, Farias TA. Rede de Apoio e Sustentação dos Cuidadores Familiares de Pacientes em Cuidados Paliativos no Domicílio. *Enferm Foco [S.l.]* 2019;10(3). <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.V10.N3.1792>

FATORES ASSOCIADOS AO ÓBITO HOSPITALAR EM PACIENTES COM COVID-19 NO VALE DO PARANHANA-RS⁶¹

Gabriela de Carvalho Muniz⁶²
Lucimara Prates da Silva⁶³
Edna Thais Jeremias Martins⁶⁴

RESUMO

Objetivo: identificar os fatores associados ao óbito hospitalar em pacientes com COVID-19 em dois hospitais de referência para tratamento da doença, no Vale do Paranhana, Rio Grande do Sul. **Método:** trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo transversal, retrospectivo, onde os dados foram coletados a partir do prontuário dos pacientes internados por COVID-19. Os casos foram considerados pacientes que foram a óbito e controles foram os casos que obtiveram alta hospitalar. Foram coletados dados sociodemográficos como sexo, idade, além de dados sobre a saúde e internação do participante como comorbidades preexistentes, sintomatologia e tratamento. **Resultados:** foram avaliadas 278 internações por COVID-19 até agosto de 2021. Os fatores associados a óbito hospitalar por COVID-19 foram idade ≥ 60 anos, comorbidade preexistente, especialmente de origem pneumológica, cardiológica e diabetes mellitus. Além disso, observou-se que o paciente que teve como desfecho óbito, apresentou tomografia computadorizada com comprometimento severo de pulmão ($>50\%$), necessitando de UTI e hemodiálise. **Conclusão:** os pacientes com idade ≥ 60 anos, com comorbidades, com tomografia computadorizada com comprometimento pulmonar severo ($>50\%$), que necessitaram de UTI e hemodiálise foram associados a óbito.

Palavras-chave: Hospitalização; Infecções por Coronavírus; Morte.

INTRODUÇÃO

No final de dezembro de 2019, a cidade chinesa de Wuhan registrou uma nova pneumonia causada pelo vírus Síndrome Respiratória Aguda Grave coronavírus 2 (SARS-CoV-2),

61 Artigo resultante de trabalho de conclusão de curso de graduação em enfermagem das Faculdades Integradas de Taquara (Faccat).

62 Graduada em Enfermagem pelas Faculdades Integradas de Taquara (Faccat). Atua no Hospital São Francisco de Assis em Parobé-RS. E-mail: gabrielamuniz@sou.faccat.br. ORCID: 0000-0002-9662-9887.

63 Graduada em Enfermagem pelas Faculdades Integradas de Taquara (Faccat). Atua como enfermeira na Secretaria de Saúde do Município de Igrejinha-RS. E-mail: lucimarasilva@sou.faccat.br. ORCID: 0000-0001-6808-6881.

64 Graduada em Enfermagem, Mestre e Doutora em Ciências da Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Docente das Faculdades Integradas de Taquara (Faccat). Endereço: Rua Fridolino Freiberguer, 1588 / Taquara-RS, CEP 95612312. E-mail: ednamartins@faccat.br. ORCID: 0000-0002-2546-2987.

denominada a doença de coronavírus 2019 (COVID-19). A família de coronavírus é conhecida em todo o mundo por outras infecções, contudo foi neste século que surgiram surtos mais graves, como a SARS-CoV, em 2002, a Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS), em 2012 e, atualmente, o novo coronavírus, chamado de SARS CoV-2 ou COVID-19⁽¹⁾. Mesmo com o surgimento em 2019 no mundo, no dia 26 de fevereiro de 2020 é que foi confirmado o primeiro caso de COVID-19 no Brasil⁽²⁾.

Sabe-se que o SARS CoV-2 é altamente transmissível, com um número reprodutivo estimado (R_0) de 2,2, ou seja, estima-se que um indivíduo infectado transmita o vírus a 2,2 outros indivíduos, em um período médio de incubação de 5,8 dias³. Diante da capacidade de transmissibilidade, a Organização Mundial de Saúde (OMS) classificou-o como cenário de pandemia, visto que o vírus se espalhou rapidamente por mais de 100 países, representando, assim, uma emergência de saúde pública de importância internacional⁽³⁻⁴⁾. A descoberta de que o vírus é transmitido de indivíduos infectados assintomáticos agrava a preocupação mundial⁽⁵⁾.

Diante de uma pandemia, com a rápida propagação da COVID-19, os sistemas de saúde em todo o mundo enfrentam importantes adversidades, diante de um agente etiológico totalmente desconhecido, o despreparo dos serviços de saúde e, ainda, com evidências limitadas sobre aspectos clínicos e epidemiológicos da doença⁽⁶⁾. Sabe-se, hoje em dia, que a COVID-19 pode desencadear um amplo espectro de manifestações clínicas, podendo variar de doenças assintomáticas e doenças leves até a uma grave doença, necessitando de assistência intensiva, podendo evoluir rapidamente para óbito⁽⁷⁾.

Mesmo com os avanços da medicina, no Brasil, as publicações ainda são limitadas. Estudos que aprofundem a investigação e caracterização das internações por COVID-19 que resultaram em óbito podem contribuir para a compreensão do comportamento da doença na população em diferentes locais. Este conhecimento pode contribuir para intervenções assertivas, melhorando o atendimento clínico e manejo do paciente, no sentido de se prevenir esse tipo de desfecho. Para esta pesquisa, testou-se a seguinte hipótese: se pacientes com COVID-19, que possuem comorbidades preexistentes e idade acima de 60 anos, apresentam maior chance de óbito hospitalar.

A pesquisa tem como objetivo identificar os fatores associados ao óbito hospitalar em pacientes com COVID-19 em dois hospitais de referência para tratamento da doença, no Vale do Paramanga, Rio Grande do Sul.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo transversal retrospectivo, desenvolvido no período de agosto a outubro de 2021. O estudo foi realizado a partir

de dados de prontuários de pacientes que internaram em dois hospitais da região do Vale do Paranhana, no estado do Rio Grande do Sul (RS). Estas instituições prestam serviço para uma população de aproximadamente 95 mil habitantes. Uma das instituições é 100% do Sistema Único de Saúde (SUS), contendo 43 leitos de internação para pacientes COVID-19 e, ainda, 32 leitos temporários para Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de pacientes COVID-19. Já a segunda instituição atende SUS, convênios e privados. Durante a pandemia, possuía 14 leitos de internação e 10 leitos de UTI para pacientes com COVID-19. Os locais para as coletas de dados foram escolhidos por serem referência para atendimento com COVID-19 na região.

A amostra foi composta por pacientes que tiveram a internação por COVID-19 em duas instituições referência para tratamento do Vale do Paranhana, entre março de 2020 e agosto de 2021. Foram excluídos os pacientes que foram transferidos, por não haver a informação do desfecho do caso. Para cálculo amostral, foi adotado um nível de confiança de 95% e um erro máximo de 5%, sendo o tamanho calculado da amostra de no mínimo 196 indivíduos.

No estudo foram incluídas todas as pessoas internadas com COVID-19 nas duas instituições do Vale do Paranhana até setembro de 2021 que tivessem o dado completo no prontuário sobre o desfecho do paciente (alta hospitalar ou óbito). Foram excluídos os pacientes que permaneceram na internação COVID-19 sem a confirmação do diagnóstico ou pacientes transferidos para outras instituições.

Para o desenvolvimento da pesquisa, foi realizado um levantamento de dados a partir dos prontuários eletrônicos institucionais, onde foram listados todos os casos de internação por COVID-19. Os prontuários foram selecionados pelo número do prontuário, por meio de sorteios aleatórios realizados pelo programa Sorteador Online. Para garantir a paridade entre os grupos, os controles foram admitidos no mesmo mês do caso.

Para a coleta de dados foi construído um banco de dados eletrônicos, com uso do Excel. As variáveis estudadas foram sexo (feminino e masculino), idade, dentre os quais foram considerados idosos os pacientes com idade ≥ 60 anos. As comorbidades foram agrupadas em “com comorbidade” e “sem”, no caso de pacientes hígidos. Além disso, foram agrupadas conforme a sua classe/origem: pneumológica, obesidade, cardiológica, oncológica, Diabetes Mellitus (DM), doença nefrológica, neurológica, psiquiátrica e outros. Além disso, foram identificados registro de tabagismo, alcoolismo e gestantes. Ainda foram descritos no prontuário os sintomas iniciais e a data em que ocorreram, se houve internação em UTI e se necessitou de hemodiálise durante o período de permanência.

Para avaliação de exames de pacientes, foram levantados dados de exames de imagem, a tomografia, que foi agrupada conforme a gravidade do comprometimento pulmonar, sendo leve com $< 25\%$, moderado, compreendendo 25% a 50% e severo os casos de 50% ou mais de comprometimento pulmonar, conforme laudo do exame.

As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio-padrão (DP) ou mediana e intervalo interquartil. Variáveis categóricas foram apresentadas por frequências absolutas e percentuais. O teste t foi aplicado para variáveis paramétricas e os testes de Mann-Whitney foram aplicados para variáveis não-paramétricas. Na comparação de proporções, os testes qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher foram aplicados. Para controle de fatores confundidores, a análise de regressão logística foi aplicada. O critério para entrada da variável no modelo multivariado foi um valor $p < 0,10$ na análise bivariada e foram mantidas no modelo final apenas as variáveis $< 0,05$. O nível de significância adotado no estudo foi $\alpha = 0,05$. Os dados foram analisados com o auxílio do programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 25.0.

Para a realização da pesquisa, obteve-se a anuência das duas instituições envolvidas e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme CAAE 49048021.6.0000.8135, Parecer nº 4.853.093, respeitando-se a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde⁽⁸⁾. As pesquisadoras justificaram a ausência de consentimento. Além disso, o projeto seguiu a Resolução nº 580/2018⁽⁹⁾, por serem instituições integrantes do SUS. Desta forma, as pesquisadoras comprometeram-se que os procedimentos da pesquisa não interfeririam na rotina dos serviços de assistência à saúde nem nas atividades profissionais dos trabalhadores no serviço.

RESULTADOS

Foram avaliados dados de 278 internações por COVID-19 nos anos de 2020 até agosto de 2021. Na amostra prevaleceu o sexo masculino, com idade < 60 anos, com presença de pelo menos uma comorbidade.

Nos prontuários, encontrou-se somente 4 pacientes com registro de alcoolismo, 16 com tabagismo, 5 casos de câncer e 2 gestantes. Observa-se na Tabela 1 que os fatores associados ao óbito hospitalar foram de idade ≥ 60 anos, comorbidade preexistente, sendo as de origem pneumológica, cardiológica e diabetes mellitus com associação significativa.

Tabela 1 – Fatores associados ao óbito hospitalar em pacientes internados por COVID-19 (n=278)

	Total n=278	Óbito n=120	Alta n=158	p
Sexo				0,494
Feminino	106(38,1)	49(40,8)	57(36,1)	
Masculino	172(61,9)	71(59,2)	101(63,9)	
Idade				<0,001
<60 anos	163 (58,6)	45(37,5)	118(74,7)	
≥60 anos	115(41,4)	75(62,5)	40(25,3)	
Comorbidades*				<0,001
Com	194 (69,8)	100(84,7)	94(60,6)	
Sem	79 (28,4)	18(15,3)	61(39,4)	
Sintomatologia inicial				
Febre	91	35(35,4)	56(39,2)	0,641
Alteração Paladar	19	6(6,1)	13(9,1)	0,536
Congestão nasal	22	12(12,1)	10(7,0)	0,256
Tosse	130	54(54,5)	76(53,1)	0,934
Sintoma Musculoesquelético	104	44(44,4)	60(42,0)	0,801
Dispneia	193	76(76,8)	117(81,8)	0,425
Dor de Garganta	17	11(11,1)	6(4,2)	0,070
Alteração Appetite	32	14(14,1)	18(12,6)	0,875
Sintomas Gastrointestinal	35	15(15,2)	20(14,0)	0,946
Cefaleia	40	14(14,1)	26(18,2)	0,512
Comorbidades*				
Pneumológicas	20	16(13,3)	4(2,6)	0,001
Obesidade	53	27(22,9)	26(16,8)	0,267
Cardiológicas	141	74(61,7)	67(43,2)	0,002
Diabetes	77	45(38,10)	32(20,6)	0,655
Nefrológicas	10	7(5,9)	3(1,9)	0,002
Neurológicas	19	12(10,2)	7(4,5)	0,107
Outras	26	12(10,2)	14(9,0)	0,114
Diagnóstico Psiquiátrico	29	14(11,9)	15(9,7)	0,913
Tomografia				
Não realizou/sem resultado	75	16(13,3)	59(37,3)#	
Leve (<25%)	64	34(28,3)	30(19,0)	<0,001
Moderado (25-50%)	77	30(25,0)	47(29,7)	
Severo (>50%)	62	40(33,3)#	22(13,9)	
Internação UTI	138	100(83,3)	38(24,1)	<0,001
Hemodiálise		35(29,2)	3(1,9)	<0,001

* 6 casos desconhecidos em 2020 (não está na comparação)

** Questão de múltipla escolha

Na tabela 2, observa-se que os pacientes que foram a óbito tiveram maior tempo de internação, maior tempo em UTI, porém não houve diferença no tempo dos primeiros sintomas até a internação hospitalar.

Tabela 2 – Comparação de mediana (P25-75) das variáveis de gravidade e tempo

Variáveis	Óbito n=120	Alta n=158	p
Dias de internação	13(6-21)	5(4-8)	<0,001
Dias de UTI	8,5(2-17)	0(0-0)	<0,001
Dias de sintomas	7(4-11)	8(4-11)	0,621

Quando testado na multivariada, a presença de comorbidades perdeu a significância estatística, sendo 1,73 (0,76-3,92, p=0,191). As demais variáveis estão demonstradas na Tabela 3.

Tabela 3 – Multivariada para fatores de risco para óbito

Variáveis	OR	p
Idade ≥60 anos	7,74(3,53-17,0)	<0,001
Internação na UTI	16,4(7,57-35,7)	<0,001
Hemodiálise	7,70(1,96-30,3)	0,003

*6 casos desconhecidos em 2020 (não está na comparação)

DISCUSSÃO

A partir dos resultados encontrados nesta pesquisa, foi possível observar predominância da amostra do sexo masculino, idade até 60 anos e a presença de comorbidade preexistente. Em estudo no Rio Grande do Norte⁽¹⁰⁾, com 52.607 notificações, os dados são um pouco divergentes, prevalecendo o sexo feminino, idade até 60 anos e sem comorbidades. Já em uma coorte retrospectiva realizada em hospitais do Sul do Brasil, que descreveu características clínicas e os preditores de ventilação mecânica, foi constatado que a maioria dos pacientes era do sexo masculino, com idade até 60 anos e com comorbidades preexistentes⁽¹¹⁾.

Já quanto aos fatores associados ao óbito hospitalar por COVID-19, foram encontrados a idade superior a 60 anos e ter comorbidade preexistente. Estes achados são similares com os encontrados na literatura, que refere que a idade avançada está associada ao óbito^(10,12-13). Além disso, a idade é associada a evolução para um pior prognóstico, como a ventilação mecânica em pacientes internados por COVID-19 em Porto Alegre⁽¹¹⁾.

Já a variável sexo, neste estudo, não apresentou significância estatística para óbito, o que se contradiz com a literatura^(10,12). Em estudo brasileiro⁽¹⁰⁾, observou-se o sexo masculino como fator associado ao óbito hospitalar (HR = 1,45), assim como em coorte americana⁽¹²⁾ (HR OR: 2,74).

Quanto às comorbidades, as que apresentaram associação ao óbito hospitalar nos pacientes com COVID-19 foram as cardiológicas, obesidade e DM. Na literatura, dados corroboram com estes achados^(11,14). Dentre as comorbidades, as de origem pneumológica, cardiológica e diabetes mellitus demonstraram associação significativa com óbitos.

Complementarmente, outros estudos apontam que, dentre as comorbidades, a obesidade grave consta como fator para doença respiratória grave e morte em pacientes hospitalizados com COVID-19⁽¹²⁾ e, ainda, doença renal crônica^(13,15), tabagismo, doenças neurológicas e infecção pelo HIV⁽¹³⁾. Nesta pesquisa, algumas destas comorbidades não apresentaram representatividade numérica e estão agrupados em outras.

Referente aos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes, os três mais citados nos prontuários foram dispneia, tosse e manifestações musculoesqueléticas, contudo nenhuma das sintomatologias apresentou significância em relação aos fatores associados ao óbito. Achados iguais aos nossos foram encontrados em um estudo realizado no Paraná, que avaliou o perfil clínico e fatores associados ao óbito dos pacientes com COVID-19, onde os principais sintomas descritos nos prontuários foram os respiratórios, como tosse e dificuldade de respirar, seguidos de mialgia e febre⁽¹⁴⁾.

Quanto à tomografia computadorizada do pulmão, encontrou-se associação com comprometimento severo (>50%). A literatura descreve que o maior comprometimento foi associado a VM⁽¹¹⁾, além disso, em uma revisão sistemática foi constatado que as manifestações tomográficas mais comuns apresentam opacificação em vidro fosco multilobar bilateral, sem quantificar a porcentagem. O estudo traz, ainda, a necessidade de acompanhamento tomográfico dos pacientes, visto que os sinais de maior gravidade dos achados na tomografia são mais visíveis cerca de dez dias após o início dos sintomas⁽¹⁶⁾.

Neste estudo, os pacientes que precisaram de UTI tiveram associação significativa com óbito, além disso, os pacientes que foram a óbito tiveram mais tempo de internação e maior tempo em UTI. Achados similares foram encontrados em um estudo de coorte realizado no estado de São Paulo, onde a mortalidade dos pacientes com 28 dias de internação em UTI foi de 44% e a mortalidade em 60 dias foi de 49%⁽¹⁷⁾. Em outro estudo, realizado em Wuhan, na China, de 52 pacientes internados na UTI, 61,5% foram a óbito em 28 dias de internação⁽¹⁸⁾. Comprova-se que pacientes mais graves, que necessitam de UTI, possuem taxas mais altas de mortalidade do que pacientes com manifestações mais leves da doença (OR = 13,03, IC 95%: 2,54-66,87, $p=0,002$)⁽¹⁹⁾.

Outra associação significativa em relação às taxas de óbito foi a necessidade de hemodiálise, devido ao comprometimento renal. Em uma metanálise realizada com 9 estudos, foi constatado que a incidência de lesão renal aguda em pacientes hospitalizados com COVID-19 foi de 3%. Contudo, ao avaliar essa incidência em pacientes críticos, que necessitaram de UTI, o nível de incidência aumentou para 19%⁽²⁰⁾. Em um estudo de coorte realizado em um Hospital Universitário, em São Paulo, de 1503 pacientes avaliados, 528 necessitaram de terapia de reposição renal e, destes, 187 sobreviveram e 341 vieram a óbito, sendo o $p < 0,001$ ⁽¹⁷⁾. Em outro estudo, este realizado no Paraná, os autores trouxeram como achado que uma das complicações mais prevalentes nos pacientes que evoluíram a óbito foi a insuficiência renal¹⁴.

A pesquisa se mostrou relevante devido à escassez de estudos na região quanto ao perfil dos pacientes que evoluíram a óbito. Podemos citar como potencialidade deste estudo a capacidade de produção de dados sobre o perfil dos pacientes com COVID-19 que foram a óbito, utilizando os dados locais, ou seja, um estudo de “vida real”, sem interferência do pesquisador, o que diminui o viés.

CONCLUSÕES E CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Os fatores associados ao óbito hospitalar foram idade ≥ 60 anos, com comorbidades, com comprometimento pulmonar severo, além de pacientes que precisaram de hemodiálise e de internação de Unidade de Terapia Intensiva.

Quanto às limitações encontradas, ressalta-se os dados incompletos e faltantes nos prontuários eletrônicos das instituições, o que já era esperado, devido ao delineamento retrospectivo. Além disso, não foi possível confirmar os dados da tomografia pulmonar, que foram utilizados conforme descrição no prontuário. Além disso, na região do Vale do Paranhana, não é realizado teste para identificar a variante do SARS-CoV-2. Apesar de algumas limitações encontradas, o estudo atingiu o seu objetivo inicial, que era avaliar fatores associados ao óbito hospitalar em pacientes com COVID-19. Quanto à perspectiva de pesquisas futuras, destaca-se que os dados são de abrangência até agosto de 2021, sendo que a pandemia ainda não acabou, podendo então, haver uma continuidade da coleta e interpretação de dados para posterior análise quanto a possíveis mudanças no perfil dos pacientes que evoluíram a óbito. Como contribuições para a enfermagem, podemos citar a possibilidade de se traçar o perfil epidemiológico da população assistida, o que possibilita a elaboração de um plano assistencial para cada tipo específico de paciente, além de favorecer uma assistência adequada, bem como a promoção e prevenção de saúde nos grupos mais acometidos pela doença.

REFERÊNCIAS

- 1 Wan Y, Shang J, Graham R, Baric RS, Li F. Receptor Recognition by the Novel Coronavirus from Wuhan: an Analysis Based on Decade-Long Structural Studies of SARS Coronavirus. *Journal of Virology*. 2020-03-17 2020;94(7). doi:10.1128/jvi.00127-20
- 2 Boletim Epidemiológico Especial COE-COVID-19. (2020).
- 3 Li Q, Guan X, Wu P, et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. *N Engl J Med*. Mar 26 2020;382(13):1199-1207. doi:10.1056/NEJMoa2001316
- 4 OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia (2020).
- 5 Rothe C, Schunk M, Sothmann P, et al. Transmission of 2019-nCoV Infection from an Asymptomatic Contact in Germany. *New England Journal of Medicine*. 2020-03-05 2020;382(10):970-971. doi:10.1056/nejmc2001468
- 6 Freitas ARR, Napimoga M, Donalisio MR. Análise da gravidade da pandemia de Covid-19. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2020-04-01 2020;29(2). doi:10.5123/s1679-49742020000200008
- 7 Zhou F, Yu T, Du R, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *The Lancet*. 2020-03-01 2020;395(10229):1054-1062. doi:10.1016/s0140-6736(20)30566-3
- 8 Brasil. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. In: Saúde Md, editor. 2016.
- 9 Brasil. Resolução nº 580, de 22 de março de 2018. In: Saúde Md, editor. 2018.
- 10 Galvão MHR, Roncalli AG. Factors associated with increased risk of death from covid-19: a survival analysis based on confirmed cases. *Rev Bras Epidemiol*. 2021;23:e200106. Fatores associados a maior risco de ocorrência de óbito por COVID-19: análise de sobrevivência com base em casos confirmados. doi:10.1590/1980-549720200106
- 11 Bastos GAN, Azambuja AZ, Polanczyk CA, et al. Clinical characteristics and predictors of mechanical ventilation in patients with COVID-19 hospitalized in Southern Brazil. *Rev Bras Ter Intensiva*. Oct-Dec 2020;32(4):487-492. Características clínicas e preditores de ventilação mecânica em pacientes com COVID-19 hospitalizados no sul do país. doi:10.5935/0103-507x.20200082
- 12 Palaiodimos L, Kokkinidis DG, Li W, et al. Severe obesity, increasing age and male sex are independently associated with worse in-hospital outcomes, and higher in-hospital mortality, in a cohort of patients with COVID-19 in the Bronx, New York. *Metabolism*. Jul 2020;108:154262. doi:10.1016/j.metabol.2020.154262
- 13 Mascarello KC, Vieira A, Souza ASS, Marcarini WD, Barauna VG, Maciel ELN. COVID-19 hospitalization and death and relationship with social determinants of health and morbidities in Espírito Santo State, Brazil: a cross-sectional study. *Epidemiol Serv Saude*. 2021;30(3):e2020919. Hospitalização e morte por COVID-19 e sua relação com determinantes sociais da saúde e morbidades no Espírito Santo: um estudo transversal. doi:10.1590/s1679-49742021000300004

- 14 Pontes L, Danski MTR, Piubello SMN, et al. Perfil clínico e fatores associados ao óbito de pacientes COVID-19 nos primeiros meses da pandemia. Perfil clínico y factores asociados a la muerte de pacientes COVID-19 en los primeros meses de la pandemia Clinical profile and factors associated with the death of COVID-19 patients in the first months of the pandemic.
- 15 Mohandas P, Periasamy S, Marappan M, Sampath A, Garfin Sundaram VK, Cherian VK. Clinical review of COVID-19 patients presenting to a quaternary care private hospital in South India: A retrospective study. *Clin Epidemiol Glob Health*. 2021 Jul-Sep 2021;11:100751. doi:10.1016/j.cegh.2021.100751
- 16 Salehi S, Abedi A, Balakrishnan S, Gholamrezanezhad A. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Systematic Review of Imaging Findings in 919 Patients. *AJR Am J Roentgenol*. 07 2020;215(1):87-93. doi:10.2214/AJR.20.23034
- 17 Ferreira JC, Ho YL, Besen BAMP, et al. Protective ventilation and outcomes of critically ill patients with COVID-19: a cohort study. *Ann Intensive Care*. Jun 07 2021;11(1):92. doi:10.1186/s13613-021-00882-w
- 18 Yang X, Yu Y, Xu J, et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. *Lancet Respir Med*. 05 2020;8(5):475-481. doi:10.1016/S2213-2600(20)30079-5
- 19 Li J, He X, Yuan Yuan, et al. Meta-analysis investigating the relationship between clinical features, outcomes, and severity of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) pneumonia. *Am J Infect Control*. 01 2021;49(1):82-89. doi:10.1016/j.ajic.2020.06.008
- 20 Ng JJ, Luo Y, Phua K, Choong AMTL. Acute kidney injury in hospitalized patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19): A meta-analysis. *J Infect*. 10 2020;81(4):647-679. doi:10.1016/j.jinf.2020.05.009

EDUCAÇÃO EM SAÚDE ÀS FAMÍLIAS DE CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS HOSPITALIZADAS⁶⁵

Gabriela Petry⁶⁶
Leni Dias Weigelt⁶⁷
Janine Koepf⁶⁸
Maitê da Silva Lima⁶⁹

RESUMO

Objetivo: investigar o processo de educação em saúde às famílias de crianças com necessidades especiais internadas na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) em um hospital de referência regional no interior do Rio Grande do Sul. Buscou-se, também, identificar as características neonatais das crianças, acompanhar e contribuir no processo de educação em saúde às famílias. **Métodos:** trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, pesquisa ação, com abordagem qualitativa, desenvolvida entre setembro e novembro de 2021. **Resultados:** foram submetidos à análise de conteúdo, mais especificamente análise temática, destacando-se quatro temáticas: a vivência da família em relação à internação hospitalar; relações interpessoais entre os enfermeiros da UTIN e os familiares das CRIANES; participando da prematuridade: inserção das mães nos cuidados; assistência e orientações; e processo educativo, instrumentalização das famílias. **Considerações finais:** o estudo possibilitou evidenciar a educação em saúde na assistência hospitalar e contribuir com estratégias didáticas, dialógicas e demonstrativas aos familiares das CRIANES internadas.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Enfermagem Pediátrica; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Saúde da Criança.

INTRODUÇÃO

O aumento da qualificação profissional e dos avanços tecnológicos na área da saúde, nas últimas décadas, refletiu na transição epidemiológica da infância, diminuindo a

65 Artigo resultante de trabalho de conclusão de curso de graduação em enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).

66 Enfermeira, graduada em Enfermagem pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Enfermeira da UTI Neonatal e Pediátrica da Sociedade Beneficente e Caridade Lajeado – Hospital Bruno Born (HBB). E-mail: gabrielapetry4@mx2.unisc.br. ORCID: 0000-0003-2012- 9322.

67 Enfermeira, Doutora em Desenvolvimento Regional pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), docente adjunta na Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). E-mail: lenid@unisc.br. ORCID: 0000-0003-0621-6876.

68 Enfermeira, Doutora em Ciências da Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), docente adjunta na Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). E-mail: janinel@unisc.br. ORCID: 0000-0003-4873-7696.

69 Enfermeira, Mestre em Promoção da Saúde pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), docente adjunta na Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). E-mail: maite@unisc.br. ORCID: 0000-0002-6338-0755.

mortalidade infantil e contribuindo para a sobrevivência de crianças clinicamente frágeis, como recém-nascidos prematuros, com malformações congênitas, síndromes ou decorrentes de intercorrências ao longo da vida, condições estas que favorecem o crescimento do grupo de crianças que vivem com alguma condição crônica e necessitam de uma assistência diferenciada, seja de modo temporário ou permanente⁽¹⁾. Essas crianças incluem-se no grupo que inicialmente ficou conhecido, em 1998, nos Estados Unidos, como *Children with Special Health Care Needs* (CSHCN) e, logo após, como Crianças com Necessidades Especiais em Saúde (CRIANES) no Brasil, a partir da tese de doutorado da Enfermeira Ivone Evangelista Cabral, denominada “Aliança de saberes do cuidado e estimulação da criança-bebê: concepções de mães e estudantes de enfermagem”, apresentada no Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* da Universidade Federal do Rio de Janeiro e defendido como CRIANES⁽²⁾.

Nas estatísticas oficiais do Brasil, não há referências a este grupo de crianças. Entretanto, um estudo realizado em dois serviços de terapia intensiva no Rio de Janeiro exibiu que 6,3% das crianças que receberam alta no período do estudo possuíam alguma necessidade de cuidado terapêutico após a internação hospitalar. Destas, 74,2% necessitaram de terapia a longo prazo⁽³⁾. De acordo com o contexto histórico, embora existam no Brasil políticas e estratégias que abordem os direitos de crianças e adolescentes, não existe nenhuma política específica para as CRIANES, exigindo ligação indireta de outras políticas para o subsídio dos cuidados e direitos⁽⁴⁾.

Este novo grupo infantil demanda cuidados específicos, que são divididos em seis diferentes grupos, conforme as demandas exigidas pela CRIANE, sendo elas: 1 - tecnológicas: crianças dependentes de tecnologias para a sobrevivência, tais como respiradores, gastrostomia, entre outros; 2 - medicamentosas: crianças em uso contínuo de medicamentos para a manutenção da vida, tais como antirretrovirais, anticonvulsivantes, entre outros; 3 - de desenvolvimento: crianças com disfunção neuro motora, funcionais ou incapacitantes, que requerem serviços de reabilitação; 4 - habituais modificados: crianças que necessitam de cuidados modificados ou adaptados para desenvolver atividades da vida diária, tais como alimentação, banho, locomoção, dentre outros; 5 - cuidados mistos: crianças que necessitam de uma ou mais demandas anteriores, excluindo-se a tecnológica; e 6 - cuidados clinicamente complexos: crianças que necessitam de todas as demandas anteriores para a manutenção da vida⁽⁵⁾.

Devido às múltiplas demandas de cuidados exigidos, algumas CRIANES acabam necessitando de internações hospitalares frequentes e por tempo prolongado. Neste sentido, a equipe de enfermagem, como protagonista e interlocutora do cuidado, deve incentivar a inserção dos pais nos cuidados com a criança durante a hospitalização, por meio de ações educativas, realizadas de modo processual, que envolvam estratégias dialógicas, demonstrativas e didáticas,

a fim de preparar os familiares para o cuidado clínico e social das CRIANES e promover a autoconfiança perante os cuidados pós-alta⁽⁶⁾.

Este estudo justifica-se pelo aumento do número de CRIANES detectado durante as práticas acadêmicas no curso de graduação em enfermagem nos serviços de saúde, trazendo desafios para a equipe multiprofissional, exigindo esforços, profissionais capacitados e atenção integral no processo de educação em saúde em todos os níveis de atenção, em especial na internação hospitalar. Entendendo a complexidade dos cuidados exigidos por este grupo de crianças e a responsabilidade dos familiares pela maior parcela dos cuidados no domicílio, percebeu-se como necessário aprofundar os conhecimentos e discutir sobre o processo de educação em saúde promovido pela enfermagem no ambiente hospitalar, com o intuito de orientar os pais na continuidade dos cuidados pós-alta nos domicílios. Diante do exposto, neste estudo questiona-se: Como se dá o processo de educação em saúde às famílias de crianças com necessidades especiais hospitalizadas?

Este estudo buscou investigar o processo de educação em saúde às famílias de crianças com necessidades especiais internadas em UTIN, bem como identificar as características neonatais das crianças internadas nesta unidade de terapia intensiva neonatal, atentando-se para as alterações que exigem cuidados especiais, além de acompanhar e contribuir no processo de educação em saúde a estas famílias.

MÉTODOS

Este estudo amparou-se nos princípios da pesquisa exploratória descritiva, apresentando abordagem qualitativa e envolvendo o procedimento do tipo pesquisa ação, e foi realizado no período de setembro a novembro de 2021 na UTIN de um hospital de referência em um município da região central do Rio Grande do Sul. Dentre os participantes da pesquisa, incluíram-se quatro enfermeiros dos quatro turnos da UTIN da instituição e sete familiares/responsáveis legais de CRIANES, que acompanhavam a internação hospitalar do (a) filho (a), abordados neste período, em uma sala de espera em anexo à UTIN. Os participantes foram observados pela pesquisadora durante a prestação de cuidados à criança.

Os critérios de inclusão utilizados neste estudo foram familiares/responsáveis legais de CRIANES internadas na UTIN que acompanhavam o período de internação do(a) filho(a) e profissionais enfermeiros da UTIN. Sendo assim, os participantes que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias. Os critérios de exclusão foram familiares/responsáveis legais que não acompanhavam a continuidade do processo de internação em UTIN ou que se recusaram a participar do estudo e profissionais enfermeiros que estavam de férias, folga ou em afastamento durante o

desenvolvimento da pesquisa. O estudo atendeu aos aspectos éticos relativos às pesquisas com seres humanos, conforme Resolução 466/2012, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o parecer número: 4.912.771 e CAAE: 49575221.0.0000.5343.

Após a aprovação da pesquisa, os enfermeiros da unidade foram contatados por telefone, quando lhes foi informado o assunto da pesquisa e o método de realização, logo em seguida havendo o agendamento das entrevistas com eles. Na sequência, iniciaram-se as entrevistas com os familiares, onde num primeiro momento foram apresentados o estudo e o TCLE e após, utilizou-se um roteiro com questões orientadoras que caracterizavam a entrevista semiestruturada. As falas foram gravadas em áudio. Ainda, se utilizou na investigação a observação participante pela pesquisadora, tendo um diário de campo para registros de conteúdos oriundos da interação da pesquisadora com a equipe de enfermagem e familiares dos recém-nascidos.

Em relação às entrevistas com os enfermeiros, os questionamentos envolviam dados sobre a formação, qualificação profissional e sobre a assistência de enfermagem. Em relação às crianças, foram indagados dados de identificação, sociodemográficos e de internação hospitalar. Aos familiares foram solicitados dados de identificação, sociodemográficos, econômicos e aspectos sobre a internação hospitalar do(a) filho(a).

Os dados coletados através das entrevistas e observação participante foram organizados e analisados conforme o conteúdo, mais especificamente através da análise temática⁽⁶⁾, que seguiu três fases: a) pré-análise, onde ocorreu a ordenação dos dados através da transcrição das gravações, leitura das falas dos participantes, destaques de palavras e trechos importantes, seguidos da escolha de ideias centrais que as representassem; b) a exploração do material, na qual se realizou a listagem dessas ideias centrais, agrupamento por similaridade e aproximação, nomeando-as em quatro unidades temáticas: a vivência da família em relação à internação hospitalar; relações interpessoais entre os enfermeiros da UTIN e os familiares das CRIANES; participando da prematuridade: inserção das mães nos cuidados, assistência e orientações; processo educativo, instrumentalização das famílias; e c) o tratamento dos resultados obtidos, a inferência e interpretação das unidades qualitativas de significação, com apresentação das falas e discussão de cada unidade temática.

Com o objetivo de preservar a identidade dos participantes, optou-se por denominá-los em suas falas, a inicial “M” referente à mãe e “E” referente ao enfermeiro, sendo seguidos por um numeral conforme a ordem das entrevistas (M1, M2, M3, E1, E2, E3...).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As quatro enfermeiras pesquisadas estão formadas, em média, há quatro anos e a inserção na unidade com tempo diferenciado, de dois meses a quatro anos. Todas detinham qualificação profissional, sendo duas voltadas para a área obstétrica e uma para área de alta

complexidade, e apenas uma possuía qualificação específica em UTIN. Três das enfermeiras entrevistadas relataram estarem inseridas naquela unidade devido à afinidade com a área e apenas uma por necessidade da instituição.

Dos familiares das crianças internadas, participaram da pesquisa sete mães de CRIANES que acompanhavam a internação do(a) filho(a), com idades variando de 25 a 37 anos, a maioria com ensino superior completo. Das participantes do estudo, apenas três residiam na cidade em que o(a) filho(a) estava internado, outras três eram de cidades vizinhas e uma era de fora do estado, tendo a maioria residência própria, localizadas na área urbana. A média dos membros que habitavam a mesma casa que a criança foi de três e a renda média mensal das famílias está entre um e meio e cinco salários-mínimos.

Com relação às crianças do estudo, quatro eram do sexo feminino e quatro do sexo masculino, dentro destes dois eram gemelares, a idade gestacional de nascimento variou de 25 a 33 semanas e o peso ao nascer de 515 g a 1.970 g. As internações na UTIN tiveram como motivo principal a prematuridade, sendo quatro casos de prematuros extremos e quatro de prematuros moderados, não havendo registro de diagnóstico diferencial. Destaca-se que, na maioria das vezes, este registro é realizado após exames específicos e próximos da alta hospitalar. O tempo de internação até o momento da pesquisa foi, em média, de 20 dias.

Quadro 1: Caracterização e classificação das CRIANES envolvidas no estudo, 2021.

CRIANE	Idade gestacional de nascimento	Demanda de cuidados hospitalares/dispositivos	Classificação na categoria de cuidados das CRIANES
CRIANE 1	25 semanas	Criança acomodada na incubadora, entubada, fazendo uso de sonda orogástrica, sonda vesical de demora, dreno de tórax, bolsa de colostomia, utilizando dois dispositivos de cateteres centrais de inserção periférica (PICC) para administração de medicações contínuas.	Cuidados complexos
CRIANE 2	28 semanas + 6 dias	Criança acomodada em berço aquecido, com suporte de oxigênio por óculos nasal, sonda nasogástrica, mantendo cateter central de inserção periférica (PICC) para administração de medicações contínuas, provável evolução para colocação de gastrostomia.	Cuidados complexos
CRIANE 3	31 semanas + 2 dias	Criança acomodada em incubadora, em uso de CPAP, sonda orogástrica e acesso venoso periférico para administração de medicações.	Cuidados complexos
CRIANE 4	31 semanas + 2 dias	Criança acomodada em incubadora, realizando fototerapia, em uso de CPAP, sonda orogástrica e dispositivo de cateter central de inserção periférica (PICC) para administração de medicações contínuas.	Cuidados complexos
CRIANE 5	27 semanas	Criança acomodada em incubadora, em uso de CPAP e sonda orogástrica.	Cuidados habituais modificados
CRIANE 6	26 semanas	Criança acomodada em incubadora, em uso de CPAP, sonda orogástrica, mantendo dispositivo de cateter central de inserção periférica (PICC) para infusão de medicação.	Cuidados complexos
CRIANE 7	33 semanas (Gemelar I)	Criança acomodada em incubadora, realizando fototerapia, em uso de sonda orogástrica, mantendo acesso venoso periférico para infusão de medicamentos.	Cuidados complexos
CRIANE 8	33 semanas (Gemelar II)	Criança acomodada em incubadora, realizando fototerapia, em uso de sonda orogástrica, mantendo acesso venoso periférico para infusão de medicamentos.	Cuidados complexos

Fonte: elaborado pelas autoras (2021).

Conforme elucidado, sete das oito CRIANES necessitavam de cuidados complexos e apenas uma necessitava de cuidados habituais modificados. Diante desta classificação, observa-se que a maioria dos recém-nascidos participantes do estudo exigia, até o momento da pesquisa, de todas as demandas de cuidados. Os dados qualitativos foram abordados de acordo com as unidades temáticas a seguir:

Temática 1 - A vivência da família em relação à internação hospitalar

A gestação e o nascimento de um filho são momentos muito esperados e idealizados pela maioria das mulheres, momentos estes em que acontecem importantes reestruturações no seu contexto social e familiar⁽⁸⁾. Entretanto, o nascimento do bebê idealizado nem sempre acontece como o planejado, pois no meio deste processo algumas intercorrências podem acontecer e acabarem por quebrar este encantamento⁶. Diante da possibilidade de vivenciar a prematuridade e a internação do bebê em uma UTIN, os pais se desesperam pela gravidade e complexidade da situação da criança, gerando sentimentos e angústias em torno da perspectiva de ter ou não o seu bebê⁽⁸⁾. Neste contexto, o momento de internação do (a) filho (a) na UTIN foi relatado como difícil, cercado de angústias e incertezas, mas também um momento de desconstrução do ideal, como é possível observar nas narrativas a seguir:

O momento de internação dele na UTI foi muito difícil, eu fiquei assustada e com medo, mas eu sei que ele está bem ali, está sendo bem cuidado, então é isso que me conforta. (M1)

No início foi um choque, mas depois a gente foi conseguindo passar por cima, eu achei que eu já tinha aprendido em função da minha gravidez, que eu havia planejado por completo como seria, mas agora que ela está aqui, estamos realmente vivendo um dia de cada vez, um momento de desconstrução. (M3)

O parto prematuro interfere na preparação para a maternidade no final da gestação e altera as expectativas criadas pelas mães, quando a aparência física após o nascimento do bebê não condiz com o idealizado⁽⁹⁾. Nesta perspectiva, outro estudo destaca que a experiência do contato mãe-filho em um ambiente com rotinas e regras interfere na relação e concretização materna, podendo ocasionar sofrimentos e angústias aos pais⁽¹⁰⁾.

A internação hospitalar do RN prematuro acontece devido à imaturidade e à necessidade de preparação para a vida extrauterina precocemente. Normalmente, os RNs prematuros são muito pequenos e fragilizados e, portanto, é necessária a utilização constante de equipamentos tecnológicos que dão suporte a sua sobrevivência⁽¹¹⁾. Diante desta perspectiva, a primeira impressão na chegada dos pais no ambiente de UTIN é impactante, uma vez que esses aportes trazem receios sobre as reais chances de sobrevivência do bebê, como mostra o relato da **M2**:

Assim, no primeiro momento é um susto né, nem por estar na UTI, mas pelo tamanho dele e por todos aqueles aparelhos. Os médicos te explicam tudo o que pode acontecer, eles são bem sinceros, eles não escondem nada, escutar tipo assim que é prematuro extremo e que é gravíssimo, é muito ruim [...]. (M2)

A notícia da hospitalização do filho desfaz os sonhos de toda a gestação e acaba ocasionando um misto de emoções na mulher⁸, sentimentos estes que foram destacados na fala da **M3**, que havia idealizado a sua gestação e o nascimento do seu bebê:

Foi um momento de desconstrução, porque eu tinha planejado muita coisa, inclusive a minha gestação até as 40 semanas, então eu tive que desconstruir bastante este pensamento. Quando a gente chegou aqui fomos bem acolhidos, e principalmente nos foi colocado com muita clareza todos os passos, inclusive essa desconstrução foi bastante feita pela equipe, da gente ter certeza do que está acontecendo, saber do prognóstico dela e saber que iria levar mais tempo. (M3)

A internação do RN na UTIN também é representada pela separação imediata entre o binômio mãe-bebê, tendo grande parcela na geração de agravos emocionais, os quais devem ser superados mediante atitudes positivas da equipe multiprofissional⁸. Tendo como destaque o enfermeiro, que deve elevar a autoestima dos pais, oportunizando a aproximação do filho, a participação e inserção gradual nos cuidados com a criança¹². A chegada da mãe à UTIN foi relatada como um momento delicado, sendo enfatizada a necessidade de acolhê-la e ambientá-la, tendo seus medos diminuídos e as suas dúvidas sanadas. Sobre isso, a **E1** relata abaixo:

No primeiro dia a ansiedade dos pais está à flor da pele, então realmente o que eles querem saber naquele momento é como o bebê está e quanto tempo irá precisar ficar com os aparelhos [...]. Na chegada dos pais aqui na UTIN a gente sempre tenta acolher o máximo possível, explicar, pois eles são bem questionadores. A gente tenta dar um parecer geral de como são as rotinas do setor, esclarecer e sanar o máximo das dúvidas que eles trazem. (E1)

Outro estudo realizado também destacou a importância de se promover um ambiente receptivo e acolhedor às famílias, com orientações sobre o funcionamento do setor, rotinas, procedimentos e estado de saúde de seus filhos(as), antes de entrarem na unidade, pois auxilia a diminuir a ansiedade, melhorar a qualidade de vida e a assistência prestada⁽⁸⁾.

Temática 2 - Relações interpessoais entre os enfermeiros da UTIN e os familiares das CRIANES

Os profissionais de saúde devem promover um bom relacionamento interpessoal com os familiares dos bebês internados na UTIN, a fim de auxiliá-los na inserção daquele espaço totalmente novo, minimizando os sentimentos de angústia, medo e tristeza que estão sendo encarados naquele momento⁽¹¹⁾. O profissional enfermeiro é visto como um elo de aproximação entre os pais e o RN, é a pessoa em que eles depositam confiança durante a internação⁽¹³⁾. É através do acolhimento e das orientações que o vínculo entre o profissional e o familiar é promovido⁽¹⁰⁾. Observa-se abaixo o relato da **M1** sobre o seu relacionamento com a equipe da unidade:

É um relacionamento bom, a gente conversa, eles falam deles, a *gente brinca, é bem tranquilo. As enfermeiras são bem compreensivas, sempre estão conversando, tirando todas as nossas dúvidas, sempre nos acolhem, são todos muito bons e bem legais. (M1)*

De acordo com o relato da mãe apresentado acima, percebe-se que a relação dela com a equipe da unidade, em geral, é positiva e permeia uma boa comunicação. Entretanto, é indispensável validar o relato da **M4**, que adverte sobre a correria dos enfermeiros da unidade:

É um relacionamento tranquilo, eles sempre estão dispostos a *responder, só quando está mais corrido que eles não conseguem dar muita atenção e responder muitas perguntas. (M4)*

Visto que a comunicação é a porta de entrada para um bom relacionamento e um melhor prognóstico no ambiente de UTIN, é crucial entender que a sobrecarga dos profissionais que atuam nessas unidades é reconhecida e acaba interferindo no processo assistencial e educacional¹⁴. Na seguinte fala da **M3**, é possível observar uma falha na assistência e comunicação que aconteceu durante a internação hospitalar de seu filho (a):

Até então eu não tive nenhuma dificuldade de comunicação, a única coisa que tive foi em um plantão que extravasou o acesso do nenê e eu tive que avisar umas três vezes para alguém vir olhar, isso não deveria acontecer porque é um ambiente de UTI. (M3)

A alta tecnologia adicionada à ampla complexidade dos cuidados dentro da UTIN pode dificultar as relações entre profissionais e familiares. A assistência de enfermagem nesses ambientes é exaustiva, favorecendo ações menos humanizadas e mais tecnicistas que acabam dificultando o vínculo e a comunicação⁽¹⁵⁾. A manutenção de uma relação interpessoal positiva garante maior segurança aos pais em relação à situação do seu(sua) filho(a)⁽¹²⁾. A seguir, observa-se o relato da **E1** sobre sua relação com os familiares:

É um relacionamento bom, não vejo como um problema a presença dos pais na unidade, pelo contrário, eu acho que até que é bom estarem juntos, porque eles acolhem, conversam e mantêm um contato com a criança, o que acalma bastante. **(E1)**

A **E4** refere ser importante a permanência dos pais durante a internação do bebê para reconhecimento da criança:

Acho importantes os pais aqui dentro, pois as crianças sentem falta deles. Eles vão embora e as vezes só nos conhecem, não conhecem os pais. **(E4)**

Assim como neste estudo, outro estudo realizado demonstrou que a presença dos pais na unidade culmina na criação de vínculo afetivo com o RN e gera benefícios para a saúde emocional, garantindo-lhes maior segurança, tranquilidade, conhecimento sobre o quadro clínico do bebê e a sua inserção gradual nos cuidados com a criança⁽¹⁶⁾. Durante a observação e acompanhamento dos cuidados, percebeu-se a manutenção de uma boa relação entre profissionais e familiares, com comunicação efetiva, orientações, apoio e suporte aos familiares durante a internação do bebê na unidade.

Temática 3 - Participando da prematuridade: inserção das mães nos cuidados, assistência e orientações

O processo de introdução dos pais na participação dos cuidados de forma efetiva contribuiu para a criação de afeto e vínculo com o bebê⁽⁸⁾. Para a participante **M3**, o simples cuidado de poder pegar a filha no colo foi essencial para selar a afetividade entre elas e proporcionar maior segurança no manejo com o bebê:

Eu acredito que já estou me preparando para os cuidados, sou mãe de primeira viagem, então sempre tive aquele receio e insegurança, mas a primeira vez que consegui pegar ela no colo ali na UTI, foi um momento único, algo inexplicável. Antes eu sempre pensei que eu ia ter muito medo por ela ser muito pequenininha, mas a gente acaba perdendo o medo. Mesmo ela com muitos fios eu já conseguia mexer ela de um lado pro outro, então eu acho que estou conseguindo ter mais manejo com ela. **(M3)**

O método Canguru, um modelo de assistência neonatal que permite o contato pele a pele precoce da mãe com o RN pré-termo, foi integrado no Brasil como parte das diretrizes políticas relacionadas à Atenção à Saúde dos Recém-Nascidos de Pré-Termo (RNPTs) e de baixo peso, incluídos no Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, instituído

pelo Ministério da Saúde no ano 2000, sendo utilizado nas práticas assistenciais após o nascimento⁽¹⁷⁾. Essa prática foi relatada como um momento emocionante e muito validado pelas mães, como é possível observar:

Eu consegui pegar ela esses dias e fizemos o canguru, foi muito emocionante, uma sensação única. (M5)

Não realizei nenhum cuidado ainda, mas já consegui pegar ele no colo, fizemos o canguru e foi muito válido, muito bom. (M6)

Nota-se que o primeiro contato entre mãe e filho (a) no processo de construção de laços e afetividade ameniza os sentimentos e experiências até então vivenciados pelas famílias. Ao mesmo tempo, confere segurança e confiança à mãe, que passa a se sentir capaz de realizar o cuidado materno⁽⁸⁾. Os familiares atribuem grande importância aos pequenos gestos, cuidados simples que são supervalorizados e se tornam valiosos, conforme relato da **M2**:

Agora, depois que ela saiu da UTIN, foi para a UCI e voltou novamente para UTI, eu já consigo realizar a troca de fraldas, limpar a boquinha dela, trocar a roupinha, eu consigo perceber quando algo está errado. Portanto, só de estar ali acompanhando todos os dias e observando, a gente vai pegando o jeito e vai sabendo lidar com as situações que vão surgindo. (M2)

O processo de ensino-aprendizagem dos cuidados envolve momentos observacionais, de orientações, de demonstrações, do ensinar a fazer, de execução, de supervisão e de avaliação, portanto é um processo gradual que exige esforços dos profissionais e dos familiares, o qual deve acontecer desde a internação até o momento da alta hospitalar⁽⁸⁾. Os familiares foram questionados sobre o acompanhamento dos cuidados realizados na unidade. Os relatos da **M3** e da **M1**, a seguir, demonstram etapas desse processo educacional:

Quando elas realizam os cuidados e eu consigo acompanhar, elas sempre explicam, conforme vão fazendo, só realmente quando é um procedimento mais invasivo eles pedem para a gente sair. (M3)

Os profissionais sempre orientam os cuidados, sempre falam quando aumenta a alimentação, como é passada a dieta por sonda, então aos poucos eu também vou adquirindo conhecimento e sabendo lidar com a situação dele. (M1)

O acolhimento dos familiares, juntamente à comunicação e orientação clara, os capacita a serem bons cuidadores durante a internação hospitalar e após a alta, perpetuando os cuidados no domicílio⁽¹⁸⁾. Os relatos da **E2** e **E3**, apresentados logo abaixo, demonstram a inserção gradual dos pais nos cuidados com o recém-nascido, através do acompanhamento, observação e orientações prestadas pela equipe durante a assistência:

Durante a realização dos procedimentos mais simples, cuidados e rotinas, os pais podem acompanhar, até para que eles possam entender o processo e serem aos poucos inseridos nos cuidados mais simples [...]. (E2)

Quando eu realizo algum cuidado com o bebê, eu sempre busco explicar, porque é uma vida muito diferente, eles não sabem o que está acontecendo. Acho que é muito importante ir conversando e orientando durante a assistência; na maioria das vezes, uma simples explicação dos dados do monitor já auxilia até na questão da diminuição do medo deles e eles acabam entendendo a situação da criança. (E3)

Cabe aos profissionais enfermeiros o acompanhamento das mães e a construção gradativa da sua autonomia. As práticas sequenciais e a inserção das mães nos cuidados tornam os procedimentos mais fáceis e, ao mesmo tempo, mais prazerosos, pois configuram segurança e confiança na maternidade, possibilitando se sentirem cuidadoras dos próprios filhos⁽⁸⁾.

Durante a observação participante foi possível detectar a inserção das mães nos cuidados com o bebê de modo gradual, contando com orientações e demonstrações dos cuidados por parte da equipe de enfermagem da UTIN e a partir de intervenções desta pesquisadora, que acompanhou e auxiliou na realização do método Canguru com as mães na unidade.

Temática 4 - O processo educativo, instrumentalização das famílias

O processo de educação em saúde envolve uma série de orientações e capacitações aos familiares, para os instruírem nos cuidados com o recém-nascido durante a internação em unidade neonatal e após, para a alta hospitalar⁽⁵⁾.

Neste sentido, os enfermeiros foram questionados sobre a utilização de estratégias específicas para a instrumentalização das famílias, como é possível observar na fala da **E3** a seguir:

Para o desenvolvimento da educação em saúde não temos estratégias específicas que auxiliem na instrumentalização das famílias. Ela acontece conforme os cuidados são prestados ao bebê, a gente vai explicando aos pais durante a assistência como fazer, como acontece, e assim eles vão nos questionando, conforme as dúvidas vão surgindo. (E3)

A utilização de estratégias didáticas no processo de educação às famílias é importante e deve abordar questões sobre o papel e o protagonismo dos familiares, além de ações que visem o manejo e o cuidado com o RN. Essas estratégias devem acontecer ao longo do período de internação hospitalar, de modo processual, como parte de um desenvolvimento dialógico, permitindo a construção de conhecimentos e a troca de experiências⁽⁵⁾.

Quando indagados sobre os desafios encontrados dentro do processo de educação em saúde na unidade, destacaram-se a falta de contato com familiares, o medo e a insegurança dos pais, como se pode observar nos relatos a seguir:

Na noite, na madrugada a gente não tem tanto contato com as famílias quanto de dia, o que dificulta esse processo de educação em saúde, mas a gente sempre tenta explicar e orientar o possível. (E1)
A orientação e visualização dos procedimentos é tranquilo, mas muitas vezes os pais não querem ficar, eles mesmos não gostam e acabam saindo da unidade. (E4)

De encontro com este estudo, outro estudo destacou como desafio no processo de educação em saúde a restrição da relação entre profissionais e familiares de crianças internadas, comprometendo o vínculo, principalmente quando há insegurança e resistência dos pais quanto a assistência realizada pela equipe de enfermagem⁽¹⁹⁾.

A educação em saúde nesta instituição hospitalar envolve um processo orientativo e demonstrativo dos cuidados aos pais, que são realizados durante a assistência, conforme o desenvolvimento das crianças e suas demandas. Neste contexto, segue o relato da mãe **M7**, que acompanhou alguns cuidados realizados com o(a) filho(a) na unidade:

Eles realizam os procedimentos e cuidados com o bebê na nossa presença, explicando enquanto vão realizando os cuidados. É bem bom acompanhar, acabamos entendendo como funciona e como deve ser feito. (M7)

O processo educacional deve ser iniciado o mais breve possível na unidade de internação do RN⁽¹⁹⁾, entretanto, devido à complexidade e instabilidade de alguns bebês, poucos cuidados podem ser realizados pelos pais dentro da UTIN. Diante desta perspectiva, a instituição conta com a Unidade de Cuidados Intermediários (UCI), onde as mães e bebês são recebidos e acolhidos para a prática do Método Canguru e a realização dos cuidados de menor complexidade até a alta hospitalar. Como relatado pela enfermeira **E2**, é na UCI que acontece a inserção completa dos pais nos cuidados com o bebê:

Alguns procedimentos os pais acompanham, com o intuito de entenderem como funcionam, para depois, quando forem para a UCI, onde serão inseridos nos cuidados, eles entendam o processo. (E2)

Quando indagadas sobre se sentirem preparadas para o momento da alta hospitalar, as mães reforçaram dúvidas em muitos aspectos e demonstraram a espera dos ensinamentos sobre os cuidados com maior intensidade pela UCI, como se pode observar no relato abaixo:

Ainda não me sinto preparada, tenho muitas dúvidas, mas eu penso muito nisso, até já de ouvir as outras mães da UCI, acho que a equipe nos prepara para isso, e acho que os cuidados no outro ambiente são mais direcionados assim pra gente ter esta autonomia, mas eu acredito que já estou me preparando aqui na UTI. (M3)

A participação do enfermeiro na criação de um método educacional dentro da UTIN é crucial, a fim de reconhecer as demandas educativas dos familiares, com o intuito de sanar as dúvidas, anseios e dificuldades em relação ao entendimento dos cuidados prestados ao RN⁽²⁰⁾. Quando questionados sobre a utilização de material didático na unidade, os profissionais relataram não ter nenhum instrumento relacionado aos cuidados com o RN. Entretanto, enfatizaram a importância e a necessidade da produção deste tipo de material, como se pode observar nos relatos abaixo:

Eu acho que seria interessante ter algum material didático, que trate sobre questões de higiene corporal, coto e banho, eles questionam bastante. (E1) Acho que seria ótimo ter um material informativo, até cuidados com o coto, depois que cai o que se faz [...]. Eles questionam bastante sobre a questão da monitorização, também sobre a dieta por sonda, até questão de pomada, questão do leite ou fórmula, como armazenar, quanto tempo pode ficar na geladeira, esses cuidados básicos. (E3)

O material didático como estratégia educativa dentro do processo educacional auxilia de modo complementar ao método demonstrativo, implicando na melhora dos aspectos emocionais e na aquisição de conhecimento dos familiares⁽⁶⁾. A partir das sugestões dos enfermeiros da unidade, a pesquisadora do estudo elaborou um material didático, que contemplou os cuidados básicos com o recém-nascido e, desta forma, auxiliou como estratégia didática no processo de educação em saúde exercido nesta unidade neonatal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa evidenciou que a principal causa de internação dos recém-nascidos na UTIN no período do estudo foi a prematuridade, a qual transcendeu uma alta demanda de cuidados, sendo classificados, em sua maioria, em cuidados complexos. Também, que a educação em saúde dos pais de CRIANES internadas na UTIN desta instituição hospitalar é realizada ao longo da assistência, através de um processo dialógico e demonstrativo.

Entretanto, conforme os relatos dos participantes, a maior parcela deste processo é exercida na UCI, onde acontece a inserção completa das mães nos cuidados. A mãe foi evidenciada como cuidadora principal e presente durante todo o período de internação do(a)

filho(a) e, portanto, participante ativa do processo de aprendizagem dos cuidados com a CRIANE. De modo geral, a relação interpessoal entre os familiares e os profissionais enfermeiros da UTIN foi positiva, permeando uma boa comunicação, empatia e vínculo.

O processo educativo foi relatado pelos pais como um momento de superação e aprendizagem. Já os enfermeiros da UTIN destacaram como sendo desafios encontrados durante o processo de educação em saúde a falta de contato com alguns familiares, além do medo e insegurança apresentados pelos pais durante os cuidados com o RN. Com este estudo, foi possível compreender as reais necessidades, as dúvidas apresentadas por cada família envolvida neste processo e as ações de enfermagem. O acompanhamento dos cuidados ampliou a visão acadêmica, favoreceu o aprendizado e a intervenção da pesquisadora e proporcionou a elaboração de um material didático e orientativo sobre os cuidados básicos com o RN, apresentado à banca de Trabalho de Curso em Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC. Este estudo limitou-se perante a ausência de diagnósticos diferenciais para as CRIANES envolvidas na pesquisa, partindo do pressuposto de que estas eram prematuras e, no momento do estudo, necessitavam de cuidados complexos e contínuos. Diante disto, sugere-se novas pesquisas envolvendo diagnóstico diferencial e relacionando a classificação dentro do grupo CRIANES de acordo com as demandas de cuidados.

REFERÊNCIAS

- 1 Cruz CT, Zamberlan KC, Silveira A, Buboltz FL, Silva JH, Neves E. Atenção à criança com necessidades especiais de cuidados contínuos e complexos: percepção da enfermagem. *Rev Min Enferm [revista em Internet]*, 2017; 21: e-1005. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1005.pdf>. Acesso em 12/09/2021.
- 2 Silveira A. “O cuidado no cotidiano de adolescentes com necessidades especiais de saúde: implicações para a enfermagem” 2017. Tese. (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Área de Concentração: Cuidado, educação e trabalho em enfermagem e saúde, Linha de Pesquisa: Cuidado em Enfermagem e Saúde) – UFSM/RS, 2017. Disponível em: http://coral.ufsm.br/ppgenf/images/Doutorado/Teses/2017/Tese_Andressa_da_silveira.pdf. Acesso em 12/09/2021.
- 3 Goés FGB, Cabral IE. Discursos sobre cuidados na alta de crianças com necessidades especiais de saúde. *Rev. Bras. Enferm.* 2017. 25 (1). 154-161. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/zTcRKgGSmgSYHzTTjbZFgks/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 15/09/2021.
- 4 Barreiros CFC, Gomes MASM, Júnior SCSM. Criança com necessidades especiais de saúde: desafios do sistema único de saúde do século XXI. *Rev. Bras. Enferm.* Brasília, 2020. vol. 73. Pág. 1-5. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v73s4/pt_0034-7167-reben-73-s4-e20190037.pdf. Acesso em 16/09/2021.
- 5 Precce ML, Moraes JRMM. Processo educativo com familiares de crianças com necessidades especiais em saúde na transição hospital-casa. Rio de Janeiro. *Texto e Contexto Enferm.* 2020. vol. 29. pág: 1-14. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/fsNqCVqtcVzwPPSMb48PC7q/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 20/09/2021.
- 6 Santos AS, Rodrigues LN, Silva WCP da, Brito LLMS, Viana MCA, Chaves EMC. Educação em saúde na unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Enfermagem Atual.* 2019.89 (27). Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/35/499>. Acesso em 26/09/2021.
- 7 Bardin, Laurence. *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edições 70, 2016. 279 p.
- 8 Veronez M, Borghesan NAB, Corrêa DAM, Hlgarashl IH. Vivências de mães de bebês prematuros do nascimento a alta: notas de diário de campo. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2017. 38(2). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/qcc5DQtFFpSHjwdggWntS6j/abstract/?lang=pt>. Acesso em 20/10/2021.
- 9 Bassegio DB, Dias MPS, Brusque SR, Donelli TMS, Mendes P. Vivências de Mães e Bebês Prematuros durante a Internação Neonatal. *Temas psicol.* 2017. 25(1). Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2017000100010. Acesso em 25/10/2021.
- 10 Szewczyk MSC, Gomes GC, Pasini D, Severo DG, Costa APMS, Rosa GCM. Relações mãe-filho no contexto da prematuridade e a importância da enfermagem neonatal: revisão integrativa. *Research, Society and Development.* 2021; 10 (14). Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/21920/19473/263805>. Acesso em 25/10/2021.

- 11 Neves RS, Zimmemann J, Broering CV. UTI neonatal: o que dizem a mães. Rev. Psicologia e Saúde em Debate. v. 07. nº1, pág:187–214. Vale do Itajaí, 2021. Disponível em: <http://psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/728/477>. Acesso em 06/10/2021.
- 12 Souza SC, Medino YMS, Benevides KGCB, Ibiapina AS, Ataíde KMN. Fortalecimento do vínculo entre a família e o neonato prematuro. Rev Enferm UEPE online. 2019. 13(2):298-306. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1009888>. Acesso em 02/11/2021.
- 13 Camponogara S, Pinno C, Loiola CN, Oliveira CS, Moura LN, Dias GL. Percepções Familiares Sobre a Visibilidade do Enfermeiro Atuante em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Revista Contexto & Saúde. 2018. 18 (35). 104-110. Disponível em: <https://revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/7878>. Acesso em 02/11/2021.
- 14 Mendonça LCAM, Pedreschi JP, Barreto CA. Cuidados de enfermagem em uti neonatal. Revista Saúde em Foco. 2019. 11: 551-559. Disponível em: https://portal.unisepe.com.br/unifia/wpcontent/uploads/sites/10001/2019/05/049_CUIDADOS-DE-ENFERMAGEM-EM-UTI-NEONATAL.docx.pdf. Acesso em 13/11/2021.
- 15 Santos MSN, Rolim KMC, Albuquerque MF, Pinheiro CW, Magalhães FJ, Fernandes HIVM et al. Relação familiar na unidade de terapia intensiva neonatal: revisão integrativa. Enferm. Foco. 2018. 9 (1). 54-60. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1417>. Acesso em 17/11/2021.
- 16 Luz RT, Trindade TBS, Lima DS, Climaco LCC, Ferraz IS, Teixeira SCR et al. Importância da presença dos pais durante o internamento neonatal. Rev enferm UFPE online.2019;13:e239790. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/239790>. Acesso em 17/11/2021.
- 17 Ferreira DO, Silva MPC, Galon T, Goulart BF, Amaral JB, Contim D. Método canguru: percepções sobre o conhecimento, potencialidades e barreiras entre enfermeiras. Esc Anna Nery 2019; 23(4). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/CnCYL5xvtf5TsCQ4L59JP4k/?lang=pt>. Acesso em 20/11/2021.
- 18 Alcântara KL, Brito LLMS, Costa DVS, Melo AP, Barbosa LX, Melo CRD. Orientações familiares necessárias para uma alta hospitalar segura do recém-nascido prematuro: revisão integrativa. Rev. Enferm. UFPE on line. 2017. 11 (2): 645-55. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11984>. Acesso em 17/11/2021.
- 19 Oliveira JP, Silveira A, Silva EB, Buboltz FL, Neves ET. Cuidados de enfermagem a crianças/adolescentes com necessidades especiais de saúde hospitalizadas em unidade pediátrica. Research, Society and Development, Itajubá, 2021. v. 10, n. 3. Disponível em: <https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13054/11840>. Acesso em 20/11/2021.
- 20 Precce ML, Moraes JRMM, Pacheco STA, Silva LF, Conceição DS, Rodrigues ES. Demandas educativas de familiares de crianças com necessidades especiais de saúde na transição hospital casa. Rev. Bras. Enferm. 2020. 73 (Suppl 4): e20190156. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/hfg8KXwGPXJnbB6PFhb6P6n/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 20/11/2021.

ABSENTEÍSMO NO TRABALHO DA ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E IMPLICAÇÕES ASSISTENCIAIS: REVISÃO DA LITERATURA⁷⁰

Jordana Jahn Limberger⁷¹
Suzane Beatriz Frantz Krug⁷²
Luciane Maria Schmidt Alves⁷³
Vera Elenei da Costa Somavilla⁷⁴

RESUMO

Objetivo: investigar os fatores desencadeantes do absenteísmo no trabalho de profissionais de enfermagem atuantes em serviços de urgência e emergência e as implicações do mesmo para a qualidade da assistência de enfermagem. **Métodos:** trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com abordagem descritiva e qualitativa. O artigo seguiu as recomendações do guia internacional *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews*. Os estudos foram buscados na Biblioteca Virtual em Saúde e *Scientific Eletronic Library Online*. **Resultados:** foram analisados quatro artigos. A principal causa de afastamentos evidenciada foi a doença não relacionada ao trabalho, com prevalência média de 15 dias de afastamento. Redução da qualidade e riscos ao paciente foram as principais implicações na assistência de enfermagem, com inúmeras medidas destacadas para reduzir o absenteísmo. **Conclusões:** a partir dos estudos analisados, o principal fator causador de absenteísmo evidenciado foi a doença, também foi evidente que a assistência de enfermagem sofre implicações com a redução da qualidade da assistência prestada. Mostram-se necessárias estratégias institucionais visando minimizar o absenteísmo nas instituições.

Palavras-chave: Absenteísmo; Trabalho; Serviços Médicos de Emergência; Equipe de Enfermagem; Qualidade da Assistência à Saúde.

70 Artigo resultante de trabalho de conclusão de curso de graduação em enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).

71 Enfermeira, Graduada em Enfermagem pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Residente em Atenção Básica na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS). E-mail: jordanalimberger@mx2.unisc.br. ORCID: 0000-0002-0843-2890.

72 Enfermeira, Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC/RS), docente adjunta na Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). E-mail: skrug@unisc.br. ORCID: 0000-0002-2820-019X.

73 Enfermeira, doutora em Desenvolvimento Regional pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), docente adjunta na Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). E-mail: lucianealves@mx2.unisc.br. ORCID: 0000-0001-6707-220X.

74 Enfermeira, doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), docente adjunta na Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). E-mail: veras@unisc.br. ORCID: 0000-0001-9759-8659.

INTRODUÇÃO

Os profissionais de enfermagem, geralmente, constituem a maior parte da força de trabalho na área da saúde, sendo essenciais para o funcionamento de inúmeros serviços de saúde. Por profissionais de enfermagem compreendemos enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem⁽¹⁻³⁾. Entre as áreas de atuação dos profissionais de enfermagem está o trabalho em serviços de urgência e emergência (UE). Os atendimentos em serviços de urgência e emergência são realizados, especialmente, nos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Portas Hospitalares de Urgência e Emergência⁽⁴⁾.

O atendimento em serviços de UE exige uma alta demanda fisiológica (funções mecânicas, bioquímicas e físicas) e psicológica dos trabalhadores, uma vez que nestes serviços o trabalhador está exposto a rotinas e situações de dor e sofrimento, carga horária elevada, excesso de demanda de atendimento e superlotação dos serviços devido ao atendimento portas-abertas 24 horas por dia. Somado a isso, muitos serviços de atendimento de UE apresentam estrutura física precária, tecnologia insuficiente, déficit de equipamentos, de materiais e de Recursos Humanos, além de problemas no relacionamento interpessoal e competitividade entre a equipe. Esses fatores são geradores de grande estresse ocupacional para os trabalhadores que, em conjunto com o modo como as atividades são desenvolvidas no cotidiano do trabalho, aspectos individuais de cada profissional e recursos de apoio disponíveis, expressam a propensão dos profissionais de enfermagem para a ocorrência de absenteísmos entre a equipe⁽¹⁻³⁾.

O absenteísmo é caracterizado pela ausência do servidor em dias úteis previstos de trabalho, de forma justificada ou injustificada. O absenteísmo de profissionais de enfermagem desencadeia um processo de sobrecarga para a equipe e, assim, cria um círculo de afastamentos do trabalho. A frequência desses afastamentos afeta a qualidade do trabalho, reflete na baixa na qualidade da assistência aos pacientes e representa inúmeros prejuízos à instituição^(2,5-6).

Como evidenciado anteriormente, a enfermagem ocupa o maior espaço entre profissionais da área da saúde sendo, em decorrência, os profissionais mais ausentes no trabalho. Estas faltas podem demonstrar desmotivação, desestímulo e rejeição ao trabalho, por meio de inúmeros fatores que podem desencadear problemas de saúde ao trabalhador, custos à empresa e queda da qualidade do cuidado prestado. O absenteísmo está presente em inúmeras instâncias do setor de saúde, é de difícil controle e pouco monitorado e, por isso, merece ser reconhecido e discutido pelo meio científico e pela classe da enfermagem⁽³⁾.

Considerando o anteriormente exposto, este estudo tem como objetivo investigar os fatores desencadeantes do absenteísmo no trabalho de profissionais de enfermagem

atuantes em serviços de urgência e emergência e as implicações do mesmo para a qualidade da assistência de enfermagem.

MÉTODOS

O presente estudo tem como referência metodológica a revisão integrativa da literatura, que utiliza-se de literaturas preexistentes para a sintetização de uma nova obra.⁽⁷⁻⁸⁾ A pesquisa se deu em seis fases distintas: 1) identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; 2) o estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; 3) a definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; 4) a avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5) a interpretação dos resultados; e 6) a apresentação da revisão/síntese do conhecimento⁽⁷⁾.

Primeiramente, selecionou-se o tema e delineou-se a pergunta de pesquisa com o emprego da estratégia PICO (População, fenômeno de Interesse e Contexto). Definiu-se como População (P) os profissionais de enfermagem; para o Fenômeno de Interesse (I), as implicações para a qualidade da assistência de enfermagem e; o Contexto (Co), o trabalho em serviços de urgência e emergência. Desta forma, obteve-se a seguinte questão de pesquisa: Quais os fatores desencadeantes do absenteísmo no trabalho de profissionais de enfermagem atuantes em serviços de urgência e emergência e as suas implicações para a qualidade da assistência de enfermagem?

Na segunda fase, foram delimitados os fatores de inclusão e exclusão do estudo. Para integrar a pesquisa, os artigos deveriam estar indexados à base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) ou na *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), devendo ser artigos originais, publicados na íntegra, no período de 01 de janeiro de 2001 a 31 de agosto de 2021, podendo ser publicados na língua portuguesa, inglesa ou espanhola, em periódicos nacionais ou internacionais. Foram considerados como critérios de exclusão: artigos do tipo relato de experiência, estudo de caso, revisões de literatura, monografias, dissertações e teses.

Os descritores em português utilizados na busca de artigos foram: Absenteísmo, Trabalho, Serviços médicos de emergência, Equipe de Enfermagem, Cuidados de Enfermagem, Qualidade da Assistência à Saúde, em inglês foram: Absenteeism, Work, Emergency Medical Services, Nursing, Team, Nursing Care, Quality of Health Care, e em espanhol: Absentismo, Trabajo, Servicios Médicos de Urgencia, Grupo de Enfermería, Atención de Enfermería, Calidad de la Atención de Salud. Os descritores foram buscados no título, resumo ou nos descritores/palavras-chave, combinados e cruzados utilizando o operador booleano “and”. Os descritores foram validados nos Descritores em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual em Saúde (DeCS-BVS).

Para a coleta de dados, na terceira fase, foi elaborado um formulário de oito itens com as seguintes informações: identificação do estudo, objetivo, metodologia, fatores causadores de absenteísmo, tipos e frequência de absenteísmo, implicações para a assistência de enfermagem, agravos à saúde causadores de absenteísmo e estratégias institucionais de enfrentamento. Nesta fase, com o emprego dos descritores, realizou-se a busca dos artigos nas bases de dados selecionadas, e tal busca se deu em doze etapas, sendo necessária a realização de inúmeras buscas devido ao pequeno número de estudos encontrados, conforme elucidado no Quadro 1.

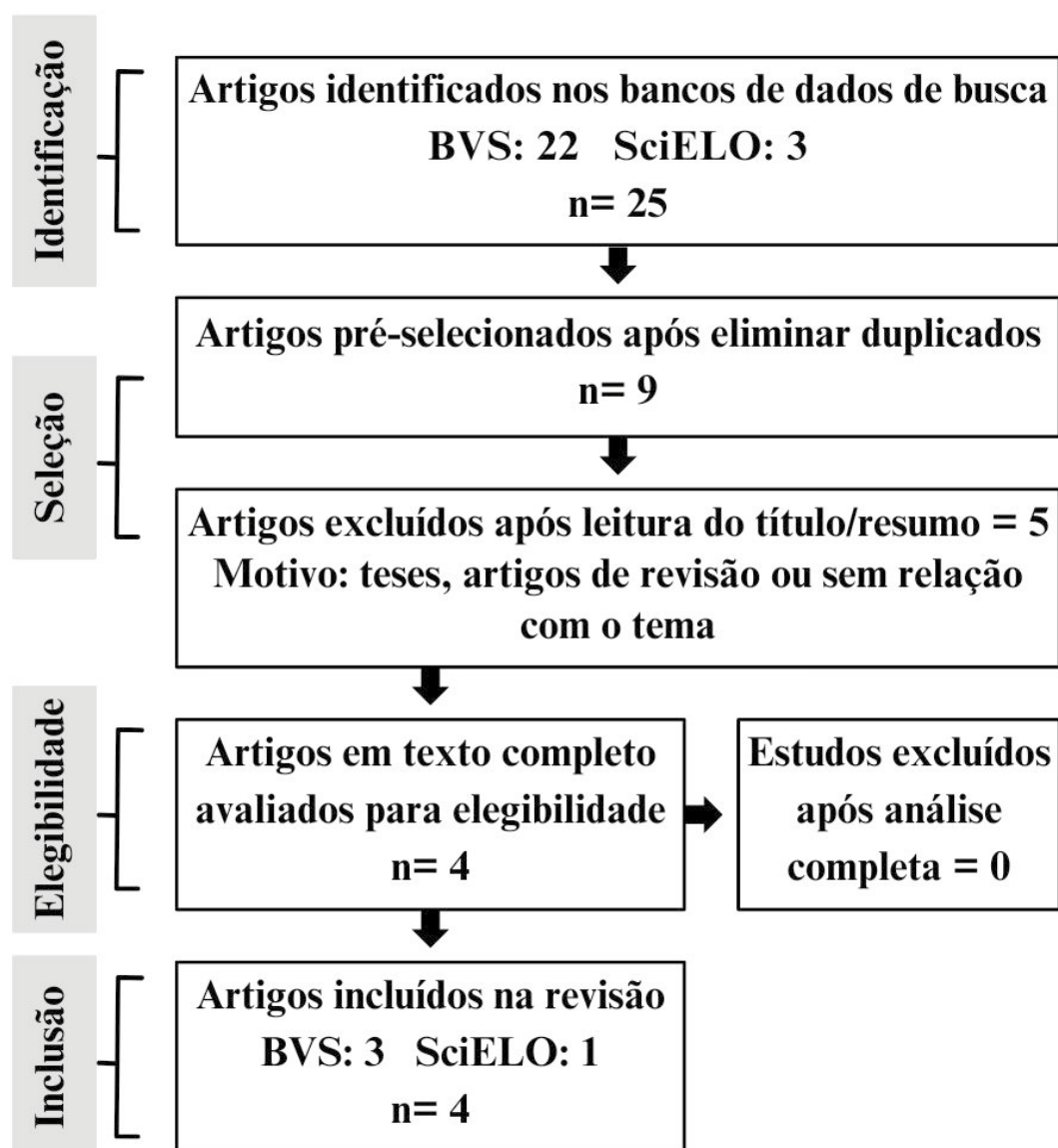
Quadro 1. Busca aos estudos com associação dos descritores

Busca com emprego dos descritores	BVS	SciELO
"Absenteísmo" AND "Trabalho" AND "Serviços Médicos de Emergência" AND "Equipe de Enfermagem" AND "Cuidados de Enfermagem" AND "Qualidade da Assistência à Saúde"	0	0
"Absenteísmo" AND "Trabalho" AND "Serviços Médicos de Emergência" AND "Equipe de Enfermagem" AND "Qualidade da Assistência à Saúde"	1	1
"Absenteísmo" AND "Serviços Médicos de Emergência" AND "Equipe de Enfermagem" AND "Qualidade da Assistência à Saúde"	1	1
"Absenteísmo" AND "Serviços Médicos de Emergência" AND "Equipe de Enfermagem"	3	1
"Absenteeism" AND "Work" AND "Emergency Medical Services" AND "Nursing, Team" AND "Nursing Care" AND "Quality of Health Care"	3	0
"Absenteeism" AND "Work" AND "Emergency Medical Services" AND "Nursing, Team" AND "Quality of Health Care"	3	0
"Absenteeism" AND "Emergency Medical Services" AND "Nursing, Team" AND "Quality of Health Care"	4	0
"Absenteeism" AND "Emergency Medical Services" AND "Nursing, Team"	5	0
"Absentismo" AND "Trabajo" and "Servicios Médicos de Urgencia" AND "Grupo de Enfermería" AND "Atención de Enfermería" AND "Calidad de la Atención de Salud"	0	0
"Absentismo" AND "Trabajo" AND "Servicios Médicos de Urgencia" AND "Grupo de Enfermería" AND "Calidad de la Atención de Salud"	0	0
"Absentismo" AND "Servicios Médicos de Urgencia" AND "Grupo de Enfermería" AND "Calidad de la Atención de Salud"	0	0
"Absentismo" "Servicios Médicos de Urgencia" and "Grupo de Enfermería"	2	0
Total	22	3

Fonte: dados coletados pelos autores.

Na quarta fase foi realizada a avaliação dos estudos. A seleção dos artigos se deu entre agosto e outubro de 2021 e o fluxo de busca aos estudos estão dispostos na Figura 1, a seguir, embasada no fluxograma de informações recomendado pelo método *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis* (PRISMA).

Figura 1. Fluxograma adaptado do PRISMA, aplicado para seleção dos estudos elegíveis



Fonte: dados coletados pelos autores.

Para a interpretação dos resultados, o que compreende a quinta fase do estudo, foi estabelecida a abordagem descritiva e qualitativa e a formulação de categorias temáticas através da recomendação PRISMA. Foram elaboradas as cinco categorias temáticas a seguir: 1) Determinantes causadoras do absenteísmo no trabalho da enfermagem em urgência e emergência; 2) Classificação do absenteísmo e sua frequência entre a equipe de enfermagem; 3) Agravos à saúde motivadores do absenteísmo dos profissionais de enfermagem; 4) Consequências do absenteísmo para a assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência; e 5) Estratégias institucionais para a minimização do absenteísmo.

Para a apresentação da revisão integrativa de literatura, na sexta fase, optou-se pela elaboração de dois quadros sinópticos, onde os dados foram analisados, comparados, descritos e organizados de forma a permitir uma melhor disposição e análise dos dados. As variáveis para compor o quadro foram as mesmas utilizadas na etapa três: identificação, objetivo, metodologia, fatores causadores de absenteísmo, tipos e frequência de absenteísmo, implicações para a assistência de enfermagem, agravos à saúde causadores de absenteísmo e estratégias institucionais de enfrentamento.

Embora o estudo se trate de uma pesquisa, este não necessitou de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, uma vez que se baseia em dados de livre acesso, não se tratando, portanto, de documentos que requeiram sigilo ético, e não envolve pesquisas com seres humanos.

RESULTADOS

A busca inicial nas bases de dados gerou um total de 25 publicações, cuja aplicação de filtros, exclusão de duplicatas e leitura completa gerou uma amostra final de quatro (4) artigos, conforme elucidado na Figura 1. Os quatro artigos selecionados passaram pelo processo de coleta de dados e foram, posteriormente, organizados e dispostos em dois quadros (Quadros 2 e 3), elaborados para facilitar a compreensão e análise dos dados. Os artigos foram identificados como A⁽⁹⁾, B⁽¹⁰⁾, C⁽²⁾ e D⁽¹¹⁾.

Dos artigos selecionados para integrar o estudo, três foram publicados em língua portuguesa e em revistas brasileiras e um em revista internacional e em língua inglesa, sendo este proveniente da Austrália. Todos os estudos englobaram enfermeiros como população alvo, três englobaram técnicos de enfermagem e dois os auxiliares de enfermagem. Os quatro estudos abordaram os fatores causadores de absenteísmo e implicações do absenteísmo para a assistência de enfermagem, três deles abordaram os tipos de absenteísmo e frequência, apenas dois versam sobre estratégias institucionais para controle do absenteísmo e sobre os agravos à saúde causadores de absenteísmo.

Quanto a metodologia dos estudos, três deles utilizaram uma abordagem transversal, sendo um deles, além de transversal, retrospectivo e descritivo-analítico, um estudo utilizou unicamente a abordagem descritiva como referência metodológica. Os cenários de estudo foram as portas abertas hospitalares, da rede pública e particular e as Unidades de Pronto Atendimento, que pertencem à rede pública de saúde. Nenhum estudo teve como cenário o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

A seguir, estão apresentados os estudos incluídos quanto a identificação (título, periódico, autores e ano de publicação), objetivo e metodologia (Quadro 2):

Quadro 2. Caracterização dos estudos quando a identificação, objetivo e metodologia

Identificação	Objetivo	Metodologia
A - “Pandemic (H1N1) 2009 Influenza in Australia: Absenteeism and redeployment of emergency medicine and nursing staff” publicado por Considine, J., et al. na Revista Emergency Medicine Australásia em 2011.	Examinar o impacto da Influenza Pandêmica (H1N1) 2009 na força de trabalho de enfermagem e medicina de emergência australiana, em específico absenteísmo e implantação.	Recorte de um estudo transversal com 618 profissionais de emergência de três faculdades na Austrália, realizada com 250 enfermeiros. A coleta se deu entre 1º de maio e 30 de setembro de 2009 de forma eletrônica, através de um questionário de texto livre.
B - “O absenteísmo e suas implicações para o cuidado de enfermagem em serviços de emergência” publicado por PINTO, I. C., et al. na Revista Eletrônica de Enfermagem em 2017.	Identificar a frequência do absenteísmo e seus determinantes em serviços de emergência.	Estudo transversal com 208 sujeitos, enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem, que trabalharam em algum serviço de UE de um município do sudeste brasileiro entre janeiro de 2010 e dezembro de 2013. Avaliados 5778 registros obtidos junto ao setor de Recursos Humanos municipal.
C - “Absenteeismo na equipe de enfermagem em serviços de emergência: implicações na assistência” publicado por FERRO, D. et al. na Revista Acta Paulista de Enfermagem em 2018.	Analisar a percepção da equipe de enfermagem sobre as condições geradoras de absenteísmo e suas implicações para a assistência em unidades de urgência e emergência.	Estudo descritivo com 40 sujeitos, enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem, atuantes há mais de um ano em um dos serviços de UE de Ribeirão Preto e não estavam em férias ou licença. Os dados foram coletados entre março e junho de 2014 por meio de entrevistas individuais semiestruturadas.
D - “Preditores associados ao absenteísmo-doença entre profissionais de enfermagem de um serviço hospitalar de emergência”, publicado por KUNRATH, et al. na Revista Gaúcha de Enfermagem em 2021.	Verificar os preditores associados ao afastamento da atividade laboral a partir de 15 dias, motivados por doença entre profissionais de enfermagem de um serviço hospitalar de emergência.	Estudo transversal, retrospectivo, descritivo-analítico, com 197 sujeitos, enfermeiros ou técnicos de enfermagem, afastado do trabalho de um Serviço de UE de um hospital público do Sul do Brasil, de janeiro de 2013 a dezembro de 2018 por doença. Foram analisados 2403 afastamentos, através de prontuários eletrônicos, em março de 2019.

Fonte: dados coletados pelos autores.

Já no quadro três, estão descritos os resultados dos artigos selecionados conforme categorias temáticas do estudo, entre elas os fatores causadores de absenteísmo, tipos e frequência de absenteísmo, implicações para a assistência de Enfermagem, agravos à saúde causadores de absenteísmo e estratégias institucionais de enfrentamento.

Quadro 3. Caracterização dos resultados quanto as categorias temáticas

Fatores causadores de absenteísmo	Tipos e frequência de absenteísmo	Agravos à saúde causadores de absenteísmo	Implicações na assistência de Enfermagem	Estratégias institucionais de enfrentamento
A - Doença pessoal (relacionada ou não a pandemia), estresse extremo, aumento da carga de trabalho, quarentena, motivos pessoais. Precarização da força de trabalho.	Doença não relacionada ao trabalho: 33 (45,2%), média de 2,13 dias. Licença familiar: 14 (19,17%), média de 2,71 dias. Não justificado: 26 ocorrências (35,6%), tempo de afastamento não avaliado.	Influenza A (H1N1) e síndrome gripal.	Redução da segurança do paciente, redução da qualidade assistencial, aumento da demanda de trabalho para a equipe.	Dispor de quadro de pessoal adequado.
B - Doença não relacionada ao trabalho, estresse e relações interpessoais difíceis, grande demanda de atividades, sobrecarga de trabalho, insatisfação profissional, ausência de plano de carreiras, ausência de planejamento estratégico e da gestão compartilhada entre o enfermeiro e sua equipe, vínculo trabalhista estatutário, patologia profissional, motivos pessoais, licenças gala, nojo, Prêmio, gestante, e para tratamento de saúde, prorrogação de licença maternidade, educação continuada, capacitações e suspensão disciplinar.	Doença: 2671 incidências (46,22%). Voluntário (licenças sem vencimento, faltas de turno integral, de meio período e de 1/3 de período): 1567 ocorrências (27,12%). Legal (licença de pessoa da família, falta abonada, Dispensa de ponto para atividades de capacitação, educação continuada ou para serviço estudantil, licenças gala*, nojo**, Prêmio***, gestante, prorrogação de 60 dias de licença gestante, férias e folgas): 1491 afastamentos (25,8%). Patologia profissional: 34 ocorrências (0,58%). Compulsório (suspensão disciplinar): 15 ocorrências (0,25%). Faltas com menos de 15 dias: 59,1%. Faltas de 15 dias: 14,75%. Faltas com mais de 15 dias: 6,7%.	Os autores não apresentam este item no estudo.	Redução da qualidade assistencial, aumento da demanda de trabalho para a equipe.	Os autores não apresentam este item no estudo.
C - Doença não relacionada ao trabalho, comunicação não efetiva, conflitos entre a equipe, ausência de plano de carreira, salário incoerente com a expectativa do trabalhador, falta de motivação, insatisfação profissional, vínculo empregatício estatutário e CLT, falta de segurança para trabalhar ou estrutura física inadequada, falta de materiais e equipamentos ou má qualidade deles, sobrecarga de trabalho por muita demanda ou falta de profissionais, associação de mais de um vínculo empregatício, motivos pessoais.	Absenteísmo não justificado e por doença não relacionada ao trabalho. Os autores não abordam frequência do absenteísmo.	Os autores não apresentam este item no estudo.	Redução da segurança do paciente, redução da qualidade assistencial, aumento da demanda de trabalho para a equipe.	Melhorar a comunicação e supervisionar a efetividade dela, dispor de políticas de planos de cargos e salários estruturados, melhorar a qualidade do vínculo empregatício, antes uma estrutura física e material adequados, avaliar periodicamente o desempenho dos trabalhadores.
D - Doenças não relacionadas ao trabalho.	Por doença não relacionada ao trabalho: afastamentos de até 14 dias: 91,5% dos casos, afastamentos por 15 dias ou mais: 8,5%.	Doenças clínicas, osteomusculares e psiquiátricas, cirurgias e causas não conhecidas.	Redução da qualidade assistencial, aumento da demanda de trabalho para a equipe.	Os autores não apresentam este item no estudo.

Fonte: dados coletados pelos autores.

*Licença gala: licença de até três dias consecutivos, em virtude de casamento⁽¹²⁾.

**Licença nojo: licença de até dois dias consecutivos, em caso de falecimento do cônjuge, ascendente, descendente, irmão ou pessoa que, declarada em sua carteira de trabalho e previdência social, viva sob sua dependência econômica⁽¹²⁾.

***Licença Prêmio: Após cada quinquênio de efetivo exercício, o servidor poderá, no interesse da Administração, afastar-se do exercício do cargo efetivo, com a respectiva remuneração, por até três meses, para participar de curso de capacitação profissional⁽¹³⁾.

Frente aos resultados evidenciados, estes serão agora discutidos de acordo com os objetivos previamente estabelecidos neste estudo, primordialmente caracterizando os sujeitos e após, discutindo os resultados de acordo com as categorias temáticas.

Quanto as características da equipe de enfermagem, houve predominância dos profissionais de nível médio, ou seja, técnicos e auxiliares de enfermagem, com grande prevalência de profissionais do sexo feminino. A idade dos sujeitos variou entre 31 e 47 anos, com média de idade de 39 anos. Sendo demonstrados vínculo de trabalho estatutário e CLT.

Estudos brasileiros demonstram resultados concordantes com o observado neste estudo, onde houve a presença majoritariamente feminina na força de trabalho.⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ A idade média dos trabalhadores observada nesta pesquisa foi de 39 anos. Outros estudos convergem com tal resultado⁽¹⁵⁻¹⁶⁾, entretanto, também foram encontradas divergências entre a literatura, sendo que a variável idade observada em um estudo com 62 técnicos de enfermagem de emergência demonstrou taxas elevadas de absenteísmo em sujeitos menores de 35 anos⁽¹⁷⁾, já em outro estudo, com amostragem de 300 profissionais de enfermagem, a faixa etária dos sujeitos foi variável, estando entre 25 e 70 anos⁽¹⁸⁾. O absenteísmo está intrinsecamente relacionado com a realidade de cada instituição, setor, equipe e profissional, por isso os resultados encontrados variam de acordo com cada grupo estudado⁽¹¹⁾.

Determinantes causadores do absenteísmo no trabalho da enfermagem em urgência e emergência

Da totalidade dos estudos, podemos observar a prevalência de afastamentos motivados por doença não relacionada ao trabalho, entre elas doenças clínicas, osteomusculares e psiquiátricas, sendo este o principal motivo de afastamento nos quatro artigos analisados, fazendo com que esse seja o determinante principal para que os trabalhadores de enfermagem atuantes em urgência e emergência faltem ao trabalho⁽⁹⁻¹¹⁾.

O absenteísmo por motivo de doença no trabalho de profissionais de enfermagem, especialmente os atuantes em urgência e emergência, é desencadeado pelo próprio processo de trabalho, pois os profissionais expostos a más condições de trabalho se encontram mais suscetíveis a desenvolver doenças e, conseqüentemente, a se ausentarem do trabalho, sendo a sobrecarga de trabalho um dos principais determinantes do adoecimento.⁽¹⁵⁾ Os achados da literatura acordam com este resultado. Um estudo com técnicos de Enfermagem atuantes em Pronto Atendimento demonstrou a doença como principal motivo autorreferido para o absenteísmo⁽²⁰⁾. Outras pesquisas brasileiras realizadas com a

equipe de enfermagem também observaram a doença como principal preditor associado ao absenteísmo⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Quanto às evidências de alta demanda de trabalho, precarização da força de trabalho, relações interpessoais difíceis, comunicação não efetiva e conflitos entre a equipe, estes fatores estão intrinsecamente relacionados com o estresse do trabalhador. O estresse excessivo, vivenciado pelos trabalhadores, está associado ao surgimento de doenças físicas e mentais, e interfere diretamente na capacidade laboral, produtividade, bem-estar e qualidade de vida, levando o trabalhador ao absenteísmo. Ao analisarmos a literatura, observamos a evidência de estresse, a alta demanda de trabalho, a falta de comunicação, relações interpessoais difíceis e a precarização de recursos como causadores de absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem^(5,20-22).

Classificação do absenteísmo e sua frequência entre a equipe de enfermagem

Os estudos analisados foram classificados quanto a absenteísmo doença, absenteísmo voluntário e absenteísmo legal, especialmente. O maior número de afastamentos foi ocasionado pelo absenteísmo doença, sendo este doença sem relação com o trabalho. Seguido do absenteísmo doença, teve-se o absenteísmo voluntário, gerado por licenças sem vencimento, faltas de turno integral, de meio período e de 1/3 de período. O absenteísmo legal também foi prevalente, ocasionado por licença de pessoa da família, falta abonada, dispensa de ponto para atividades de capacitação, educação continuada ou para serviço estudantil, licenças gala, nojo, prêmio, gestante, prorrogação de 60 dias da licença gestante, férias e folgas⁽⁹⁻¹¹⁾.

Diferentes investigações apontaram o predomínio de absenteísmo doença entre profissionais de enfermagem^(15,17,20). Em contrapartida, um estudo brasileiro demonstrou divergência entre os resultados encontrados neste estudo. Os autores observaram o maior número de afastamentos por causas previstas, entre elas folga semanal e férias, e somente após foram relatadas as faltas por licença médica e licença maternidade⁽²³⁾.

Foram prevalentes, em todos os estudos, as faltas de curta duração, de até 15 dias. Este dado pode ser justificado pela legislação previdenciária, que prevê que um funcionário pode se afastar do trabalho por motivo de doença, em um prazo de até 15 dias, sem sofrer perda remuneratória⁽¹⁸⁾. Na literatura podemos observar estudos que corroboram com tal resultado^(18,23). Em contrapartida, um estudo refere uma média de 42 dias de afastamentos por doença, 111 dias por licença médica, 25 dias por acidente de trabalho, 150 dias por acidente que resultou em politraumatismo e um dia por doença na família, superior ao encontrado em demais estudos. A média de afastamentos, portanto, apresenta variações especialmente a depender de seu tipo⁽¹⁷⁾.

Agravos à saúde motivadores do absenteísmo dos profissionais de enfermagem

Dois estudos abordaram agravos a saúde que motivaram a falta dos trabalhadores de enfermagem. No estudo A, os agravos evidenciados foram Influenza A H1N1 e síndrome gripal. Este estudo utilizou como fenômeno de interesse o trabalho em meio a pandemia de H1N1, sendo um contexto pontual e pouco comum⁽⁹⁾. Já no artigo D, foram observados os seguintes agravos: doenças clínicas, seguido de doenças osteomusculares, doenças psiquiátricas, causas cirúrgicas e outras causas não conhecidas⁽¹¹⁾. Os afastamentos por Influenza A H1N1 ocorreram, neste caso, pela exposição à doença em seu ápice de transmissão, durante uma pandemia, com risco elevado pela exposição laboral a pacientes infectados. Já os afastamentos por síndrome gripal se devem à semelhança entre o quadro clínico de síndrome gripal e Influenza A H1N1⁽²⁴⁻²⁵⁾. São muitas as causas consideradas clínicas, dificultando o estabelecimento de umnexo causal com o trabalho em serviços de urgência e emergência, entretanto, o estresse intenso sofrido deixa o trabalhador mais suscetível a problemas cardiovasculares e a exposição a patógenos propicia a aquisição de doenças⁽¹¹⁾.

As doenças osteomusculares são um importante causador de absenteísmo, com acometimento especialmente de região lombar, e os distúrbios osteomusculares são as causas que apresentam maior tempo de recuperação e reincidência, estando relacionados ao maior tempo de afastamento^(11,26). Nos trabalhadores de urgência e emergência, os principais distúrbios psiquiátricos evidenciados foram a depressão, a ansiedade, os transtornos de humor e também a síndrome do esgotamento profissional (*Burnout*). As causas cirúrgicas, por sua vez, não tiveram sua relação estabelecida no estudo^(11,27).

Analisando a literatura, observa-se uma escassez de estudos recentes especificando os agravos causadores de doença em serviços de urgência e emergência, sendo sua grande maioria generalista ao trabalho da equipe de enfermagem. Nestes casos, foram encontrados resultados semelhantes aos deste estudo, onde foram apontadas as doenças osteomusculares, especialmente distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT), como dorsalgias e lesões por esforço repetitivo (LER), e também doenças psiquiátricas, especialmente a depressão, a ansiedade e os transtornos de humor^(18,26,28-29).

Quanto às doenças clínicas, foram observadas inúmeras causas, estas diferentes em cada estudo, o que pode ser justificado pelas diferentes exposições dos trabalhadores, conforme unidade, instituição e seus hábitos de vida, o que leva a diagnósticos diferentes, conforme grupo de estudo^(15,18,26,28-29).

Consequências do absenteísmo para a assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência

As consequências impostas à assistência de enfermagem observadas neste estudo foram semelhantes entre as pesquisas selecionadas, sendo evidenciada a redução da qualidade assistencial, a redução da segurança do paciente e o aumento da demanda de trabalho para a equipe como principais consequências do absenteísmo para a assistência de enfermagem⁽⁹⁻¹²⁾.

O trabalho dos profissionais de enfermagem é braçal e intenso, agravado em serviços de urgência e emergência pela sua superlotação e pela criticidade de muitos casos, e este cenário atinge intrinsecamente as ações direcionadas ao cuidado do paciente, ao estar exigindo daqueles que estão presentes agilidade na execução de um número superior de tarefas, pois com a falta de profissionais na equipe, os trabalhadores acabam assumindo mais afazeres ao manter um maior número de pacientes sobre seu cuidado direto. O trabalho passa, então, a acontecer de forma mecânica, sem tempo para se desenvolver conhecimentos, competências e habilidades, o que afasta o profissional de enfermagem do cuidado ao paciente. Isso leva à redução da qualidade assistencial e expõe o paciente a inúmeros riscos assistenciais, como infecções relacionadas a assistência à saúde, quedas, lesão por pressão, entre outros⁽²⁰⁻²²⁾.

O grande quantitativo de pacientes associado à insuficiência de espaço físico, de materiais e equipamentos também demonstra a propensão a falhas na assistência e a baixa qualidade assistencial, uma vez que não se tenha local e materiais adequados para que a assistência seja realizada com qualidade⁽²⁰⁾. Estudos nacionais concordam que a redução da qualidade assistencial, a redução da segurança do paciente e o aumento da demanda de trabalho são consequências impostas à assistência de enfermagem devido ao absenteísmo de trabalhadores⁽²⁰⁻²²⁾. Para além dos fatores observados, um estudo que avaliou causas e consequências do absenteísmo de enfermagem evidenciou que o cenário de trabalho contribui para a elevação dos índices já existentes e, quando há falta de um trabalhador, os fatores estressores do trabalho se sobressaem, gerando um círculo de afastamentos entre a equipe⁽²²⁾.

Estratégias institucionais para minimização do absenteísmo

Dois artigos estipularam estratégias para a redução do absenteísmo nas instituições e, entre elas, foram evidenciadas a disposição adequada de quadro de pessoal, a melhoria da comunicação e supervisão da sua efetividade, melhora da qualidade do vínculo empregatício através da disposição de políticas de planos de cargos e salários, fornecimento de recursos adequados, sejam eles físicos e materiais e, por fim, a avaliação periódica de desempenho dos trabalhadores^(3,9).

A disposição adequada de pessoal é imprescindível para a prestação adequada da assistência de enfermagem e para a saúde do trabalhador. É essencial que as instituições mantenham um quadro de pessoal planejado para suprir a necessidade de cobertura de faltas previstas e não previstas, a fim de evitar o aumento da carga de trabalho e, por consequência, o estresse e o adoecimento físico e mental do trabalhador⁽³⁰⁾. Através da comunicação, é possível melhorar o desempenho dos funcionários, desenvolvendo responsabilidade, compromisso, cooperação, solidariedade e dedicação. A instituição pode estipular a realização de reuniões periódicas entre profissionais de diferentes hierarquias, mantendo sempre os canais de comunicação abertos entre profissionais da instituição⁽³⁰⁻³¹⁾. O aprimoramento do vínculo empregatício também foi considerado determinante para a redução do absenteísmo. Através do plano de cargos e salários pode-se estabelecer uma política salarial que permite o crescimento dos colaboradores de acordo com seus desempenhos e aptidões. Desta forma, os funcionários criam uma perspectiva de crescimento na instituição, exercem sua função com maior satisfação, motivação e menos faltas⁽³⁰⁻³¹⁾. A oferta de recursos materiais e físicos reflete diretamente no desgaste físico e mental dos trabalhadores e na desmotivação da equipe, por isso é essencial que as instituições mantenham recursos adequados para o trabalho, o que reflete diretamente na qualidade da assistência e na satisfação em trabalhar⁽³⁰⁻³¹⁾. Já a avaliação de desempenho dos trabalhadores permite que sejam identificados os problemas presentes na instituição, podendo, assim, ser identificados os fatores causadores de absenteísmo e estabelecidas estratégias pontuais para sua redução, viabilizando melhorias de remuneração, promoção, treinamento e outras estratégias que motivam o trabalhador⁽³²⁾.

A literatura pontua que estudar os motivadores de absenteísmo seja a estratégia inicial e principal pois, a partir daí, será possível estabelecer estratégias com foco na melhoria do problema^(15,17-18). Estudos apontam, ainda, outras estratégias que podem ser adotadas, entre elas o acompanhamento do trabalhador afastado, traçando-se o perfil dos problemas apresentados para que possamos buscar soluções e alternativas, o treinamento contínuo da equipe, a oferta de boas refeições e a criação de espaços de descanso para o colaborador, visando o bem-estar do mesmo^(21,32).

CONCLUSÕES

Frente ao objetivo deste estudo, foi possível concluir que são muitos os fatores causadores de absenteísmo e que eles sofrem variação de acordo com as relações de trabalho estabelecidas em cada instituição, setor de trabalho e com os fatores intrínsecos ao trabalhador. O único fator causador evidenciado em todos os estudos foi a doença, especialmente de cunho clínico sistêmico, osteomuscular e psiquiátrico. Quanto ao objetivo de investigar

as implicações do absenteísmo para a qualidade da assistência de enfermagem, foi evidente neste estudo que, com o absenteísmo de profissionais da equipe, a assistência de enfermagem sofre queda na qualidade do cuidado prestado, em especial devido à sobrecarga de trabalho, que limita o trabalhador e acarreta inúmeros riscos assistenciais para os pacientes.

Para que se possa amenizar o absenteísmo nas instituições, é necessário averiguar os fatores causadores de absenteísmo na instituição e no setor específico, a fim de se estabelecer medidas com foco no problema. A comunicação, a disposição adequada de quadro de pessoal e recursos, a melhora da qualidade do vínculo empregatício, com criação de plano de carreiras e fixação de salários e a avaliação periódica de desempenho dos trabalhadores, se mostraram como estratégias eficientes para a redução do absenteísmo nos serviços e setores de urgência e emergência estudados.

Desta forma, sugere-se estudos futuros ampliando a amostra e considerando a equipe multiprofissional, bem como estudos focados no manejo do absenteísmo diante de estratégias institucionais para que, desta forma, as instituições tenham maior subsídio teórico para a implementação de ações para a redução do absenteísmo.

REFERÊNCIAS

- 1 Bordignon M, Monteiro MI. Problemas de saúde entre profissionais de enfermagem e fatores relacionados. *Enfermería Global*. 2018;17(3):435-469. doi: 10.6018/eglobal.
- 2 Ferro D, Zacharias FC, Fabríz LA, Schonholzer TE, Valente SH, Barbosa SM, et al. Absenteísmo na equipe de enfermagem em serviços de emergência: implicações na assistência. *Acta Paul Enferm*. 2018;31(4):399-408. doi: 10.1590/1982-0194201800056.
- 3 Quinelato H, Guzman RSR, Silva CA, Quinelato V. Absenteísmo na equipe de enfermagem: um panorama geral. *SALUSVITA* [Internet]. 2020, [acesso em 2021 abr 06];39(3):925-942. Disponível em: https://secure.unisagrado.edu.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita_v39_n3_2020/salusvita_v39_n3_2020_art_18.pdf
- 4 Ministério da Saúde (BR). Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília (DF): Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada; 2013. [acesso em 2021 abr 09]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf
- 5 Brey C, Miranda FMD, Haeffner R, Castro IRS, Sarquis LMM, Fell VE. O absenteísmo entre os trabalhadores de saúde de um hospital público do sul do Brasil. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*. 2017;7(e1135):1-10. doi: 10.19175/recom.v7i0.1135.
- 6 Santi DB, Barbieri AR, Cheade MFM. Absenteísmo-doença no serviço público brasileiro: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*. 2018;16(1):71-81. doi: 10.5327/Z1679443520180084.
- 7 Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Manual: revisão bibliográfica sistemática integrativa: a pesquisa baseada em evidências [Internet]. Belo Horizonte (MG): Grupo Ânima Educação; 2014. [acesso em 2021 abr 09]. Disponível em: http://biblioteca.cofen.gov.br/wpcontent/uploads/2019/06/manual_revisao_bibliografica-sistemica-integrativa.pdf
- 8 Sousa LMM, Marques-Vieira CMA, Severino SSP, Antunes AV. A metodologia da revisão integrativa da literatura em enfermagem [Internet]. 2017. [acesso em 2021 abr 07]; 2017;1(21):17-26. Disponível em: <http://www.sinaisvitalis.pt/images/stories/Rie/RIE21.pdf#page=17>
- 9 Considine J, Shaban RZ, Patrick J, Holzhauser K, Aitken P, Clark M et al. Pandemic (H1N1) 2009 influenza in Australia: absenteeism and redeployment of emergency medicine and nursing staff. *Emergency Medicine Australasia*. 2011;23(5):615-623. doi: 10.1111/j.1742-6723.2011.01461.x.
- 10 Pinto IC, Figueira BPG, Ferro D, Zacharias FCM, Gomide MFS, Arcêncio RA. O absenteísmo e suas implicações para o cuidado de enfermagem em serviços de emergência. *Rev. Eletr. Enf*. 2017; 19:1-9. doi: 0.5216/ree.v19.40332.
- 11 Kunrath GM, Santarem MD, Oliveira JLC, Machado MLP, Camargo MP, Rosa NG et al. Preditores associados ao absenteísmo-doença entre profissionais de enfermagem de um serviço hospitalar de emergência. *Revista Gaúcha de Enferm*. 2021;42(e20190433):1-8. doi: 10.1590/1983-1447.2021.20190433.

- 12 BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Artigo 473 do Decreto Lei nº 5.452 de 01 de Maio de 1943. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452compilado.htm
- 13 BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 9.527, de 10.12.97 Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8112cons.htm
- 14 Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 543/2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html Acesso em 05/11/2021
- 15 Santana NP, Funghetto SS, Volpe CRG, Stival MM, Lima LR. Avaliação do absenteísmo da equipe de enfermagem no contexto hospitalar de um pronto socorro público. REVISA. 2021;10(3):583-95. doi: 10.36239/revisa.v10.n3.p583a595
- 16 Silva JSC, Feltrin JO, Schwalm MT, Correa SM. Principais fatores de absenteísmo na enfermagem de um hospital de médio porte do sul catarinense. RIES [Internet]. 2018. [acesso em 2021 nov 12];7(1):319-334. Disponível em: <https://periodicos.uniarp.edu.br/index.php/ries/article/view/1347/815>
- 17 Oliveira PB, Coca LN, Spiri WC. Associação entre absenteísmo e ambiente de trabalho dos técnicos de enfermagem. Esc. Anna. Nery. 2021;25(2):1-7. doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2020-0223.
- 18 Pereira EAA, Velasco AR, Hanzelmann RS, Ferreira GC, Peregrino AAF, Passos JP. Custo do absenteísmo dos profissionais de enfermagem de um hospital universitário. Epitaya. 2020;1(11):19-32. doi: 10.47879/ed.ep.2020137p19.
- 19 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estatísticas de gênero 2010. Rio de Janeiro; 2010. [acesso em 2021 nov 10]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/?loc=0&cat=-1,1,2,-2,-3,128&ind=4726>
- 20 Peres RB, Alves M, Amorim SM. Absenteísmo entre técnicos de enfermagem de uma unidade de pronto atendimento. Rev. Gestão & Saúde. 2020;11(2):195-210. doi: 10.26512/gsv.11i2.29163.
- 21 Cunha JA, Freire IS, Piau TB. Estresse laboral da equipe de enfermagem nos serviços de urgência e emergência. Revista de Enfermagem [Internet]. 2021 [acesso em 2021 nov 19];14(14):64-79. Disponível em: <http://ocs.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermagem/article/view/3835/3127>
- 22 Santo SE, Assis MA. Absenteísmo entre os trabalhadores da enfermagem: causas e consequências. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação. 2021;7(8):466-486. doi: 0.51891/rease.v7i8.1970.
- 23 Trettene AS, Razera APR, Beluci ML, Prado PC, Mondini CCSD, Spiri WC. Absenteísmo e índice de segurança técnica da equipe de enfermagem de um hospital terciário. Rev Esc Enferm USP. 2020;54(e03585):1-8. doi: 10.1590/S1980-220X2018036003585.
- 24 Teixeira CME, Madruga GAM, Medeiros GBS, Leite Filho JGTM, Duarte SSM. Análise comparativa das pandemias COVID-19 e H1N1. Braz. J. Hea. Rev. 2020;3(2):3591-3595. doi: 10.34119/bjhrv3n2-188.

- 25 Boszczowski, I. Comissões de controle de infecção hospitalar em tempos de pandemia. p. 148 [acesso em 2021 nov 19]. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/03/1150769/covid-19-volume5.pdf#page=149>
- 26 Souza YM, Pai DD, Junqueira LM, Macedo ABT, Tavares JP, Chaves EBM. Caracterização dos trabalhadores da enfermagem afastados por distúrbios osteomoleculares em hospital universitário. *Rev. Enferm. UFSM – REUFSM*. 2020;10(e10):1-17. doi: 10.5902/217769236767.
- 27 Macedo ABT, Antonioli L, Dornelles TM, Hansel LA, Tavares JP, Souza SBC. Estresse psicossocial e resiliência: um estudo em profissionais da enfermagem. *Rev. Enferm. UFSM – REUFSM*. 2020;10(e25):1-17. doi: 10.5902/2179769235174.
- 28 Alban, LL, Carvalho M, Carvalho AC. Motivos de absenteísmo-doença entre trabalhadores de enfermagem no Brasil: uma revisão integrativa. *Rev Bras Med Trab*. 2021;19(3):351-362. doi: 10.47626/1679-4435-2021-629.
- 29 Ito GM, Arenas MVS. Absenteísmo entre os profissionais de enfermagem: revisão integrativa sobre o assunto. *Brazilian Journal of Development*. 2021;7(11): 106117-106133. doi: 10.34117/bjdv7n11-312.
- 30 Mendes NCF, Lima DV, Pereira JM. O impacto do absenteísmo-doença nas despesas do regime geral da previdência social do Brasil. *Revista Eletrônica de Estratégia & Negócios*. 2018;11(1):100-121. doi: 10.19177/reen.v11e02018101-121.
- 31 Danno CH, Lemes RB, Guinossi LGO. Actions to reducing the indicator absenteeism in hospitalization units, an experience report. *Reon Facema* [Internet]. 2018 Abr-Jun [cited 2021 Nov 23];4(2):1128-1133. Available from: <https://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/download/410/240>
- 32 Ceribeli HB, Pereira MR, Rocha GBS. Avaliação de desempenho nas organizações: um estudo multicaso. *Pretexto*. 2019;20(2):11-31. doi: 10.21714/pretexto.v20i2.3339.

DIRETRIZES AOS AUTORES

Dagmar Elaine Kaiser⁷⁵

Rita Catalina Aquino Caregnato⁷⁶

Janete de Souza Urbanetto⁷⁷

Neila Santini de Souza⁷⁸

Dagma Gonçalves Rosa⁷⁹

Rosalia Figueiró Borges⁸⁰

Leni Dias Weigelt⁸¹

1 ESCOPO E POLÍTICA

Os manuscritos indicados pelos cursos de Graduação em Enfermagem como os melhores Trabalhos de Conclusão de Cursos (TCCs) devem ser submetidos em português, não podendo ter sido submetidos a outros periódicos.

O conteúdo das informações contido nos textos, incluindo as referências, é de responsabilidade exclusiva dos autores e não refletem a opinião dos editores da Associação Brasileira de Enfermagem - Seção Rio Grande do Sul (ABEn-RS).

A premiação dos melhores Trabalhos de Conclusão de Cursos - TCCs - de Enfermagem adota o sistema de avaliação por pares (peer-review), omitindo os nomes dos autores e dos pareceristas Ad hoc em todo o processo avaliativo e adequação teórico-metodológica do manuscrito.

A decisão final quanto a publicação compete à Comissão de Editoração da ABEn-RS. No caso dos manuscritos aceitos para publicação, os direitos autorais são transferidos para a Editora da ABEn-RS.

A Editora apoia os princípios da Declaração de Helsinque e exige que os autores dos manuscritos submetidos tenham obtido aprovação ética e adotado as exigências legais para pesquisas envolvendo seres humanos, incluindo o consentimento informado dos participantes, de acordo com procedimentos de sua instituição e de seu país. Em conformidade com as resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde do Brasil, as pesquisas que envolvem seres humanos devem ser

75 Diretora de Educação da ABEn-RS. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem/Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, Porto Alegre, RS.

76 Coordenadora do Curso de Graduação de Enfermagem/Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA, Porto Alegre, RS.

77 Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem/Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, Porto Alegre, RS.

78 Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem/Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, Campus Palmeira das Missões, RS.

79 Diretora da Faculdade Moinhos de Vento. Pesquisadora da Universidade La Salle – Canoas, RS.

80 Vice-Presidente da ABEn-RS. Curso de Graduação em Enfermagem/Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, Campus Porto Alegre, RS.

81 Docente do Curso de Graduação em Enfermagem/Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, Santa Cruz, RS.

aprovadas por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>

O processo de avaliação dos manuscritos compreende as etapas de pré-avaliação, **encaminhamento e monitoramento da avaliação, avaliação pelos pareceristas, reformulações do manuscrito pelos autores, avaliação da Comissão de Editoração e comunicação da decisão aos autores e editoração do artigo, definição da publicação e publicação online.**

O manuscrito enviado que não cumprir as normas, por incompletude ou inadequação, será devolvido antes mesmo de ser submetido à avaliação pelo parecerista. O manuscrito será avaliado por dois pareceristas e, quando houver necessidade, será encaminhado para um terceiro. Os pareceres dos avaliadores serão disponibilizados para o autor responsável pela submissão e este terá o prazo de quinze dias para atender as solicitações requeridas. Se o manuscrito não for enviado no prazo, o artigo será arquivado e os autores serão comunicados.

2 INDICAÇÃO DE TRABALHOS POR CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

- a) Um artigo decorrente de TCC relacionado à área hospitalar, em formato de artigo;
- b) Um artigo decorrente de TCC relacionado à atenção primária à saúde, em formato de artigo.

3 SEÇÕES DO E-BOOK

Editorial: é texto de responsabilidade da Comissão de Editoração da ABEN-RS, que poderá convidar autoridades para redigi-lo. O editorial deverá obedecer ao limite de uma página.

Artigos originais: são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original e inédita. Devem obedecer à seguinte estrutura: o **título** deve ser apresentado no idioma do manuscrito e contemplar o idioma português, composto até 15 palavras. O **resumo** deve ser exibido com até 300 palavras, em português. Ao final deste, apresentar de três a cinco **palavras-chave** entre descritores (<http://decs.bvs.br>) e termos MeSH (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>). A **introdução** deve apresentar a revisão da literatura pertinente, relevante e atualizada, justificativa, questão norteadora, bem como o objetivo. Os **métodos/metodologia** empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa. Informar os detalhes dos aspectos éticos em pesquisa (é obrigatório enviar o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos como documento suplementar). Os **resultados** devem

ser descritos em sequência lógica. Quando apresentar tabelas e ilustrações, o texto deve complementar e não repetir o que está descrito nestas. A **discussão**, que pode ser redigida junto com os resultados nos estudos de abordagem qualitativa, deve desenvolver a argumentação crítica dos resultados, com o apoio na literatura e a interpretação dos autores. As **conclusões/considerações finais/contribuições para a Enfermagem** devem destacar os achados mais importantes, comentar as limitações e implicações para novas pesquisas. Devem obedecer ao limite de 15 **páginas no total do artigo (títulos, resumos, palavras-chave, corpo do artigo, ilustrações e conter 20 referências, no máximo)**.

Artigos de revisão sistemática: são contribuições cujo método de pesquisa é conduzido por meio da síntese de resultados de estudos originais quantitativos, que têm por objetivo responder a uma questão específica e de relevância para a Enfermagem ou para a saúde. Os procedimentos metodológicos deverão ser descritos, detalhadamente, em todas as suas etapas no que se referem à busca dos estudos originais, critérios de inclusão e exclusão, testes preliminares e de níveis de evidência, segundo o referencial teórico metodológico adotado. A revisão sistemática poderá se caracterizar em metanálise e/ou metassíntese, dependendo do tipo de abordagem metodológica do manuscrito e do objetivo do estudo. Os procedimentos metodológicos deverão ser detalhados em todas as etapas preconizadas pelo referencial primário adotado (<http://www.prisma-statement.org/statement.htm>). Devem obedecer ao limite de 15 páginas no total do artigo (títulos, resumos, palavras-chave, corpo do artigo e ilustrações), não possuindo limite de referências;

Artigos de revisão integrativa: são contribuições cujo método de pesquisa é conduzido por meio da síntese e comparação de resultados de estudos quantitativos, qualitativos, mistos e reflexões teóricas criticamente sustentadas. Seu objetivo é responder questões norteadoras específicas, que expressem o estado da arte e/ou as lacunas do conhecimento em relação a fenômenos relevantes para a Enfermagem e/ou saúde. Os procedimentos metodológicos deverão ser detalhados em todas as etapas preconizadas pelo referencial primário adotado. Devem obedecer ao limite de 15 páginas no total do artigo (títulos, resumos, palavras-chave, corpo do artigo e ilustrações), não possuindo limite de referências;

Artigos de reflexão: são formulações discursivas críticas, fundamentadas teórica e filosoficamente sobre temas atuais e de interesse para a Enfermagem, em seus diferentes campos. Devem obedecer ao limite de 10 páginas no total do artigo (títulos, resumos, palavras-chave, corpo do artigo, ilustrações e conter 15 referências no máximo);

Estudos de caso: são contribuições descritivas e contextualizadas, complementada por análise crítica fundamentada, a partir de um caso, situação, procedimento, experiência ou inovação, podendo ser na área do cuidado, do ensino, da gestão ou da pesquisa. Devem conter título; resumo; palavras-chave; introdução, objetivo, estratégia de busca na literatura;

exposição do caso, técnica ou situação; discussão fundamentada na literatura; conclusão e referências. Permite-se a inclusão de figuras, tabelas, gráficos e ilustrações. Tratando-se de relato de caso clínico, é obrigatório enviar o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos como documento suplementar. Devem obedecer ao limite de 10 páginas no total do artigo, incluindo no máximo 15 referências;

Relatos de experiência: são descrições de vivências acadêmicas ou assistenciais individuais ou de grupos relacionadas ao cuidado, ensino, pesquisa e gestão/gerenciamento no campo da saúde, enfermagem, educação e áreas afins relacionadas à Enfermagem. Devem conter as estratégias de intervenções e ressaltar a sua eficácia e contribuição para a atuação profissional (evidência da relevância), assim como a análise de implicações conceituais. O conteúdo deve ser apresentado de forma a contemplar o resumo, palavras-chave, introdução, métodos, resultados da experiência e conclusão. Limitado a 10 páginas, incluindo tabelas, figuras e, no máximo, 15 referências. Cabe ressaltar que em estudos envolvendo seres humanos é necessário o número do CAAE.

Resenhas de livros ou eventos científicos: são textos em forma de síntese que expressam a opinião do autor sobre determinado livro ou evento científico, com o objetivo de guiar o leitor pelo emaranhado da produção cultural e científica, mesclando momentos de pura descrição com momentos de crítica direta. Devem obedecer ao limite de 5 páginas no total do manuscrito (identificação da obra/citação ou evento; estrutura; cerne da obra/ evento; análise crítica, recomendações, distinções);

Entrevistas: são textos **marcados pela oralidade**, produzidos a partir da interação dialógica entre entrevistador e entrevistado sobre temas atuais da Enfermagem, visando à difusão do conhecimento, à formação de opinião e ao posicionamento crítico dos leitores. Devem obedecer ao limite de 5 páginas no total do manuscrito (título; introdução ao texto que será discutido, com *lead* sobre “O quê”, “Quando?”, “Onde?”, “Como?” e “Por quê”; perfil do entrevistado e sua experiência profissional, foto do entrevistado, roteiro da entrevista em forma de perguntas e respostas).

4 ORIENTAÇÕES GERAIS PARA PUBLICAÇÃO

Os artigos devem ser enviados exclusivamente à ABEn-RS, sendo permitida sua reprodução em outras publicações mediante autorização da Comissão de Editoração, devendo, neste caso, constar a citação da publicação original.

No e-book, podem ser publicados artigos escritos por discentes de Enfermagem indicados pelos cursos de graduação em Enfermagem do Rio Grande do Sul. Serão aceitos manuscritos no idioma português.

A submissão dos artigos deverá ser feita, exclusivamente, para o e-mail: diretoriaaben@gmail.com

O artigo enviado para publicação deverá conter a identificação do autor/palestrante e, em nota de rodapé, detalhar credenciais como titulação, ORCID, instituição de origem e *e-mail*.

O conceito de autoria deve respaldar-se na contribuição substancial de cada um dos autores no que se refere à concepção e planejamento do estudo, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. É permitido o máximo de seis autores.

Nos manuscritos resultantes de estudos que envolvem seres humanos, os autores deverão indicar os procedimentos adotados para atender o que determinam as resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, bem como o número de aprovação CAAE do projeto de pesquisa, no corpo do texto. Uma cópia do protocolo deverá ser encaminhada à ABEn-RS, como documento suplementar.

Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores tenham interesses que, mesmo não sendo completamente aparentes, possam influenciar seus julgamentos sobre o que é publicado. O conflito de interesses pode ser de ordem pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira. Quando os autores submetem um manuscrito, são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos de interesse que possam influenciar ou ter influenciado o conteúdo do trabalho submetido à Editora da ABEn-RS.

5 APRESENTAÇÃO DOS MANUSCRITOS

A redação deve ser clara e concisa, com exposição precisa de resumo estruturado, introdução, métodos/metodologia, resultados, discussão, conclusão/considerações finais/Contribuições para a Enfermagem e referências. A argumentação deve estar fundamentada em evidências bem justificadas.

Para o preparo do manuscrito, recomenda-se a busca e citação de artigos pertinentes ao tema, previamente publicados na literatura científica nacional e internacional, preferentemente dos últimos cinco anos, facilitando a contextualização, coerência e continuidade para os leitores.

A Editora da ABEn-RS não assume a responsabilidade por equívocos gramaticais, e se dá, portanto, o direito de decidir quanto a alterações e correções.

Os trabalhos devem ser encaminhados em *Word for Windows*, fonte *Arial* 11, espaçamento 1,5 (inclusive os resumos), com todas as páginas numeradas no ângulo superior direito, configuradas em papel A4 e com as quatro margens de 2,5 cm.

O título do artigo deve ser apresentado no idioma do manuscrito, em caixa-alta e em negrito, sendo coerente com os objetivos do estudo e que identifique o conteúdo, em até 15 palavras.

Os títulos das seções textuais devem ser destacados gradativamente, sem numeração e escritos em caixa-alta e em negrito (**TÍTULO; RESUMO**).

A extensão dos artigos originais, revisões sistemáticas e revisões integrativas deve ser de, no máximo, 15 páginas, enquanto estudos de caso, relatos de experiência e artigos de reflexão devem ter, no máximo, 10 páginas, editorial deve ter apenas uma página e, as demais modalidades devem ter, no máximo, 5 páginas.

O **Resumo** deve ser apresentado com até 200 palavras, em português (O resumo deve ser elaborado obedecendo ao formato de resumo estruturado, com os seguintes itens: Objetivo; Métodos; Resultados; Conclusões. No caso de artigos de reflexão teórica, a descrição da metodologia poderá ser suprimida.

Ao final do Resumo, apresentar de três a cinco **Palavras-chave** entre descritores (<http://decs.bvs.br>) e termos MeSH (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>) que permitam identificar o assunto do manuscrito, podendo a Comissão Editorial modificá-los, se julgar necessário. Recomendam-se: Enfermagem; dentre outros pertinentes à temática.

Na **Introdução**, apresentar o problema de pesquisa, a justificativa, a revisão da literatura (pertinente, relevante e atualizada), a questão norteadora do estudo e o objetivo, coerentes com a proposta do manuscrito.

Em **Métodos** ou **Metodologia**, detalhar o método empregado: tipo de estudo; referencial teórico metodológico utilizado para a análise dos dados, inclusive os testes estatísticos, quando apropriado; amostra e amostragem, critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos/participantes; período do estudo; local do estudo; aspectos éticos envolvidos, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou Termo de Consentimento para Uso de Dados Institucionais, com menção ao CAAE emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa; quando apropriado.

Os **Resultados** devem ser descritos em sequência lógica. Quando forem apresentados em tabelas e ilustrações, o texto deve complementar e não repetir o que está descrito nestas.

A **Discussão** deve conter a comparação dos resultados com a literatura representativa, atualizada e a interpretação dos autores apontando o avanço científico. A discussão poderá ser apresentada juntamente com os resultados quando se tratar de artigos originais resultantes de estudos qualitativos.

Nas **Conclusões, Considerações Finais** ou **Contribuições para a Enfermagem**, destacar os achados mais importantes na perspectiva dos objetivos do estudo, comentar as limitações e as implicações para novas pesquisas e para o corpo de conhecimento na área de Enfermagem e da Saúde, considerando o ensino, pesquisa, assistência e gestão.

Quanto às **Referências**, devem ser apresentadas no máximo 20 referências para os artigos originais e 15 para os artigos de reflexão, relatos de experiência e estudos de caso. Não há limite de referências para as revisões sistemáticas e as revisões integrativas. As referências,

de abrangência nacional e internacional, devem ser atualizadas (últimos cinco anos), sendo aceitáveis fora desse período no caso de constituírem referencial primário ou clássico sobre um determinado assunto.

As referências devem seguir o estilo *Vancouver*, do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), digitadas em espaço simples e parágrafo justificado, separados por um espaço simples. A lista de referências deve ser composta por todas as obras citadas, numeradas de acordo com a sua ocorrência no corpo do texto. Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o *NLM Catalog: Journals referenced in the NCBI Databases*, disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>. Para os periódicos que não se encontram neste *site*, poderão ser utilizadas as abreviaturas do Catálogo Coletivo Nacional de Publicações Seriadas (CCN), do IBICT, disponível em: <http://ccn.ibict.br/busca.jsf> e do Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), disponível em: <http://portal.revistas.bvs.br>.

Exemplo de referenciamento:

- 33 Cardoso CG, Brandão ES, Barreto VPM, Lanzillotti RS, Santos JÁ. Risco de desenvolvimento de lesões por pressão: avaliação segundo escala de Braden. Rev. PelleSana [Internet]. 2016 [citado 2019 abr 24];3(01):22-33. Disponível em: http://revistapellesana.com.br/Revistas/V03_N01_2016/RPS03-1-2016_AO_Lesao%20pressao-braden.pdf

As **citações**: devem ser apresentadas no texto de acordo com o sistema numérico, com os números correspondentes entre parênteses e sobrescritos, sem espaço entre a palavra e o número da citação e precedendo o ponto final. Quando se tratar de citação sequencial, os números devem ser separados por hífen e, quando intercaladas, devem ser separados por vírgula. Em caso de transcrição de palavras, frases ou parágrafos com palavras do autor (citação direta), devem-se utilizar aspas iniciais e finais na sequência do texto, citando o número e, após, inserir dois pontos e informar o número da página.

Exemplos:

Estudos apontam que...⁽¹⁻⁴⁾.

Alguns autores trazem...^(1,4-5).

“... e nos anos seguintes o mesmo se repetiu”^(7:17).

Nos **depoimentos** ditos pelos sujeitos/participantes da pesquisa, não utilizar aspas, e observar a seguinte estrutura: recuo do parágrafo (1,25 cm), fonte tamanho 11, em itálico, espaçamento simples, com sua identificação entre parênteses, codificadas a critério do(s) autor(es), e separadas entre si por um espaço simples. Supressões devem ser indicadas pelo uso das reticências entre colchetes “[...]”, e as intervenções dos autores ao que foi dito pelos participantes do estudo devem ser apresentadas entre colchetes.

As **Ilustrações** devem ser no máximo de **cinco** (gráficos, quadros e tabelas), conforme especificações da norma da ABNT NBR 6022/2003 e IBGE – Normas de Apresentação Tabular, disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>

Os **símbolos, abreviaturas e siglas** devem ser apresentados conforme a norma da ABNT NBR 6022/2003.

Utilizar negrito para destaque e itálico para palavras estrangeiras.

Quanto à **Estrutura Geral**, a **primeira** página não entra para a contagem do total de números de páginas previstas para cada seção. Nesta página, indicar em negrito a indicação da seção a que o texto se destina (Editorial; Artigo Original; de Revisão; de Reflexão; de Relato de Experiência; de Estudo de Caso, de Resenha, de Entrevista). Após, indicar o título do artigo centralizado e, em nota de rodapé, informar a origem do estudo (trabalho de conclusão de curso de graduação). Abaixo do título, em alinhamento justificado, apresentar o nome completo do(s) autor(es) (máximo de seis autores), com indicação da formação profissional, instituição em que realizou a graduação ou maior titulação, instituição em que atua profissionalmente, e-mail e ORCID iD, em nota de rodapé. Ao final da página, indicar o endereço completo do autor principal para contato (nome, endereço residencial/institucional, e-mail, telefone).

Na **segunda página** inicia a contagem para o total de números de página da seção a que o texto se destina. Iniciar com o título, em negrito, caixa alta e centralizado e, a seguir, dar sequência ao texto, apresentando o resumo no idioma do manuscrito submetido, acompanhado das palavras-chaves no respectivo idioma. Em sequência, dar encadeamento à introdução e às demais seções textuais.

Agradecimentos são opcionais; devem ser breves e objetivos, feitos a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo.

6 CONDIÇÕES PARA ENVIO DO MANUSCRITO

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

São condições para submissão do manuscrito:

- a) Ser enviado à ABEn-RS, por e-mail, pelo coordenador do curso de Enfermagem;
- b) Tratar-se de contribuição original e inédita, e não estar sendo avaliada para publicação por outra revista;
- c) O artigo/capítulo ser apresentado em *Word for Windows*, fonte *Arial* 11, espaçamento 1,5 (inclusive os resumos), com todas as páginas numeradas no ângulo superior direito e configuradas em papel A4, com as quatro margens de 2,5 cm;

- d) O título ter, no máximo, 15 palavras;
- e) O texto não deve apresentar informações que possam identificar os autores. Informações sobre os autores estão incluídas apenas **nos metadados** da submissão;
- f) Os resumos terem até 300 palavras e elaborados obedecendo ao formato de **resumo estruturado**;
- g) Os títulos das seções textuais destacarem-se gradativamente, sem numeração. O título do artigo e resumo estarem apresentados em letras maiúsculas e em negrito (**TÍTULO; RESUMO**); seção primária em maiúscula e negrito (**INTRODUÇÃO**) e seção secundária em minúscula e negrito (**Subtítulos**);
- h) O texto conter o número de laudas e de referências preconizado para a seção do *E-book* (Artigos Originais, Artigos de Revisão Sistemática, Artigos de Reflexão...);
- i) No texto, estar substituído o nome dos autores citados por sua codificação numérica, sobrescrita e entre parênteses, conforme foram citados no texto;
- j) Para o estudo que envolve pesquisas com seres humanos, apresentar o parecer de CAAE emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa como documento suplementar;
- k) As referências devem seguir o estilo *Vancouver*, sendo atualizadas e, preferencialmente, oriundas de periódicos nacionais e internacionais. Serem digitadas em espaço simples e separadas por um espaço simples;
- l) Anexar a declaração de transferência de direitos autorais (Apêndice A);
- m) Anexar mini currículo dos autores;
- n) Anexar comprovante de pagamentos das taxas.

Porto Alegre, 08 de dezembro de 2021.
Centro de Educação em Enfermagem

Apêndice A

Declaração de Transferência de Direitos Autorais

Declaramos e concordamos para fins de publicação que o artigo/capítulo de Livro intitulado **“Enfermagem gaúcha: produção científica dos melhores trabalhos de conclusão de curso”**:

- O artigo/capítulo é um trabalho original, sendo que nem sua versão integral ou parcial, nem outro trabalho de nossa autoria com conteúdo similar foi submetido e/ou publicado por outro livro impresso ou eletrônico;
- Devemos transferir para a Associação Brasileira de Enfermagem, seção Rio Grande do Sul – ABEn-RS, os direitos autorais deste artigo/capítulo de livro, tornando seu conteúdo uma propriedade exclusiva sua;
- Sempre que houver autorização da ABEn-RS para sua publicação em outros formatos ou mídias, é obrigatório que seja creditada a referência a ABEn-RS;
- Os conteúdos intelectuais foram revisados criticamente por todos os autores. Cada autor aprovou a versão final a ser publicada e concorda em responsabilizar-se por todas as questões relacionadas à acurácia ou integridade;
- Que conhecemos as diretrizes da ABEn-RS aos autores e estamos cientes que, caso estas normas não sejam atendidas, o artigo/capítulo será automaticamente devolvido, não implicando no ressarcimento da taxa de submissão.

Data: __ de _____ de 2022.

Cada autor deve indicar o número correspondente à sua forma de contribuição intelectual e substancial no capítulo; (1) concepção ou desenho do estudo/pesquisa de TCC; (2) análise e/ou interpretação dos dados; (3) revisão final, com participação crítica e intelectual no manuscrito.

Autores:

1 - _____

Tipo de participação: (1;2;3)

2- _____

Tipo de participação: (1;2;3)

3- _____

Tipo de participação: (1;2;3)

...



Associação Brasileira de Enfermagem - RS

ISBN: 978-65-88379-09-7

CDL



9 786588 379097